

Dottrina e Dottrine

Danno e Responsabilit, 6 / 2012, p. 684

Lesioni di lieve entit

LEGGE 24 MARZO 2012, N. 27. LINEE GUIDA PER I MEDICI LEGALI

Cannav ; Mastroberto Luigi

Con la pubblicazione della l. n. 24/2012 nel mondo professionale si levato un vivace dibattito per l'interpretazione e l'applicazione dell'art. 32, commi 3-ter e 3-quater. L'associazione Melchiorre Gioia con queste Linee Guida rivolte ai medici legali ha inteso dare un punto di riferimento ed un contributo operativo a chi tutti i giorni si cimenta nell'attivit valutativa in tempi di rivolgimenti normativi ed incertezze professionali.

Riferimenti

Decreto legge 24 gennaio 2012 n. 1 Art. 32

Legge 24 marzo 2012 n. 27

Decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209 Art. 139

Sommario: [Introduzione](#) - [L'interpretazione delle norme](#) - [L'applicazione delle norme](#) - [L'operativit](#) - [MEMENTO](#)

Introduzione

Le nuove norme per come sono formulate e per come si sviluppato il fenomeno delle micro permanenti negli ultimi anni fino a portare alla situazione attuale, potrebbero generare, in chi le deve applicare quotidianamente, delle incertezze e delle perplessit. Per questo motivo, ci sembra utile fornire un nostro contributo al riguardo, sia dottrinale che operativo, indispensabile per poter affrontare il tema di quale dovrebbe essere il ruolo del medico fiduciario di compagnia nel lavoro quotidiano.

L'interpretazione delle norme

Con la l. n. 27 del 24 marzo 2012 sono state introdotte due norme che hanno il chiaro intento di limitare i risarcimenti per le lesioni di lieve entit.

Entrambe sono contenute nell'art. 32 delle legge e, testualmente, recitano:

Art. 32, comma 3-ter - "Al comma 2 dell'articolo 139 del codice delle assicurazioni private di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, aggiunto, infine, il seguente periodo: "In ogni caso, le lesioni di lieve entit, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non potranno dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente".

Art. 32, comma 3-quater - "Il danno alla persona per lesioni di lieve entit di cui all'articolo 139 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, risarcito solo a seguito di riscontro medico legale da cui risulti visivamente o

strumentalmente accertata l'esistenza della lesione".

Per semplicità, vale la pena di analizzare separatamente i due commi, iniziando dal 3-ter, che appare di relativamente più agevole interpretazione.

Fermo restando infatti tutto quanto scritto nell'art. 139 del codice delle assicurazioni, la norma ne delimita ulteriormente la portata affermando che qualora il danno alla persona di cui viene richiesto il risarcimento nasce da una lesione che non sia suscettibile di *accertamento clinico strumentale obiettivo*, in tal caso non sarà possibile, indipendentemente dalla sintomatologia riferita, riconoscere un danno biologico permanente. La norma dunque fa una esplicita distinzione fra la "lesione" (ossia il tipo di patologia traumatica causata, nella immediatezza, dal sinistro) e la "menomazione" che eventualmente può discendere da essa, affermando che se la prima non risponde a determinate caratteristiche, non sarà possibile parlare della seconda, non sarà cioè possibile riconoscere un danno biologico permanente, potendosi invece risarcire il danno biologico temporaneo, le spese mediche prodotte ed altre eventuali voci che dovessero essere attribuite al danno alla persona.

Può forse essere superfluo aggiungerlo, ma credo sia utile evidenziare che, proprio perché si tratta di una modifica dell'art. 139 del codice delle assicurazioni, questa norma vale soltanto per le lesioni di lieve entità e non anche per quelle disciplinate dall'art. 138.

Fatta questa premessa, va rilevato che il legislatore, nel definire le caratteristiche che deve avere la lesione iniziale perché possa portare alla fine al riconoscimento di un danno permanente biologico, ha utilizzato termini che non lasciano dubbi sul suo intento, quello di ammettere solo quelle lesioni che siano oggettivamente apprezzabili, basate cioè su riscontri che, anche ad una analisi a posteriori della vicenda clinica (quella che in pratica effettua il medico fiduciario della Compagnia) risultino supportate da elementi che consentano di ritenerle tali.

In particolare, la norma prevede che la lesione deve essere "*suscettibile di accertamento*", con questo indicando che essa deve risultare essere stata sottoposta ad esame medico il quale, appunto, ne ha accertato l'esistenza.

Ma non solo.

Il legislatore è sceso ancor più nei dettagli, fornendo una triplice aggettivazione all'accertamento, che deve essere *clinico strumentale obiettivo*. Appare significativo evidenziare che nel testo della legge, così come appena riportato, l'estensore non ha utilizzato virgole fra i tre aggettivi, ma nemmeno congiunzioni (ad es.: e, o, e/o) né trattini, lasciando quindi intendere che l'accertamento deve avere tutti e tre i requisiti: deve cioè dare evidenza della lesione sia attraverso le risultanze di un esame medico, sia attraverso un esame strumentale ed entrambi devono fornire riscontri "obiettivi".

Più complessa è l'interpretazione del 3-quater.

Questo comma infatti - che a differenza del precedente rappresenta una norma autonoma e non una modifica dell'art. 139 del codice delle assicurazioni - non si riferisce più al riconoscimento o meno di un danno permanente biologico che segue una lesione, ma ha una portata ancora più vasta, stabilendo che alcune fattispecie, ancorché documentate da una certificazione medica, se non rispondono a determinate caratteristiche non possono essere

considerate nemmeno "danno alla persona" ai sensi dell'art. 139. Vuol dire che in assenza di queste caratteristiche, venendo a mancare il danno alla persona, non potranno essere risarciti nemmeno il danno biologico temporaneo, le spese mediche ... e via elencando.

Di nuovo inoltre, la norma stabilisce caratteristiche da attribuire alla lesione iniziale (e non al quadro menomativo finale) la cui esistenza, per \diamond si possa parlare di danno alla persona, deve risultare, a giudizio medico legale, "*visivamente o strumentalmente accertata*".

In questo caso dunque i requisiti che deve avere il riscontro della lesione sono solo due, peraltro proposti con la congiunzione "o", ad indicare il fatto che l'uno pu \diamond essere alternativo all'altro, ovvero che \diamond sufficiente uno soltanto dei due a legittimare il riconoscimento della lesione. Tuttavia con questo comma l'intento del legislatore sembra essere stato decisamente pi \diamond restrittivo, ammettendo solo le lesioni che risultino "visibili" o documentabili attraverso un esame strumentale, in apparenza escludendo quelle che possano essere accertate mediante il solo esame clinico da parte del medico che ha redatto le certificazioni iniziali.

Tali requisiti, secondo la norma, devono essere verificati dal medico legale il quale, in sede di accertamento peritale, deve appunto stabilire se gli elementi che il periziando produce (necessariamente documentali, salvo l'improbabile caso di lesioni obiettive, visibili in sede di accertamento postumi, ma che non erano mai state segnalate in precedenza) gli consentono di affermare che l'esistenza della lesione (e, si badi bene, di questa e non della "menomazione") risulti "*visivamente o strumentalmente accertata*".

Si pone a questo punto la necessit \diamond di capire, dalla lettura congiunta di entrambe le norme, se esse rappresentino in definitiva il rafforzamento di un unico concetto, che dopo vedremo meglio, ma che in estrema sintesi \diamond la necessit \diamond di riconoscere solo quelle patologie traumatiche lievi che abbiano un reale fondamento oggettivo, o se i due commi vanno letti separatamente, come se si trattasse di due norme una diversa dall'altra.

Se cos \diamond fosse, se cio \diamond fossero due norme indipendenti l'una dall'altra, apparirebbe di tutta evidenza che il comma 3-*quater* sarebbe non solo un rafforzativo di quello precedente ma, anzi, lo assorbirebbe totalmente, fino in pratica a fargli perdere ogni senso.

\diamond infatti difficile immaginare quale potrebbe essere quella lesione iniziale (e, ripeto, il legislatore \diamond stato molto chiaro nel riferirsi ad essa e non alla menomazione finale), non accertabile visivamente o strumentalmente, che per \diamond possa configurare la fattispecie del comma 3-*ter*.

Soprattutto se al termine "visivamente" si d \diamond il significato di apprezzabilit \diamond *ictu oculi*, se cio \diamond si ritiene tale solo quello che \diamond apprezzabile col senso della vista (come ad esempio possono essere le ferite, le escoriazioni, le tumefazioni, gli ematomi ecc.) e si esclude ci \diamond che invece il sanitario di primo soccorso ha rilevato ad esempio palpatariamente, \diamond evidente che, discutendosi di fattispecie che nemmeno configurano un danno alla persona, non vi sarebbe allora alcuno spazio per riconoscere "*lesioni di lieve entit \diamond , che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo*", quelle cio \diamond previste dal comma 3-*ter*.

Se questa dunque fosse la interpretazione da dare alla lettura di entrambe le norme, il 3-ter finirebbe per essere una norma pleonastica ed in definitiva gran parte della casistica che oggi caratterizza i sinistri con danno alla persona verrebbe governata dal pi♦ stringete 3-*quater* per effetto del quale tale casistica non configurerebbe pi♦ un danno alla persona. Ad esempio, dando prevalenza a questa norma e interpretando il "visivamente" come frutto della sola percezione visiva, non sarebbe danno alla persona il caso - estratto dalla casistica personale, ma tutt'altro che eccezionale - del trauma cranico con lieve sospensione della coscienza, che richiede un ricovero per osservazione di 2-3 giorni, ma che non vede, nelle annotazioni in cartella, la descrizione di alcun reperto "visibile" (non vi ♦ cio♦ la descrizione di ematomi, ferite ... ecc.) n♦ gli esami praticati (TAC e Rx) mostrano alterazioni patologiche. Al contrario, sarebbe danno alla persona la semplice escoriazione superficiale o il semplice ematoma che, invece, venendo descritti dal medico di pronto soccorso, rappresentano la lesione "visivamente" accertata.

In una lettura alternativa le due norme possono essere interpretate congiuntamente, nell'intento di dare uno strumento che consenta se non di eliminare, quanto meno di ridurre drasticamente la notevole speculazione che oggi grava sul danno alla persona da lesioni di lieve-lievissima entit♦, specialmente per la fattispecie del cosiddetto "colpo di frusta", senza con questo esasperare la restrizione fino al punto di negare il ricorrere di un danno alla persona anche in casi in cui, pur in assenza di reperti "visivi o strumentali" che attestino la lesione, questa si ♦ realmente realizzata (come nell'esempio sopra riportato, ma come accade anche per il colpo di frusta che rimane pur sempre una entit♦ reale, soprattutto se scaturisce da collisioni ad energia medio-alta).

Ed allora, una diversa interpretazione potrebbe essere, vista anche la successione che i due commi hanno nell'articolo 32, che la norma prevalente sia il 3-ter, da interpretare nei termini su descritti, mentre il 3-*quater* sia invece un "rafforzativo", riservato a quei casi in cui, per effetto di una pi♦ approfondita indagine svolta con i criteri dettati dalla dottrina medico-legale, vi sia l'evidenza di richieste di risarcimento per danni realmente inesistenti o talmente lievi da risultare impalpabili ovvero frutto di vere e proprie speculazioni. In questi casi allora effettivamente la norma del 3-*quater* darebbe uno strumento nuovo che consente, con forza di legge, di affermare che queste fattispecie non configurano nemmeno un danno alla persona e, per questo, non dovrebbero comportare alcun risarcimento a questo titolo, nemmeno dunque il danno biologico temporaneo, le spese mediche... ecc.

In sostanza, provando, secondo questo diverso angolo di visuale, a dare una interpretazione congiunta delle due norme, la lesione, perch♦ possa essere considerata tale ai sensi dei commi 3-ter e 3-*quater* dell'art. 32 del decreto liberalizzazioni, deve essere documentata da elementi che, a giudizio medico legale, possano essere considerati oggettivi con criterio della evidenza scientifica, dando quindi alla parola "visivamente" un significato un po' pi♦ ampio, quello cio♦ di evidenza concreta, supportata da riscontri reali relativi a tutti i dati di rilievo medico-legale (che dunque comprendono anche la evidenza di un fatto idoneo a provocare la lesione, di una verifica circostanziale che dia realmente l'evidenza di uno stato patologico acuto... ecc.,

e che non si limitino alla semplice ricerca, sulle certificazioni iniziali, della descrizione di reperti apprezzati con la vista). In pratica, ai sensi dell'art. 3-*quater* cos'è interpretato, comunque non sarebbe "lesione" la semplice allegazione di soggettività registrata nelle certificazioni prodotte, in particolare da quella relativa al primo intervento medico, né potrebbe essere considerata tale quella che, sempre sulla base della analisi medico-legale, risulti incompatibile con il fatto dal quale la si vuole fare discendere.

Proviamo ora, alla luce di queste considerazioni, a vedere in che modo, rispetto a quanto oggi accade, cambierebbero le cose.

Restando nel campo di quella che, in assoluto, è la patologia che più di altre ricorre nella casistica quotidiana e che, come documentano dati inconfutabili, risulta essere anche la fattispecie sulla quale si concentra il maggior numero di truffe e, soprattutto, di speculazioni, ossia il trauma minore del collo (più comunemente - anche se impropriamente - chiamato "colpo di frusta), proviamo ad ipotizzare alcune fra le fattispecie più frequenti per capire come, alla luce dei due commi che stiamo commentando, dovrebbe essere espresso il giudizio medico legale.

Non raramente, nella casistica quotidiana, giungono alla attenzione del medico fiduciario casi in cui le certificazioni iniziali, anche quelle di P.S., propongono refertazioni del tipo: *"riferisce di essere rimasto vittima di incidente stradale, lamenta cervicgia. Rx negativo. E.O.: rachide libero e non contratto. Collare per ... giorni. Prognosi giorni..."*.

In questo caso manca del tutto ogni evidenza di lesività, discutendosi di un traumatismo che se realmente vi è stato, appare talmente lieve da non correlarsi inizialmente a nessun reperto clinico, nemmeno la più banale delle contratture. Una simile evidenza della patologia iniziale autorizzerebbe, ai sensi del 3-*quater*, ad affermare che non vi è un reale danno alla persona ai sensi dell'art. 139 del c.d.a., il che evidentemente comporterebbe la negazione di ogni richiesta di risarcimento a tale titolo, non solo quindi un danno permanente, ma nemmeno un danno temporaneo né le spese mediche eventualmente prodotte.

Nella esperienza comune, dopo un primo certificato del genere non raramente si assiste all'intervento di studi legali "specializzati" o di infortunistiche che, con i loro medici certificatori, propongono attestazioni mediche che illustrano (per lo più attraverso la descrizione di dati rilevabili solo clinicamente, senza nessuna evidenza strumentale) una situazione clinica diversa. In questi casi, proprio come prevede il 3-*quater*, entra in gioco l'esperienza e la capacità professionale del medico legale fiduciario che, basandosi sui dati complessivi di cui dispone (i quali necessariamente devono comprendere anche le evidenze del sinistro quali la modalità della collisione, la violenza e direzione dell'urto, nonché la evidenza documentale di una assenza dal lavoro ... ecc.), verifica se e fino a che punto, nonostante queste ulteriori certificazioni, sia possibile confutarne la attendibilità e sostenere, ancora una volta, che nella fattispecie manca l'evidenza di una lesione accertata sulla base di dati che, oggettivamente, consentono di ammetterla.

Tipico è l'esempio delle collisioni da circolazione urbana, a bassa-bassissima velocità, che generano, all'interno dell'abitacolo energie inerziali altrettanto modeste o addirittura impercettibili, che pure, nella casistica corrente, portano

richieste per danni alla persona corredate di copiosa certificazione e magari anche di qualche referto di esami strumentali (radiografie, elettromiografie, stabilometrie ... ecc.) dal significato ambiguo, ma non del tutto negativo. Questo vale ovviamente anche per tutte le altre lesioni che, comunemente, da sole o in associazione col trauma cervicale, caratterizzano la casistica piú frequente: le riferite contusioni di spalla o di ginocchio senza evidenze obiettive di lesività o con riscontri strumentali di reperti che, ad una attenta analisi, non sono causalmente correlabili al sinistro perché preesistenti o incompatibili con il tipo di collisione.

In questi casi, poiché la norma prevede che l'evidenza della lesione deve scaturire da un criterio medico-legale che ne accerti il ricorrere "oggettivo" e poiché proprio il criterio medico legale ad attestare che in questi casi la mancanza della idoneità lesiva della causa di per sé elemento prevalente nella valutazione del nesso causale, ecco che di nuovo il 3-*quater* diviene uno strumento nuovo, che dà una forza sensibilmente maggiore ad una contestazione totale della richiesta di risarcimento per danno alla persona.

Diverso evidentemente il caso di una collisione ad energia medio-elevata, a seguito della quale il soggetto ricorrere subito ad un pronto soccorso, trasportato magari in ambulanza, e dove il sanitario, pur a fronte di un esame radiografico negativo (e non potrebbe essere diversamente, altrimenti si parlerebbe di trauma cervicale "maggiore"), attesta la presenza di una contrattura muscolare, con limitazione dei movimenti del capo e prescrive collare e riposo. Anche in queste fattispecie non vi è alcun reperto che sia accertabile col senso della vista né vi è un riscontro strumentale della lesione (dato scientificamente acquisito che, ad oggi, il trauma indiretto "minore" del collo, generando disturbi per alterazioni distrattive e/o compressive delle parti molli, non ha alcun esame strumentale che lo possa documentare), ma vi sono di contro altri elementi che, nel loro insieme, alla analisi medico-legale danno una evidenza concreta del ricorrere della lesione.

In sede di accertamento medico-legale fiduciario, la applicazione pratica di quanto appena scritto dovrebbe dunque prevedere, nella stesura della relazione, una specifica voce, preliminare al consueto giudizio sul nesso causale, che chiede appunto di verificare se il quadro lesivo che viene prospettato dal richiedente possa configurare, ai sensi dell'art. 3-*quater* della l. n. 27/2012, un danno alla persona. La risposta, se ci si riferisce alla casistica corrente, dovrebbe essere positiva in tutti i casi in cui vi è l'evidenza visiva o strumentale di un danno anatomico, ovvero in tutti quei casi in cui, anche in assenza di reperti visivi o strumentali, l'analisi medico-legale porta comunque a ritenere "evidente" il ricorrere di una patologia traumatica.

Dovrebbe essere invece negativa (contestando dunque per intero le richieste) in tutti quei casi in cui la lesione è supportata da mere allegazioni di soggettività, da prime certificazioni redatte a distanza di tempo dal sinistro, da attestazioni di lesioni che, al vaglio medico-legale, risultano non compatibili con quel sinistro, da attestazioni di lesioni che la violenza dell'urto, per la sua irrarietà, non può giustificare.

Ovviamente, fra questi due estremi sarebbe irragionevole negare l'esistenza di una altrettanto nutrita serie di casi che non consentono di dare un giudizio certo di affermazione o negazione del danno alla persona in relazione al 3-

quater, casi in cui, evidentemente, la risposta in qualche modo deve essere più articolata di un semplice sì o no.

In questi casi, fornite sia le indicazioni che propendono per la negazione del danno, sia quelle che invece fanno dubitare della sostenibilità di un tale giudizio, il fiduciario dovrebbe procedere comunque nella valutazione, in modo da fornire al liquidatore le necessarie indicazioni su quali parametri di danno andrebbero riconosciuti una volta ammessa la lesione.

E vediamo ora, in tutti i casi in cui, nei termini appena descritti, la lesione viene ammessa o comunque presa in considerazione, come occorre procedere nel giudizio medico legale e come, a questo fine, rileva l'altro articolo introdotto dalla l. n. 27/2012, ossia il 3-ter.

A parte i casi di cui si è appena detto, nei quali il ragionamento medico legale porta legittimamente a ritenere che alcune fattispecie non configurano nemmeno un danno alla persona, questo articolo dovrebbe rappresentare il punto di forza per limitare quella non trascurabile fetta di esborsi che oggi vengono sostenuti per risarcire, a titolo di danno permanente biologico, casi in cui una tale voce di danno appare francamente una forzatura.

Al riconoscimento di postumi, come detto all'inizio, in forza di questo articolo, dovrebbero accedere solo i casi in cui la lesione iniziale sia supportata da un *accertamento clinico strumentale obiettivo*.

Restando allora nella analisi della fattispecie più frequente, ossia il "colpo di frusta", va ricordato che anche nei casi da ammettere come danno alla persona in base ai criteri medico legali illustrati prima, già in altre occasioni si erano fatte presenti alcune particolarità di questa patologia ed erano state fornite delle indicazioni precise.

È stato ricordato in particolare che la tabella di legge (ex D.M. 3 luglio 2003, quella cui fa riferimento l'art. 139 del codice delle assicurazioni) fornisce due specifiche voci relative al trauma minore del collo. Per la prima di esse, quella che rappresenta la quasi totalità degli eventi che comunemente si esaminano, è previsto un *range* che oscilla dallo 0 al 2%.

Ma se questa è una nozione nota più o meno a tutti gli operatori, non tutti invece hanno presente che lo stesso decreto che ha sancito la tabella ha, prima di essa, una serie di norme applicative che ne governano il funzionamento e la corretta applicazione e fra queste ve ne è una che, col preciso intento di evitare applicazioni pedissequa e "ragionieristiche" dello strumento tabellare, premette che *"anche le lesioni da cui possono originare menomazioni previste dalla tabella, possono talora guarire senza postumi permanenti"*.

Una tale norma vale dunque in particolare per i traumi minori del collo. Non solo infatti la letteratura specializzata ci dice che la grande maggioranza di essi guarisce senza esiti nel giro di alcune settimane, ma va anche evidenziato che, a differenza della quasi totalità delle altre voci della tabella di legge che vincolano il riconoscimento dei postumi a reperti obiettivi, clinico o strumentali che siano, ciò non avviene per questo tipo di lesioni. Peraltro, anche se in alcuni casi è legittimo ammettere la persistenza nel tempo di disturbi soggettivi, non vi è mai l'evidenza di una loro permanenza nel tempo, come può essere data, ad esempio, da una cicatrice, da un callo osseo, dalla

evidenza radiografica di una alterazione articolare ... e via elencando.

Questo dunque, già prima del decreto 27/2012, ma evidentemente oggi a maggior ragione, dovrebbe consentire di concludere la maggior parte delle valutazioni effettuate per casi del genere negando il riconoscimento di un sia pur minimo danno permanente biologico.

Ci vale ovviamente anche per tutta l'altra lunga serie di lesioni frutto per lo più di mere allegazioni di sintomatologia dolorosa, da ritenere plausibili in fase iniziale e quindi non contestabili ai sensi del 3-*quater*, ma che, a ben guardare, non hanno alla loro origine un vero e proprio rilievo clinico strumentale obiettivo che possa giustificare la "permanenza" di una sintomatologia dolorosa.

Ma questo vale anche per quei casi in cui, pur essendovi una attestazione di alterazioni strumentali (e, per rimanere nello stesso esempio, cito il caso delle elettromiografie o gli accertamenti otorinolaringoiatrici effettuati per casi di traumi minori del collo, ammessi i quali si dovrebbe addirittura oltrepassare la soglia del 2%), queste alterazioni non risultano, in base al rigoroso ragionamento medico-legale plausibili e/o compatibili con la sollecitazione che le avrebbe generate.

Rimandando per questo a quanto nei dettagli è stato già riportato nel testo "Micropermanenti: dalla soggettività alla obiettività" edito dal Gruppo 24 Ore nel maggio del 2011, a questo punto solo il caso di ribadire che quelle indicazioni se osservate e sviluppate in un corretto ragionamento medico-legale, dovrebbero oggi, per effetto delle due norme che stiamo commentando, portare da un lato alla negazione di danni alla persona che vengono richiesti a seguito di eventi minimali e non idonei a generare lesioni che realmente provochino un pregiudizio alla persona, dall'altro, se non ad eliminare, quanto meno a limitare significativamente il riconoscimento di postumi permanenti per fattispecie lesive che non sono supportate da alterazioni anatomiche obiettivabili e che, per loro natura, sono destinate a regredire in breve tempo.

L'applicazione delle norme

I comma 3-*ter* e 3-*quater* dell'art. 32 della l. n. 27 del 24 marzo 2012 rappresentano un indubbio passo avanti della volontà del legislatore di contenere i risarcimenti delle micropermanenti e soprattutto di contrastare le speculazioni e le truffe particolarmente fiorenti nel settore della RCA.

In vero, nell'ultimo decennio molteplici sono state le leggi emanate di competenza assicurativa, per citare le più note: dal D.M. del 3 luglio 2003 con la Tabella sulle menomazioni alla integrità psicofisica comprese tra 1 e 9 punti di invalidità, al Codice delle Assicurazioni del 2005, al d.P.R. n. 254 del luglio 2006 sull'Indennizzo Diretto, fino alla legge n. 122 del 2010 art. 10-*bis* che sancisce pene gravi per truffe in ambito di micro invalidità da incidente stradale.

Chiarite nella parte dottrinale le perplessità che scaturiscono dall'art. 32 della l. n. 27/2012, non vi è dubbio che le nuove norme abbiamo dato maggior peso ed al contempo rigore ad un settore di notevole rilevanza sociale

interessando di fatto tutti i cittadini italiani che inevitabilmente nel corso della loro vita possono venire in contatto con il mondo assicurativo o da conduttori o da trasportati o da pedoni; ma a fronte della ricerca di una maggior uniformità ed equità non sempre il legislatore è riuscito nel suo intento.

Esempio concreto ne sono le Tabelle di cui al D.M. del 2003 che già ponevano in maniera pressante l'obiettivo di ridurre i costi delle micro permanenti imponendo dei limiti ben precisi ai punteggi valutativi della percentuale delle microinvalidità e prevedendone anche la non indennizzabilità dove nei criteri applicativi delle suddette Tabelle si premette: *"anche le lesioni da cui possono originare menomazioni previste dalla tabella, possono talora guarire senza postumi permanenti"* lasciando alla valutazione medico legale il riconoscimento o meno della sussistenza di postumi.

Di fatto il sistema ha finito con il trovare un suo gattopardesco equilibrio dove a fronte di una riduzione della valutazione percentuale della menomazione, ad esempio nel caso della più frequente distorsione del rachide cervicale che è stata ricondotta ad un massimo del 2% rispetto alle precedenti, maggiori, valutazioni, si assiste ad un progressivo e costante aumento del numero dei sinistri con lesione e ad un aumento esponenziale delle spese mediche, per presunte visite specialistiche e di tipo fisioterapico.

Quest'ultimo aspetto, forse, meglio di altri focalizza il fenomeno speculativo che ha prosperato tra la sostanziale acquiescenza degli operatori e l'indifferenza generale diventando di riscontro comune in alcune aree geografiche voci di spesa per fisioterapie di centinaia ed anche migliaia di euro a fronte di modestissime lesioni che peraltro avevano il pregio, nonostante le costose cure, di non giungere a guarigione lasciando delle sequele, sebbene modeste, ma pur sempre permanenti consentendo la duplicazione risarcitoria in veste di danno biologico e di rimborso di spese cliniche e terapeutiche tanto costose quanto evidentemente inefficaci.

Questa sintetica premessa alle linee operative vuol sottolineare che quell'equilibrio durato oltre dieci anni forse si è rotto o non è più in grado di stare in piedi e nessuno può illudersi che le recenti normative in materia altro non siano che un ulteriore quanto imbecille tentativo di cambiare ciò che in passato non si è stato in grado di innovare.

La gravissima crisi economica che investe tutte le classi sociali con riflessi devastanti sia sulla vita delle persone caratterizzata da una contrazione dei consumi ma non di rado anche dalla riduzione di salari e di onorari, dalla perdita del lavoro, dal disagio psichico fino al suicidio, sia sulle imprese che scontano la collaterale crisi del sistema creditizio, il peso della burocrazia, la scarsa competitività sui mercati globali, toglie le possibili illusioni che anche questa volta poco o nulla cambierà perché fatta la legge si troverà l'inganno.

Difficile pensare che un paese che sta cercando la via virtuosa per non restare tagliato fuori dalle nazioni più avanzate del mondo chiedendo duri sacrifici a tutti i suoi cittadini possa lasciare delle aree di immunità e di persistenza degli antichi vizi non intaccando la zona grigia della speculazione nel settore assicurativo dove prosperano fasce professionali tanto dequalificate quanto oggi velleitarie nella difesa di improponibili ed anacronistici privilegi.

Per analogia si può pensare alla decisa lotta che sembra intrapresa contro

l'evasione fiscale, bollata adesso come piaga sociale, dove all'inasprimento dei controlli si associa una campagna promozionale volta a dimostrare il disvalore comportamentale di chi non fa il proprio dovere e non rispetta le regole. La l. n. 27/2012, nota come Decreto sulle Liberalizzazioni, adotta il duplice criterio di indicare ai noti comma dell'art. 32 da una parte la via comportamentale virtuosa, ovvero quella di attenersi a criteri di oggettività, sempre e comunque verificabili, che escano una volta per tutte dalla discrezionalità individuale del professionista, e dall'altra, all'art. 33, prospetta pesanti sanzioni per i non virtuosi esacerbando la pena per le frodi assicurative sostituendo la parola *microinvalidità* con la più ampia *invalidità* e portando la detenzione fino a 5 anni.

Si chiude un'epoca? Crediamo di sì. Entrando nel merito della nostra materia forse è arrivato il momento dal punto di vista operativo per i medici legali fiduciari di compagnia dell'applicazione del dettato codicistico con il ricorso alla scrupolosa adozione della corretta metodologia medico legale. Questo si tradurrà nel non riconoscimento di postumi per tutte quelle lesioni non evidenziabili *ictu oculi* al momento della visita o comunque nel corso della malattia certificata o non evidenziate da esami strumentali dei quali il medico legale dovrà effettuare un attento vaglio di attendibilità e compatibilità; come ricordato nel volume *Micropermanenti: dalla soggettività alla obiettività* edito dal Gruppo 24 Ore nel maggio del 2011 sarà dirimente valutare attentamente i modi ed i tempi dell'insorgenza della sintomatologia nonché dei risultati degli esami strumentali, di cui non viene messa in dubbio la positività quanto il nesso causale con il trauma.

Tutto ciò per quanto riguarda un modello di "comportamento generale", mentre per lesioni quale la distorsione del rachide cervicale le semplici contusioni di spalla, ginocchio, caviglia o trauma cranico semplice, si addiverrà ad una sostanziale negazione di postumi permanenti, dato che si tratta di lesioni che per letteratura scientifica acclarata guariscono nella stragrande maggioranza dei casi senza esiti, ma soprattutto per loro stessa definizione sono rappresentate solo da sintomatologia soggettiva.

Di scarso rilievo saranno l'obiettivazione di contratture muscolari, limitazione dei movimenti della testa su base antalgica, elementi che in nessun caso possono con certezza essere messi in relazione causale con il trauma, trattandosi di sintomi e segni del tutto aspecifici e presenti nella popolazione generale per i più svariati motivi.

In conclusione, il buon medico legale non deve derogare al dettato normativo nemmeno nei casi che potrebbero far sorgere dei dubbi su una effettiva esistenza di postumi permanenti pur se soggettivi (urti stradali a dinamica maggiore, certificazione attendibile, esame obiettivo positivo per contratture e quant'altro), ma segnalare che il caso potrebbe presentare dei caratteri che esulano dalla norma e che consentirebbero il riconoscimento di postumi, nel caso quantificandoli.

Per quanto riguarda l'inabilità temporanea il nostro avviso è che i casi che presentano una sufficiente efficienza lesiva dell'urto ed una certificazione attendibile possano dar luogo al riconoscimento di inabilità temporanea nei modi finora applicati (consueto frazionamento con progressiva riduzione percentuale) ma pur sempre scientificamente motivata. Per questo riteniamo

opportuno proporre come riferimento la piú nota classificazione mondiale del *colpo di frusta*, ovvero, quella sempre attuale della Quebec Task Force.

Anche il riconoscimento delle spese mediche dovrú sottostare ad un rigoroso accertamento secondo i criteri piú volte ricordati, nella fattispecie per le cure fisiche, certamente la voce piú rilevante dal punto di vista economico, ovvero l'effettiva indicazione della terapia per la tipologia della lesione, la congruità della quantità delle cure, l'adeguatezza nei tempi dell'effettuazione, nonché l'idoneità dei soggetti e delle strutture eroganti. Il medico legale deve fare una valutazione di insieme e non perdendo di vista il contesto generale esprimere il proprio parere di appropriatezza complessiva del quadro che gli si prospetta. Non potrà piú non avere dei ragionevoli dubbi quando i traumatizzati gravi presentano spese mediche proporzionalmente modeste mentre, per lesioni di lieve e lievissima entità anche persone di non elevato ceto sociale possono spendere cifre importanti. Parimenti si dovranno equiparare le certificazioni seriali, anche se rilasciate da specialisti, a certificati a fini assicurativi dal relativo onorario.

A conclusione di questa breve disamina non possiamo non fare riferimento anche ad altri aspetti di non secondaria importanza.

Il successo della Legge con il raggiungimento degli obiettivi che si propone passa attraverso il comportamento virtuoso di tutti gli operatori del settore.

Abbiamo avuto modo, in passato, di sottolineare la staticità di tutto l'ambito medico legale, settore decisivo per la riuscita di un progetto che investe questioni puramente mediche, che partendo da una crisi ormai irreversibile dell'insegnamento universitario, dove sulla base di standard europei di fatto sparita la medicina assicurativa, si stenta a valorizzare altri aspetti della formazione e dell'aggiornamento permanente come obbligatorio in tutti i settori della medicina. Aggiungasi a ciò l'effetto del numero chiuso che sta portando i pochi giovani specialisti a privilegiare i rapporti di lavoro con la pubblica amministrazione e ben si comprende perché il settore è caduto da tempo in una fase di scarso dinamismo che porta in questo delicatissimo momento i professionisti ad essere particolarmente preoccupati per l'incertezza del futuro che va prospettandosi con la riduzione delle importanti cifre economiche che per decenni hanno alimentato il sistema.

Non deve passare il principio che si sta chiedendo ai medici fiduciari di segare il ramo sul quale sono seduti da decenni ma il dettato che chi ben opera e ben si comporta non potrà che trarre vantaggio da una situazione destinata a virare gradualmente verso il riconoscimento dei comportamenti virtuosi e delle capacità professionali, perché il lavoro se eliminando le sacche speculative si ridurrà, si riqualificherà e renderà il comparto piú competitivo sulla base delle effettive capacità e competenze. In questa fase un ruolo fondamentale avranno le imprese di assicurazione che dovranno far passare ai propri fiduciari non un messaggio impositivo in nome del rispetto della Legge, ma un messaggio in positivo di volontà premiale per coloro che avranno un comportamento non ambiguo, ma saranno affidabili, preparati e pronti a cogliere le nuove sfide che non ci chiede il nostro parziale mondo economico di riferimento ma la crisi epocale di un sistema che sta voltando pagina indipendentemente dai nostri singoli comportamenti.

L'operatività

Valutazione del trauma minore del collo e delle micropermanenti

INDIVIDUARE LA VIS LESIVA:

accelerazioni inferiori a 4 g non provocano lesioni

accelerazioni superiori ai 4 g non sempre producono lesioni

nel tipico tamponamento il meccanismo lesivo non è compatibile con danni alla spalla, riferiti all'uso della cintura, come lesioni della cuffia dei rotatori

ANAMNESI:

il riferire cervicalgia episodica o subcontinua può essere para-fisiologico

solitamente il tmc in portatori di artrosi o discopatie non produce un aggravamento dell'iter clinico

in caso di precedente tmc secondo i criteri civilistici si riconoscono nuovi postumi permanenti solo se vi è l'evidenza oggettiva di un peggioramento del quadro anatomico e clinico rispetto allo stato *quo ante*

ESAME OBIETTIVO:

la presenza di contratture muscolari o limitazioni dei movimenti non sono elementi patognomoni di postumi di tmc

Esami strumentali

devono essere eseguiti nell'immediatezza del sinistro ed in genere non dimostrano niente o alterazioni patologiche preesistenti

la radiografia classica non evidenzia lesioni delle strutture capsulo legamentose e dei tessuti molli

l'immagine ecografica non rappresenta integralmente l'esame ma un momento fissato dall'operatore pertanto non può essere posta al vaglio di un altro specialista e quindi non assume valenza medico legale. in ogni caso, salvo eventi eccezionali, non è un esame dimostrativo di tmc

solo la rm discrimina bene le lesioni legamentose acute da quelle croniche ed è la tecnica pivot nelle valutazioni delle lesioni acute legamentose e dei tessuti molli

Vertigini

individuare la vis lesiva: insorgono nell'immediatezza di un sinistro di comprovata efficienza lesiva dopo la latenza di minuti massimo di qualche ora

anamnesi: indagare con accuratezza nella storia clinica del danneggiato per

stabilire l'incerto limite tra normalità e patologia (moltissime patologie croniche danno questo tipo di disturbi)

clinica: devono comportare necessità di accertamenti e cure in tempi ravvicinati al trauma

spesso si risolvono spontaneamente rappresentando una sindrome soggettiva e non una patologia vera e propria

i disturbi devono essere comunque documentati con visita ed esame ORL ripetuti nel tempo, in modo da documentare l'evolvere del quadro a testimonianza di una sua causa traumatica

l'esame definitivo deve essere effettuato a distanza di 10-12 mesi e deve confermare un'asimmetria labirintica

Lesioni radicolari

clinica: sono multifattoriali e molto rare in caso di trauma indiretto del collo devono manifestarsi nell'immediatezza del trauma

una compressione radicolare recente si manifesta con parestesie ed algie muscolari ed è generalmente reversibile

gli esiti di danno alle strutture nervose possono essere considerati stabili dopo 3-6 mesi per le cervicobrachialgie e dopo 6-9 mesi per le lombosciatalgie

esame strumentale: l'esame emg non è un esame standard e deve essere inserito in un contesto clinico coerente e non eseguito a soli fini medico legali

Inabilità temporanea

In primo luogo valutare il nesso causale, quindi, esaminare criticamente la certificazione prodotta ed ancorare la valutazione a criteri scientifici certi facendo riferimento alla classificazione wad (whiplash associated disorders) della quebec task force (1995)

grado 0 = assenza di disturbi soggettivi e di obiettività clinica. **Prognosi - fino gg 0**

grado 1 = (65-70% dei casi) presenza di cervicalgia semplice, rigidità o iperestesia del collo. **Prognosi - fino gg 10**

grado 2 = cervicalgia e segni muscolo-scheletrici oggettivi (riduzione della articularità e presenza di punti di dolorabilità - iperestesia). **Prognosi - fino gg 20**

grado 3 = cervicalgia con segni obiettivi muscolo-scheletrici ed interessamento neurologico periferico (riflessi osteotendinei diminuiti o assenti, ipostenia muscolare, deficit sensitivi). **Prognosi - fino gg 40**

grado 4 = cervicalgia con segni clinici di lesioni gravi (frattura e/o lussazione). prognosi: valutare caso per caso sulla base della comune esperienza medico legale

Spese mediche

si pu♦ fare riferimento alle linee guida SIMFER-MELCHIORRE GIOIA ma, alla luce della premessa che sottolinea il rigore della nuova normativa, il medico non pu♦ sottoscrivere acriticamente voci di spesa sulla base di semplice allegazioni di notule fiscali. In particolare:

non possono essere considerate visite specialistiche ma certificati a fini assicurativi le attestazione seriali di uno stato di malattia

♦ di frequente riscontro che chi riporta gravi lesioni in genere presenta voci contenute di spesa caratterizzate prevalentemente da ticket sanitari, mentre per la patologia minore vi e' in alcune aree geografiche un ricorso sproporzionato a cure fisioterapiche


il medico legale deve interrogarsi sulla proporzionalit♦ della spesa rispetto alla diagnosi, della attendibilit♦ della documentazione prodotta, in sintesi il principio della congruit♦ ed appropriatezza deve applicarsi con rigore tenendo conto del contesto complessivo in un settore fortemente esposto a speculazioni e falsificazioni.

MEMENTO

Decalogo del medico fiduciario:

1. Non tutti i pazienti che subiscono un tamponamento stradale patiscono un trauma minore del collo, soprattutto se si tratta di tamponamenti da circolazione urbana.
2. Non tutti i pazienti che presentano cervicalgia hanno tale patologia a causa del trauma lamentato.
3. Statisticamente la stragrande maggioranza dei pazienti vittima di un tmc guarisce senza sequele permanenti.
4. Gli esami strumentali in uso non dimostrano le lesioni capsulo ligamentose o muscolari.
5. Le complicanze quali vestibolopatie e radicolopatie sono rare e devono essere dimostrate con rigoroso accertamento medico legale.
6. Le lesioni capsulo legamentoso di spalla, salvo casi particolari di collisioni ad alta energia e con dinamica complessa non sono mai in nesso causale con l'uso della cintura in un tamponamento.
7. La normativa vigente non prevede il risarcimento di lesioni non visibili, non accertabili ne' accertate strumentalmente ovvero che non abbiano una evidenza oggettiva.
8. Si pu♦ procedere alla quantificazione dell'inabilit♦ temporanea sulla base di criteri scientifici come la WAD della QTF e non sull'acritica presa visione delle certificazioni prodotte.
9. Si pu♦ procedere al riconoscimento delle spese mediche con criterio di rigoroso accertamento della regolarit♦ delle attestazioni fiscali, di congruit♦ e proporzionalit♦ delle stesse con la storia clinica.
10. Non perdere di vista l'art. n. 33 della l. 27/2012 per non incorrere nel

rischio del: *non poteva non sapere*.

Tutto il materiale in questo sito  copyright 2013 Wolters Kluwer Italia S.r.l. - Ipsa.
E' vietata la riproduzione anche parziale.