

Milano, 24 aprile 2012

Nota di indirizzo concernente le modifiche apportate dalla Legge 24 marzo 2012 n. 27 (Conversione con modificazioni DL del 24 gennaio 2012 n.1) pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 71 del 24/03/12.

Nel prendere atto delle modifiche apportate dalla citata Legge, in vigore dal 25 marzo 2012, alla disciplina del “Danno biologico per lesioni di lieve entità” di cui all’art. 139 del Codice delle assicurazioni private, **Vi informiamo** che a breve saranno indette sessioni territoriali di aggiornamento, verifica e confronto della metodologia da applicare alla luce delle predette modifiche.

Intanto, con la presente nota, si riportano le prime considerazioni sul tema.

**Art. 32, comma 3-ter, Legge n. 27/2012**

**“In ogni caso, le lesioni di lieve entità, che non siano suscettibili di accertamento clinico strumentale obiettivo, non possono dar luogo a risarcimento per danno biologico permanente.”**

Questo comma allude alla fase iniziale della lesività che il danneggiato assume di aver riportato a seguito di sinistro stradale, il più delle volte disponendo di certificazione di pronto soccorso, nella quale sono variabilmente riportati sintomi soggettivi e, sovente, constatazioni cliniche obiettive (es.: contrattura nucale, rettificazione della lordosi cervicale, limitazione antalgica del collo, parestesie agli arti superiori, cefalea, vertigine, ecc.) e riscontri radiologici (appiattimento/inversione della lordosi cervicale, listesi vertebrali, spondilo-disco-artrosi, ecc.).

**Art. 32, comma 3-quater, Legge n. 27/2012**

**“Il danno alla persona per lesioni di lieve entità di cui all’art. 139 del Codice delle assicurazioni private, di cui al decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, è risarcito solo a seguito di riscontro medicolegale, da cui risulti visivamente o strumentalmente accertata l’esistenza della lesione.”**

Questo comma dell’art. 32 Legge n. 27/2012, diversamente dal precedente, allude alla fase che si apre dopo la conclusione dell’iter assistenziale, a far tempo da quando il quadro clinico si è stabilizzato. La stabilizzazione può avvenire senza che residuino postumi soggettivi e, di logica conseguenza, obiettivi.

Alla luce di quanto sopra esposto, (anche secondo interpretazione ISVAP del 19 aprile 2012) procedendo secondo una *“lettura combinata delle due disposizioni, ne deriva che soltanto il danno biologico permanente - cioè i postumi invalidanti conseguenti alla lesione - per poter dar luogo a*

*risarcimento debba essere stato valutato dal medico legale attraverso un accertamento clinico strumentale obiettivo”.*

Pertanto, in sede di visita medico legale, qualora la certificazione di PS sia inesistente o contempli soltanto riferimenti ad una sintomatologia soggettiva, in assenza di accertamenti clinici strumentali obiettivi effettuati nel periodo assistenziale, la Legge prevede un’esplicita pregiudiziale negativa in ordine alla risarcibilità del danno alla persona per quanto attiene l’invalidità permanente.

Sempre secondo interpretazione ISVAP, “ *Il danno biologico temporaneo, cioè i giorni di inabilità temporanea assoluta o relativa conseguenti all’evento lesivo, potrà invece essere accertato dal medico legale sia visivamente che strumentalmente*”, intendendo per visivamente quanto obiettivabile attraverso l’indagine semeiologica.

In tal senso, la Legge conferma l’importanza del ruolo del medico legale; afferma e ribadisce, tuttavia, che la relativa valutazione dei postumi debba contemplare la presenza di elementi oggettivi a testimonianza e prova dell’esistenza della lesione e, quindi, della possibile menomazione.

Si rammenta pertanto l’importanza della segnalazione in perizia dell’inquadramento o meno del caso obiettivato nel contesto della norma in questione, documentando il criterio adottato per l’oggettivazione e la conseguente valutazione dei postumi, le cui caratteristiche quali-quantitative devono essere compiutamente analizzate ai fini dell’ammissione del nesso causale.

In particolare si invita a prendere visione di tutta la documentazione a disposizione on-line sul Sito dei Collaboratori ed all’interno del fascicolo elettronico al fine di disporre di ulteriori elementi importanti per una più precisa valutazione del quadro generale del danno patito; a tal proposito si rammentano la perizia del danno materiale, il dettaglio dei punti d’urto, il diario di trattazione con le eventuali indicazioni fornite dal liquidatore, i dati di Octo Telematics, ed altre informazioni di cui sarà nostra cura fornirvi dettaglio durante i prossimi incontri formativi.

In seguito a queste recenti variazioni, si richiama, inoltre, la Vostra attenzione a verificare che le spese da ammettersi al rimborso (accertamenti clinici e strumentali, FKT, ecc.) contengano corrette prescrizioni per finalità cliniche, siano eseguite da personale qualificato, numericamente adeguate, eseguite nel periodo di temporanea riconosciuto e conformi alle norme fiscali.

Chiediamo pertanto la Vostra piena collaborazione al fine di poter sempre più contrastare, anche in forza della presenza normativa, le tipologie di lesione note a tutti per le spiccate qualità soggettive pertanto ritenute esclusivamente speculative.

La gestione dei medici fiduciari, unitamente alle CMD, effettuerà un costante monitoraggio sull’applicazione delle predette indicazioni.

Certi di poter contare sul Vostro pieno sostegno, in attesa di poterVi incontrare, salutiamo cordialmente.