



SOCIETA' MEDICO LEGALE DEL TRIVENETO



Treviso, 18 dicembre 2013

Alla cortese attenzione del signor
Flavio Zanonato
Ministro dello Sviluppo Economico

Proposta di Modifica DL 24.1.2012 – comma 3/quarter – Risarcimento danno biologico di lieve entità

La normativa vigente si fonda su un'anomalia interpretativa dei presupposti scientifici del “danno alla persona”, allorché individua la risarcibilità del cosiddetto danno biologico per lesioni di lieve entità sul presupposto probatorio di riscontro “clinico – strumentale obiettivo” delle stesse: clausola – a Ns. avviso definibile vessatoria - che ha condizionato, inevitabilmente, il mancato riconoscimento di danni “reali” stante **l'avvenuta impossibilità**, da parte del danneggiato (ovvero del consumatore che aveva regolarmente stipulato polizze RC auto) di dimostrare nella maggior parte dei casi la “prova” prevista per Legge.

Ne è conseguito – di fatto - un estremo risparmio da parte del debitore (compagnie assicuratrici) che ha visto incrementare in maniera esponenziale, rispetto agli anni precedenti, i propri guadagni, come facilmente desumibile dall'esame dei bilanci delle Compagnie negli anni 2012 e 2013.

Il precedente Legislatore, evidentemente, era privo di adeguate conoscenze tecniche scientifiche medico legali, ignorando la differenza che sussiste tra lesione, malattia, menomazione, da cui il danno biologico permanente.

La **lesione** è la conseguenza immediata dell'evento traumatico (sia di tipo meccanico fisico, sia di tipo psichico) da cui deriva una **malattia** che, passato un certo periodo di tempo, si stabilizza in una “menomazione” che, di per sé rappresenta, il cosiddetto danno biologico permanente, oggetto della problematica risarcitoria.

L'equivoco nasce dalla possibilità da parte del consumatore – danneggiato nel produrre refertazioni strumentali, relative a lesioni di lieve entità occorse dopo evento traumatico, in quanto, come è noto in ambito medico, nella maggior parte dei casi le stesse non richiedono – per la diagnosi ed il relativo trattamento – alcuna indagine strumentale: basti pensare a tutte le lesioni di natura distorsiva articolare ove il riscontro clinico obiettivo di gonfiore, limitazione funzionale, contrattura muscolare, ecc. risulta idoneo a giustificare un trattamento ortopedico (apparecchio gessato, collare, tutore, ecc.) e successivamente un opportuno trattamento fisioriabilitativo.

L'eventuale esecuzione di coeve indagini radiografiche” routinarie” risultate negative per lesioni fratturative dei vari distretti articolari traumatizzati, non giustifica che non vi è stata lesione dell'articolazione e pertanto la negatività dell'indagine strumentale di primo livello, **non può rappresentare prova “contraria” al riconoscimento di un successivo danno permanente, essendo impensabile che in occasione di traumatismi banali il medico del pronto soccorso o altro specialista intervenuto debba sottoporre il paziente ad indaginose e talora rischiose indagini strumentali di secondo livello solo per finalità “assicurative” senza alcuna necessità di ordine clinico – diagnostico, a prescindere dall'enorme costo che le stesse rappresenterebbero , con aggravio di danno per lo steso debitore(Compagnia di Assicurazione).**

Questo è quello che avviene nella maggior parte dei casi dei **Lesioni reali di lieve entità** quali usualmente si verificano in occasione di sinistro stradale che rappresentano oltre il 70% della casistica valutativa di qualsiasi specialista medico legale esperto nel settore RC auto.

Tornando all'interpretazione dell'articolo di Legge, tenuto conto di quanto insegna la scienza medica, il binomio previsto dal comma 3/ter (clinico – strumentale obiettivo) contrasta dunque con la possibilità, da parte del danneggiato, di dimostrare – nella maggior parte dei casi – il proprio danno: circostanza definibile giuridicamente come “prova diabolica” a sfavore del consumatore danneggiato con conseguente “anomala” possibilità di decurtazione del risarcimento da parte del debitore (compagnia di assicurazione).

Peraltro, la lettura attenta dell'art. 3/ter, non parla specificatamente di effettivo riscontro clinico – strumentale bensì di “**suscettibilità**” di riscontro clinico – strumentale, lasciando aperta l'ipotesi che la prova possa essere anche solo “teorica” se, in occasione dell'accertamento clinico della lesione, non è stata effettuata alcuna indagine strumentale, in quanto inutile dal punto di vista diagnostico – terapeutico

Ciò vorrebbe dire, ad esempio, che un valido traumatismo cervicale, oggettivamente riconducibile al sinistro stradale, clinicamente documentato e tale da aver richiesto adeguato trattamento farmacologico, ortopedico e riabilitativo, ma privo di riscontro strumentale, potrebbe oggettivamente trovare anche riscontro risarcitorio in quanto lesione di per sé “ suscettibile” anche di riscontro strumentale ,allorche’ i sanitari avessero proceduto ad esecuzione di esami di secondo livello (RMN, TAC, Ultrasuonografia, se non anche ipotetiche agobiopsie delle strutture muscolari) idonei esclusivamente a confermare la lesione dal punto di vista assicurativo : quindi la prova sarebbe rappresentata anche dalla ...” **Evidenza di teorica suscettibilità di riscontro strumentale..”**.

Analoga interpretazione va posta per il comma 3/quarter (di valenza secondaria rispetto al 3/ter), in ipotesi di esclusione del termine “visivamente o” (termine che corrisponde di fatto al riscontro clinico del medico legale che si espleta con una visita medica specialistica) in quanto non sempre esistono “esami strumentali” di primo livello e quindi routinari che possano autonomamente supportare probatoriamente il riscontro medico legale di una condizione menomativa conseguente a lesione di lieve entità. Basti pensare, ad esempio, al danno psichico per il quale non esiste alcuna “strumentazione” obiettiva utilizzabile, così come non esistono indagini routinarie che possano supportare la persistenza, in fase di menomazione, di modesti deficit funzionali articolari, di modesti disturbi neurologici, di componenti nocicettive post traumatiche, ecc.: ciò non vuol dire che il dato “soggettivo” non derivi oggettivamente da una condizione reale di disfunzionalità cronicizzata (quindi di danno permanente), compatibile con le conseguenze dell’evento lesivo e come tali oggettivamente verificabili in sede medico legale.

Peraltro lo stesso comma 3/quarter fa sempre riferimento al riscontro strumentale per l’esistenza della lesione e non della menomazione, sovrapponendosi quindi a quanto già previsto dal 3/ter. In sostanza un articolo totalmente inutile ai fini della risarcibilità del danno.

Fatta chiarezza sugli aspetti metodologici e terminologici della nozione di evento lesivo di lieve entità (lesione → menomazione → danno), tenuto conto delle consolidate ed usuali conoscenze scientifiche in campo clinico e medico legale, riteniamo che **l’unica modificazione legislativa “sensata” e consona agli interessi sia del “danneggiato – consumatore”, sia del “debitore – compagnia di assicurazione”, nel rispetto del diritto in ambito di responsabilità extracontrattuale, sia rappresentata esclusivamente dalla modifica del 3/ter, inserendo – secondo logica scientifica e giuridica – una “ o” tra la parola “ clinico “ e la parola “ strumentale”**, rimettendo la valenza probatoria esclusivamente al nesso di causa, come per tutte le fattispecie di risarcimento del danno alla persona, assumendo , quindi, maggior valore e rilievo, l’eventuale riscontro dei dati ergonomici ricavati dalla “ scatola nera”, pur nei limiti del risposta individuale all’insulto traumatico

Di fatto da tempo il quesito tecnico richiesto al Consulente d'Ufficio specialista medico legale in quasi tutte le sezioni dei Giudici di Pace e di Tribunale del Veneto, prevede ragionevolmente una risposta distinta tra riscontro clinico e strumentale : recentemente anche l'osservatorio del Tribunale di Milano ed altra Associazione Scientifica Medico Legale affine all'ANIA, hanno condiviso tale interpretazione proprio per evitare l'impossibilità da parte del danneggiato di essere risarcito per conseguenze permanenti (danno biologico permanente) per oggettiva impossibilità di fornire la prova prevista per Legge (riscontro unitario clinico – strumentale).

L'atteggiamento delle compagnie assicurative, alla luce del citato Decreto, è stato infatti quello di negare qualsiasi tipo di danno permanente conseguente a lesioni di lieve entità, se non supportato da riscontro "strumentale", imponendo, ai propri medici fiduciari, di esprimere una valutazione tecnica di totale negazione del danno, ciò in contrasto con le indicazioni tabellari di Legge previste dal DL del 3.7.2003 e soprattutto con totale inosservanza degli articoli 4 e 62 del Codice Deontologico, secondo le indicazioni che emergono dalla relazione trasmessa dal Presidente della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici al Segretario Nazionale del Sindacato della Società Italiana di Medicina Legale in data 7.5.2012 (che si allega).

Atteggiamento ostruzionista, finalizzato ovviamente ad interessi di Parte, che ha inevitabilmente determinato la rincorsa all'esecuzione di una miriade di esami strumentali **ad esclusiva finalità assicurativa e non diagnostico terapeutica**, che hanno fatto lievitare le spese del singolo sinistro. Successivamente, proprio in relazione alla aleatorietà del Decreto, è tuttora in corso ed è destinato ad aumentare in maniera esponenziale il Contenzioso Giudiziario in tutto il territorio del Veneto ed aree limitrofe, onde ottenere il giusto risarcimento del danno in caso di lesione reale, tenuto conto della palese "contraddittorietà" scientifica e giuridica della normativa vigente.

Un ultimo aspetto riguarda la proposta di uno sconto della tariffa assicurativa allorché il danneggiato si rivolga a strutture sanitarie convenzionate con la compagnia di assicurazione. Al riguardo è necessario considerare che spesso non esistono lesioni "standard" che trovano trattamento sanitario "standard" in quanto ogni persona reagisce diversamente ad un insulto traumatico. La lesione può richiedere differenti approfondimenti clinici e differenti iter terapeutici per cui potrebbe sorgere il problema di specifiche indicazioni terapeutiche, per ogni singolo danneggiato, rilasciate motivatamente da altri sanitari non convenzionati, in contrasto con l'iter diagnostico riabilitativo delle strutture collegate con le stesse Compagnie di Assicurazione, venendosi a determinare la possibilità di estremi conflitti di interesse tra consumatore assicurato (che ha il diritto di ricevere tutte le cure più opportune) e la stessa Compagnia, che ha standardizzato in base agli sconti tariffari, il costo della prestazione medica e quindi non potrebbe garantire al danneggiato la piena tutela della propria salute.

Ringraziando per la cortese attenzione, auspichiamo una definitiva semplificazione delle novelle (3/ter e 3/quater), in osservanza ai più elementari principi scientifici e giuridici, nell'interesse di tutte le Parti al fine dell'effettivo risarcimento di tutti i danni biologici "reali", senza aggravii (sia per il consumatore, sia per il debitore compagnia di assicurazione), di inutili spese sanitarie aggiuntive, come suole accadere e come è destinato ad incrementarsi con la modifica del comma 3/quater, per esclusiva finalità assicurativa e non per effettiva necessità diagnostico – terapeutica.

Il Segretario della Società Medico Legale del Triveneto
Dott. Enrico Pedoja

Il Delegato di Padova della Società Medico Legale del Triveneto
Dott. Fabio Fenato