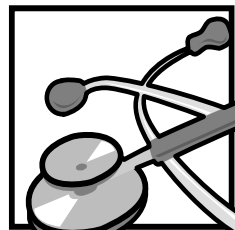


MEDICINA ASSICURATIVA/ Check su 100mila perizie svolte per conto delle assicurazioni

Furbizie da «colpo di frusta»

Danno micropermanente e aggravanti: il rebus dei divari regionali



Utilizzando un campione di circa 100.000 perizie medico-legali redatte dal settembre 2003 al settembre 2007 in formato elettronico (e quindi con dati omogenei, statisticabili e valutabili) e raccolte da tutte le Regioni d'Italia, l'associazione Melchiorre Gioia ha realizzato un interessante studio (pubblicato per esteso su *Tagete - Archives of legal medicine and dentistry* 2/2008) finalizzato a verificare l'aderenza nella redazione delle perizie stesse alle indicazioni operative e tabellari fornite dal Dm 2003 sulle micro-permanenti.

Le perizie sono state studiate evidenziando innanzitutto l'entità delle lesioni accertate (per verificare se effettivamente sono le micro-permanenti a ricoprire la maggior fetta del risarcimento da responsabilità civile), quindi le tipologie di lesione più frequentemente riscontrate con i distretti corporei maggiormente interessati e, infine, le valutazioni fornite e, in particolare, la loro conformità o meno a quanto indicato nel Dm, nonché - in caso di scostamento - i motivi di un'eventuale allontanamento da tali direttive.

Primo step dunque l'individuazione del range di percentuale di invalidità più frequentemente assegnato ai postumi: i risultati hanno mostrato che la fascia maggiormente rappresentata è quella da 0,5 a 9 (82,8% dei casi), seguita poi dall'assenza di postumi ovvero 0 (14,5% dei casi) e quindi dalla fascia con valutazione superiore al 9 (2,7% dei casi).

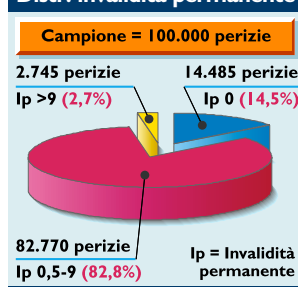
Tra le perizie con una valutazione nel range 0,5-9 (micropermanenti) il valore più frequentemente assegnato è 2 (39%), seguito da 1 (38,3%) e poi in ordine decrescente i valori sempre maggiori.

All'interno della quota di perizie in cui la valutazione è superiore al 9%, si assiste a un ordine di frequenza decrescente all'aumentare dei valori. Dato dunque atto che la fetta maggiore del risarcimento riguarda lesioni micropermanenti, si è passati ad analizzare quali sono i distretti corporei prevalentemente interessati dalle lesioni. Ovviamente il trauma distorsivo al rachide cervicale (c.d. colpo di frusta) è risultato comprendere il 44% di tutte le lesioni quando compare come unica lesione riscontrata, mentre se in associazione con altri traumi arriva a coprire il 72% di tutte le lesioni (tabelle n. 4 e 5).

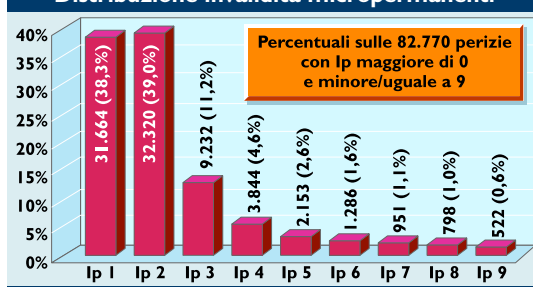
Tra i distretti corporei più spesso associati al trauma distorsivo del rachide cervicale si trovano il rachide lombare, quindi la spalla, il cranio e il ginocchio, mentre, in assenza di colpo di frusta, le lesioni più frequenti riguardano il ginocchio, a seguire, la spalla, la caviglia e il rachide lombare. Vengono dunque esaminate le valutazioni medico-legali assegnate alle lesioni con riferimento alle indicazioni del Dm 3 luglio 2003, il cui obiettivo è perseguire la massima omogeneità scientifica e riproducibilità del giudizio valutativo a parità di diagnosi delle infermità e menomazioni conseguenti, permettendo comunque una variabilità nella valutazione in ragione dell'incidenza in maniera apprezzabile «su particolari aspetti dinami-

Le lesioni più frequenti nelle 100mila perizie prese in esame					
Diagnosi medico legale		%	Diagnosi medico legale		%
● Colonna vertebrale cervicale		44	● Ginocchio		3
● Colonna vertebrale cervicale/colonna vertebrale lombare		6	● Spalla		2
● Colonna vertebrale cervicale/spalla		5	● Caviglia		1
● Colonna vertebrale cervicale/cranio		3	● Colonna vertebrale lombare		1
● Colonna vertebrale cervicale/ginocchio		3	● Gamba		1
● Colonna vertebrale cervicale/parete toracica (costa/e)		2	● Cranio		1
● Colonna vertebrale cervicale/colonna vertebrale dorsale (toracica)		1	● Polso		1
● Colonna vertebrale cervicale/polso		1	● Parete toracica (costa/e)		1
● Colonna vertebrale cervicale/altro		8	● Spalla/ginocchio		1
● Colpo di frusta e lesioni associate		72	● Non compilata		1
			● Altro		15
			Lesioni senza colpo di frusta		28

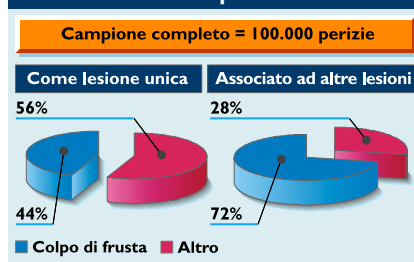
Distr. invalidità permanente



Distribuzione invalidità micropermanenti



I dati sul colpo di frusta



Artropatie-discoptie: i dati regionali

Zone	%	Zone	%
Incidenza regionale			
Nord	58,0	Toscana	9,5
Centro	26,5	Piemonte	8,4
Sud	15,5	Umbria	7,8
Totale	100,0	Emilia Romagna	7,1
Maggiore incidenza			
Veneto	25,5	Totale parziale	70,7
Lombardia	12,4	Regioni rimanenti	29,3
		Totale	100,0

co-relazionali personali», che però deve essere giustificata e motivata dal medico legale.

È qui che emergono senza dubbio i dati più interessanti. In buona parte della casistica, infatti, il medico valutatore resta allineato con le indicazioni del Dm in quanto assegna ai postumi di un trauma distorsivo una valutazione pari o inferiore a due, in particolare nell'11,9% dei casi, pari a zero e nell'85,9% dei casi tra 0,5 e 2.

Rimane comunque una percentuale non irrilevante di casi (il 2,1%), nella quale il fiduciario assegna a un trauma distorsivo del ra-

chide (cervicale per lo più, ma anche lombare) un valore superiore a 2, ovvero superiore al punteggio massimo previsto dal barème ministeriale.

Quali dunque le motivazioni di tale discostamento?

Dall'analisi delle perizie emerge che il valore tabellare viene solitamente superato non per quanto previsto dal Dm (ovvero per una maggiore incidenza su particolari aspetti dinamico-relazionali personali), ma perché vengono considerate delle preesistenze come fattori aggravanti il danno o perché vengono riscontrate alcune menomazioni

«accessorie» al colpo di frusta. In particolare si tratta di artropatie (artrosi e/o ernie discali), sintomatologia vertiginosa e sofferenza radicolare strumentalmente accertate.

Il dato interessante (e che fa sorgere qualche dubbio) è la circostanza che tali fattori aggravanti del danno (e del risarcimento) appaiono costanti in alcune Regioni d'Italia (sempre le stesse), mentre sono quasi del tutto assenti in altre. Si prenda ad esempio la sintomatologia vertiginosa (ma analoghe valutazioni si potrebbero fare per le altre aggravanti).

Il Dm 2003 considera la voce

«Sindrome vertiginosa periferica da asimmetria labirintica compensata, strumentalmente accertata» e indica una valutazione che va dal 2 al 5 per cento.

Numerosi sono gli studi di ambito clinico e medico-legale che hanno analizzato la correlazione patogenetica tra sintomatologia vertiginosa e colpo di frusta cervicale. Ognuno di questi studi ha fornito alcuni punti fermi da considerare nella valutazione di queste patologie, ma le risposte definitive non sono purtroppo molte.

Da un punto di vista strettamente clinico le teorie eziopatogenetiche indicano che il colpo di frusta può determinare effetti lesivi sul sistema dell'equilibrio attraverso un danno isolato o combinato a carico di diverse strutture. Da un punto di vista medico-legale appare però molto importante riuscire a stabilire che effettivamente l'eventuale danno vestibolare sia conseguenza del traumatismo in questione.

A tal fine pertanto risultano imprescindibili alcuni accertamenti clinici e strumentali da cui può emergere un indizio diagnostico bisogno comune di ulteriore approfondimento sui risultati funzionali.

Dall'analisi delle perizie emerge che in alcune Regioni - come Veneto e Toscana - il medico tende ad accettare supinamente le conclusioni fornite dalla relazione di parte, senza praticare alcuna revisione critica dei dati clinici e strumentali. Altre volte la sintomatologia è evidenziata da prove strumentali corrette e complete, ma effettuate a troppo breve distanza dal trauma (anche soltanto di qualche mese), altre volte le prove vestibolari compaiono improvvisamente, a guarigione avvenuta, senza che mai nel periodo di malattia siano state evidenziate nella sintomatologia lamentata dal paziente, quasi sempre infine non viene assolutamente considerata la reale entità del trauma e quindi la sua efficacia lesiva.

Emerge dunque dal lavoro che per la più parte dei casi vi è un sostanziale rispetto delle indicazioni del Dm 2003. Emergono poi altresì - nella casistica ove ci si è discostati dal valore tabellare ministeriale - quali sono gli errori più ricorrenti e quali i metodi per evitarli. L'analisi consente peraltro anche di registrare un fenomeno di cui si poteva solo avere percezione, ma che non era mai stato analizzato e quantificato.

Il fatto che cioè vi sono alcune realtà regionali in Italia dove le «prassi» medico-legali locali hanno per anni enfatizzato il significato di alcuni accertamenti, richiesti in maniera strumentale, finalizzati esclusivamente a incrementare il valore economico dei risarcimenti, sulla base di presupposti scientifici spesso discutibili se non applicati per intero e con criteri del tutto rigorosi.

Ed è significativo il fatto che, fra queste realtà locali, vi sono quelle ad alta presenza di strutture professionali specializzate alle richieste di risarcimento da sinistri stradali.

Giovanni Cannavò
Specialista medicina legale
Presidente Associazione medico giuridica «Melchiorre Gioia»