

Gent.ma Dr.ssa Jutta Birkhoff
Dip. Di Medicina e Sanità Pubblica
Università dell'Insubria
Via Borri, 57
21100 VARESE

Pisa, 10 gennaio 2001

Oggetto: Pubblicazione articolo

Si comunica che il comitato scientifico della rivista Medico-Giuridica "TAGETE", acconsente alla pubblicazione dell'articolo "Risarcimento del macro-danno da trauma cranio-encefalico (A.B.I. - T.B.I.). Il punto di vista del medico-legale."

Autori:

Mario Tavani, Jutta Birkhoff, Francesca Selvagio,
Mario Picozzi

Lo stesso sarà pubblicato anche negli atti del IX Congresso Medico-Giuridico internazionale "Vulnera Mentis", tenutosi a Pisa il 12-13 maggio 2000.

Distinti saluti

Segreteria di Redazione
Dr. Rossana Marrapese



Risarcimento del macro-danno da trauma cranio-encefalico (A.B.I. - T.B.I.). Il punto di vista del medico-legale.

Mario Tavani, Jutta Birkhoff, Francesca Selvagio, Mario Picozzi*

Le sequele dei traumi cranici¹ (A.B.I. = *acquired brain injury* - T.B.I. = *traumatic brain injury*) possono suddividersi in²:

- 1) Sequele (prevalentemente) neurologiche (primarie sensitivo-motorie);
- 2) Sequele (prevalentemente) psicopatologiche, a carico della sfera ideocognitiva ed alterazioni del comportamento;
- 3) Sequele miste "complesse".

1) Quelle (prevalentemente) *neurologiche* (primarie sensitivo-motorie) possono distinguersi a loro volta in³:

* Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università degli Studi dell'Insubria

¹ - In Europa si registrano 1400-2000 casi di A.B.I./100.000 abitanti/anno con una mortalità da 9 a 20 casi per 100.000 abitanti/anno, (Villani R.M., Tomei G., Traumi cranici: considerazioni generali, *Professione San. Pubbl. e Med. Prat.*, 5, 15, 1997). In Italia, a volte, si parla di "epidemia silenziosa", che più spesso colpisce giovani adulti in piena attività scolastica o lavorativa. Il 50% circa dei A.B.I. è secondario ad incidenti stradali e l'altra metà consegue ad incidenti sportivi, cadute accidentale, incidenti domestici, lavorativi, ecc. (secondo dati INAIL del 1990, i traumi cranici nell'industria rappresentavano circa il 4,8% del totale degli infortuni, responsabili però del 64,6% delle morti e del 5,7% dei postumi permanenti. Nell'agricoltura, nello stesso anno, essi erano responsabili del 48,2% dei decessi e del 3% dei postumi permanenti. - vedi: Introna F., I traumi cranici: diagnosi polispecialistica e valutazione medico-legale, *Riv. It. Med. Leg.*, XX, 219-261, 1998). Le lesioni cerebrali costituirebbero il 26% dei ricoveri ospedalieri e assorbirebbero il 27% dei costi assistenziali, il che equivarrebbe, secondo dati ISTAT del 1995, ad un costo sociale pari a 8800 miliardi. E' colpito prevalentemente il sesso maschile (60% circa), specialmente nella fascia d'età fra i 15-34 e 65-75 anni. I traumi cranici gravi esitanti in sequele fisiche, cognitive o comportamentali gravemente invalidanti, rappresentano circa il 10% della frequenza totale; il che significa circa 150-300 casi/100.000 abitanti. A un anno di distanza da un grave A.B.I., circa il 40-50% dei pazienti riesce a riprendere gradualmente la vita e le attività precedenti; il 20-30% presenta menomazioni invalidanti residue, ma è autonomo nella maggior parte delle attività quotidiane; la percentuale rimanente presenta esiti gravi e permanenti, tali da necessitare di interventi assistenziali anche per le attività quotidiane. (Mastroroberto L., Borgioli M., Considerazioni medico-legali sugli aspetti risarcitori delle spese di assistenza ausiliaria nei macrolesi, *Tagete*, 5, p.102 e 103, 1999; - Boldrini P., Quale riabilitazione fa la differenza? Il caso del trauma cranico grave, *Tagete*, 5, pp. 44-55, 1999)

E' solo da ricordare qui che le capacità di recupero sono grandemente dipendenti anche, oltre al tipo di lesione iniziale, dell'età del soggetto cranio-leso; ben si comprende che un soggetto giovane avrà migliori capacità di recupero e di adattamento, rispetto alla persona anziana che presenterà una ben minore capacità di vicariamento e di compensazione, e ciò anche e specialmente per quanto si riferisce al suo eventuale recupero dell'equilibrio psichico, pesantemente scosso dall'"irruzione" violenta e traumatica dell'evento lesivo.

² - Per un approfondimento del tema clinico: Pinelli P., Poloni M., *Neurologia. Principi di diagnostica e terapia*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1997; - AA.VV., *Harrison Principi di Medicina interna*, 13° ed., McGraw Hill, Milano, 1995

- sindrome pre-rolandica (aree frontali 4 e 6)
 - paralisi parcellari, plegie, etc.
- sindromi temporali
 - sordità e cecità corticali, afasia di W., etc.
- sindromi parietali
 - perdita di sensibilità, emianopsie, etc.
- sindromi occipitali
 - emianopsie, cecità, etc.
- sindrome pseudo-bulbare
- sindromi alterne
- sindromi cerebellari (emisferica, vermiana, vestibolare centrale)
- sindromi extrapiramidali
 - acinetico-ipertonica
 - ipercinetico-ipotonica
- lesioni plurime dei nervi cranici

2) Le sequele (prevalentemente) *psico-patologiche*⁴, a carico della *sfera ideo-cognitiva* e le *alterazioni del comportamento* possono venire ulteriormente suddivise in:

- a) sequele minori di cui fanno parte:
- sindrome soggettiva del T.C.;
 - disturbo post-traumatico da stress⁵;
 - disturbi somatoformi (?);
 - disturbi fittizi (⁶) e neurastenia.

b) sequele maggiori che comprendono⁷:

¹ - Questa classificazione è ovviamente criticabile come qualsiasi altra: in questo campo in tanto è consentita in quanto ben si rapporta agli attuali barèmes per la valutazione del danno biologico. (Vedi, ad esempio: Bargagna M., Canale M., Consigliere F., Palmieri L., Umari Ronchi G., *Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente*, II ed., Giuffrè, Milano, 1996).

⁴ - Si consiglia la lettura di: Marigliano A., Brondolo W., *Il danno da menomazione psichica*, in (a cura di) Cannavò G., *Le nuove frontiere del danno risarcibile*, Assoc. Med. Giur., "Melchiorre Gioia", ed. ACOMEP, Pisa, 1995

⁵ - Ai soggetti sofferenti di questa sindrome, in seguito ad un A.B.I., non sempre viene riconosciuta una menomazione, specie per la sua difficile obiettivazione, nonostante il suo notevole effetto sulla capacità di tornare ad una vita e lavoro normali. Situazione questa che però non è tipica non unicamente del nostro paese, ma lamentato anche all'estero. (- Politynska B., Mariak Z., Lewko J., *The influence of post-traumatic syndrome in determining capacity to return to work after closed head injury*, *Rocz. Akad. Med. Białymst.*, 44:141-50, 1999; - Bryant RA., Marosszeky JE., Crooks J., Gurka JA., *Posttraumatic stress disorder after severe traumatic brain injury*, *Am J. Psychiatry*, 157(4):629-31, Apr.2000)

⁶ - Il punto interrogativo è doveroso trattandosi di nosografia, in questo specifico settore, ancora discussa in sede scientifica.

⁷ - Dalla letteratura recente risulta che si tratta per lo più di disturbi depressivi maggiori, rare forme schizofreniche, disturbi cognitivi e di personalità. (Lees-Haley PR., Dunn JT., *The ability of naive subjects to report symptoms of mild brain injury, post-traumatic stress disorder, major depression, and generalized anxiety disorder*, *J. of Clinical Psychology*, 50(2):252-6, 1994; - Barnes MP., *Rehabilitation after traumatic brain injury*, *Br. Med. Bull.*, 55(4):927-43, 1999; - Sayal K., Ford T., Pipe R., *Case study: bipolar disorder after head injury*, *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39(4): 525-8, 2000)

Vanno brevemente ricordati recenti studi per verificare l'esistenza o meno di un eventuale maggiore rischio di sviluppare una demenza o un morbo di Alzheimer, specie nell'anziano, a seguito di trauma cranico.

- disturbi di personalità⁸;
- sindromi psicotiche.

c) stati deficitari

- semplici;
- complessi.

3) Per quanto si riferisce alle *sequele miste complesse* esse comprendono sostanzialmente:

- sindrome pre-frontale;
- idrocefalo;
- epilessie.

La precisazione delle sequele neurologiche⁹, cioè degli stati deficitari sensitivo-motori e stati irritativi, presuppone, per la determinazione della stabilizzazione del quadro clinico, delle possibilità terapeutiche e riabilitative, nonché per la valutazione del danno base, l'identificazione e quantizzazione corretta:

(Metha KM, Ott A., Kalmijn S., Slooter AJ., van Duijn CM., Hofman A., Breteler MM., Head trauma and risk of dementia and Alzheimer's disease: *The Rotterdam Study, Neurology*, 53:9, 1959-62, 1999; - Odenheimer GL., Acquired cognitive disorders of the elderly, *Med. Clin. North Am.*, 73(6):1383-411, 1989; - Schofield PW., Tang M., Marder K., Bell K., Dooneief G., Chun M., Sano M., Stern Y., Mayeux R., Alzheimer's disease after remote head injury: an incidence study, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 62(2):119-24, 1997; - DSM-IV, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1996, p.170 seg.)

⁸ - Questi disturbi provocano un notevole disagio nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree di funzionamento importanti del soggetto colpito, ma sono ancora poco considerati in relazione ad un trauma cranico. (Hibbard MR., Bogdany J., Uysal S., Kepler K., Silver JM., Gordon WA., Haddad L., Axis II psychopathology in individuals with brain injury, *Brain Inj.*, 14(1):45-61, 2000)

⁹ - Crediamo di non fare azione sgradita se ricordiamo che la valutazione della gravità iniziale del trauma cranio-encefalico si basa essenzialmente sul punteggio risultante dalla Scala del Coma di Glasgow (GCS), sulla durata dell'amnesia post-traumatica, che, tra l'altro, permette una valutazione prognostica precoce orientativa circa un eventuale danno motorio e neuropsicologico, oltre, naturalmente alla valutazione del tipo e dell'entità delle lesioni associate in altri organi. Per quanto si riferisce invece alla valutazione dei diversi esiti di gravi traumas cranici, si propone, ad esempio, l'uso di diverse scale quali la *Ferrara Brain Injury Assessment Schedule* (per le sequele sensomotorie), la *Neurobehavioral Rating Scale* (per le sequele psicologiche e neuropsicologiche), la *Functional Independence Measure* (per il livello di indipendenza funzionale), la *Disability Rating Scale* (per il livello di disabilità complessiva), il *Community Integration Questionnaire* (per il livello di reintegrazione sociale e lavorativa), la *Supervision Rating Scale* (per valutare la necessità di assistenza quotidiana). (vedi: Boldrini P., *Quale riabilitazione fa la differenza? Il caso del trauma cranico grave*, *Tagete*, 5, pp. 44-55, 1999; - Filauro F., Conde F., Montolivo A., *Aspetti di semeiotica per l'accertamento medico-legale dei postumi permanenti*, Giuffrè, Milano, 1997). - Introna, ritiene che "uno dei parametri di riferimento per valutare la gravità degli esiti è costituito da una esatta indicazione della gravità iniziale della lesione traumatica cerebrale; sarebbe pertanto utile l'adozione, nei reparti di diagnosi e cura, della *Abbreviated Injury Scale* (AIS): inizialmente formulata nel 1969 dalla *American Medical Association* (AMA), dalla *American Association for Automotive Medicine* (AAAM) e dalla *Society of Automotive Engineers* (SAE) e perfezionato nel tempo fino all'ultima edizione del 1990 (...)". A distanza dall'evento lesivo, per la valutazione degli esiti, egli afferma che "si dovrebbe procedere ad un controllo a distanza dei sopravvissuti per accertare i tipi e gradi di invalidità permanente e calcolare la correlazione tra invalidità residua ed i punteggi AIS, ISS (*Injury Severity Score*, definita come "la somma dei quadrati dei punteggi AIS più alti nelle tre regioni corporee maggiormente lese") e GCS inizialmente assegnati a ciascun caso. In tale modo si potrebbe fare una precoce previsione del grado e tipo di invalidità." (cfr., Introna F., *I traumi cranici: diagnosi polispecialistica e valutazione medico-legale*, *op.cit.*, p.232-233 e 246)

- dei deficit ideo-cognitivi¹⁰;
 - della memoria
 - del linguaggio
 - della capacità di eseguire movimenti
 - della capacità di identificare oggetti
 - della capacità di funzioni esecutive
 - della capacità di concentrazione/attenzione
- dei disturbi di personalità
 - comportamentali¹¹
 - dell'umore
 - dell'affettività
- delle patologie psichiatriche.

La precisazione delle sequele neurologiche (menomazioni¹²) non comporta solitamente nessun problema (PET, RMN, TC, PE, EM-ENG, EEG, etc.)¹³.

Al contrario l'identificazione e quantizzazione corretta delle sequele (menomazioni) psicopatologiche ed a carico della sfera ideo-cognitiva ed alterazioni del comportamento destano problemi complessi di natura pratica¹⁴, data

¹⁰ - *L'International Classification of Impairments, Disability and Handicaps, I.C.I.D.H.*, identifica 9 "aree psichiche", ognuna delle quali comprende una serie di diversi tipi di disfunzione, nelle quali può manifestarsi un disturbo psichico: disturbi dell'intelligenza; della memoria; della funzione del pensiero; della consapevolezza e sicurezza di sé; della percezione e dell'attenzione; delle funzioni emotivo-affettive; delle funzioni volitive; psicomotori; del comportamento.

¹¹ - I disturbi del comportamento vengono spesso poco considerati nella comune prassi valutativa, anche se da un recente studio epidemiologico risulta che essi sono riscontrabili nel 25% dei pazienti con A.B.I. e che persistono in circa il 40% a distanza di un anno dal trauma: essi possono presentarsi sotto forma di sospettosità, alterazioni relazionali in ambito familiare ed e/o extrafamiliare, permalosità, insicurezza, comportamenti ossessivi, aggressività, distruttività, isolamento, ecc. (Deb S., Lyons I., Koutzoukis C., *Neurobehavioral symptoms one year after a head injury, Br. J. Psychiatry*, 174, 360-5, 1999) Dunque raramente si riconoscono come altamente invalidanti.

¹² - *Menomazione* (classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità ed handicap=I.C.I.D.H., OMS, 1980): qualsiasi perdita o anomalia di una struttura o di una funzione, sul piano anatomico, fisiologico e psicologico. La menomazione è caratterizzata dall'esistenza od occorrenza di una anomalia, difetto o perdita (che può essere temporanea o permanente) di un arto, organo o tessuto od altra struttura del corpo, o di un difetto di un sistema, funzione o meccanismo del corpo, compreso il sistema delle funzioni mentali. La menomazione rappresenta la deviazione dalla norma sul piano biomedico dell'individuo e rappresenta l'esteriorizzazione di una condizione patologica.

¹³ - E' raccomandabile la raccolta di tutta la documentazione strumentale possibile per la valutazione della prognosi del cerebroleso, anche a lunga distanza dal trauma stesso.

¹⁴ - A questo riguardo è di primaria importanza conoscere il soggetto che si ha di fronte, la sua condizione personale e sociale, e specialmente il significato che questi attribuisce agli esami cui si deve sottoporre, oltre che valutare e cercare di comprendere quanto una eventuale componente soggettiva contribuisca a determinare la disabilità. Ugo Fornari fa presente che i sede psichiatrico forense, ai fini della valutazione del danno psichico che può risultare in seguito a trauma cranico, è necessario partire da uno studio analitico delle lesioni iniziali; procedere poi ad un colloquio approfondito per capire il "vissuto" del cranio-leso; fare una approfondita ricostruzione della sua "storia" pregressa, anche e specialmente per potere procedere ad una comparazione tra il "prima" e il "dopo"; inquadrare bene il danno psichico residuo avvalendosi anche della semeiotica strumentale e dei test psicodiagnostici. Egli raccomanda di evitare schemi precostituiti ed il soggettivismo dell'esaminatore e di rinunciare all'esatta valutazione

- la scarsa disponibilità di specialisti aggiornati,
- le resistenze dei danneggiati e dei familiari,
- gli esami lunghi e costosi,
- la minima considerazione peritale dei risultati;

risentono inoltre:

- della carenza di protocolli operativi
 - tipo, numero e sequenza dei tests,
 - distanza minima dal termine della fase acuta della malattia traumatica,
- e dell'assenza di tabelle valutative di riferimento.

In entrambi i casi grande è la difficoltà di valutazione di esami non (o difficilmente) ripetibili eseguiti da super-specialisti.

Dunque,

- identificato e soppesato il quadro anatomo-clinico,
- certi della sua inemendabilità e della sua stabilizzazione,
- identificati e quantizzati i deficit di funzione,
- identificati e tipizzati i deficit ideo-cognitivi,
- inquadrati i disturbi psico-patologici,
- superati tutti i problemi pratici avanti detti,
- appurato lo stato anteriore del danneggiato,

come procedere per fornire ad avvocati, liquidatori e giudici i parametri per un risarcimento il più equo possibile e rispondere alla realtà del mondo di oggi?

Le tabelle di riferimento per il danno biologico attualmente in uso sono strumenti operativi sufficienti?

Vi sono strumenti alternativi?

Quali dati fornire per il risarcimento del danno patrimoniale, oltre all'incapacità specifica lavorativa?

Personalmente riteniamo che:

1. le tabelle di riferimento sono strumenti inadeguati per ben precisare il danno biologico permanente in questa fattispecie¹⁵.

strettamente numerica (percentuale), mentre sarebbe preferibile una valutazione "per fascia". Raccomanda altresì di fornire al giudice il massimo di descrizione clinica possibile, affinché questi possa decidere consapevolmente sul *quantum* del risarcimento. In questo ambito, pare che "...non esistono criteri standard che consentano la costruzione di sistemi tabellari ... il giudizio che viene dato ha caratteristiche orientative, alcune di probabilità ... nessuna certezza ...". (Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET, Torino, 1997) (Riguardo alla valutazione del danno psichico con il ricorso al "criterio di fascia", al posto di una netta percentuale, vedi anche: Introna F., *I traumi cranici: diagnosi polispecialistica e valutazione medico-legale*, *op.cit.*, p.254).

¹⁵ - Non ci sembra inopportuno qui ricordare le raccomandazioni dei più noti colleghi medico-legali italiani per la migliore precisazione percentuale del danno biologico in questa fattispecie. Al contrario riteniamo utile sottolineare, per quanto riguarda, in particolare, la valutazione dei danni psichici, che non si tratta di dire quanto vale un disturbo psichico considerato isolatamente, ma quanto questo specifico disturbo lede, menomandola, l'integrità psico-fisica, la vita relazionale e la capacità lavorativa di quel dato soggetto.

Oltre alle guide italiane più note di valutazione già più sopra citate, va sicuramente menzionata quella approntata dall'AMA e che fa riferimento alla *impairment* e che condensa i diversi disturbi mentali e comportamentali in cinque fasce di danno: classe 1= nessuna menomazione (0-5%); classe 2 = lieve

2. Lo stato anteriore del danneggiato è (pressoché sempre) non adeguatamente valutato per la calibrazione del danno biologico;
3. Per la valutazione del danno patrimoniale raramente si indicano
 - la composizione del nucleo familiare del danneggiato¹⁶
 - la sua residenza
 - le residue capacità e potenzialità sensitivo-motorie e psico-neurologiche in funzione della precisazione
 - del livello di indipendenza funzionale¹⁷,
 - delle residue capacità di recupero lavorativo,
 - delle necessità di assistenza personale e della relativa tipologia¹⁸,

menomazione (10-20%), classe 3 = moderata menomazione (25-50%), classe 4 = marcata menomazione (55-75%), classe 5 = estrema menomazione (oltre 75%). Per potere arrivare a tali valutazioni vanno esaminati diversi aspetti di funzionamento del soggetto in esame: l'attività quotidiana (che include, fra l'altro, l'igiene personale, la comunicazione, la deambulazione, il viaggiare, la funzione sessuale, il sonno, attività sociali e ricreative); il funzionamento sociale (si riferisce alla capacità individuale di interagire adeguatamente e comunicare efficacemente con altre persone; la concentrazione, persistenza e ritmo (si riferiscono all'abilità di sostenere un'attenzione focalizzata per un tempo sufficiente da permettere l'adempimento temporale dei doveri che si riscontrano comunemente nelle situazioni di lavoro; vanno anche considerati eventuali deterioramenti o scompensi durante il lavoro o nella situazione lavorativa che fanno riferimento a ripetuti fallimenti durante un adattamento alle circostanze stressanti) e l'adattamento. Quando si valutano le capacità lavorative residue, l'AMA suggerisce una descrizione multidimensionale delle abilità residue al lavoro, valutando la comprensione e la memoria, la capacità di mantenere la concentrazione e la sua persistenza nel tempo, le interazioni sociali con i colleghi di lavoro, l'adattamento (abilità a rispondere adeguatamente alle *chances* della situazione lavorativa, prudenza e valutazione dei rischi lavorativi, fare progetti futuri con traguardi realistici, usare mezzi di trasporto per giungere sul posto di lavoro, ecc.), oltre all'indipendenza, l'adeguatezza e l'efficienza nell'attività stessa. (American Medical Association, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, Fourth Edition, Chicago, 1993, Chapter 14, *Mental and Behavioral Disorders*, p. 291-302)

¹⁶ - Un trauma cranico con gravi conseguenze non si ripercuote unicamente sul danneggiato ma avrà pesanti ripercussioni psico-fisiche anche sul suo *entourage*, tanto che si può dire di essere di fronte non solo ad una malattia del lesa, ma anche di tutta la famiglia. Nei casi di particolare gravità, alcuni tribunali si mostrano già favorevoli a riconoscere risarcimenti per il danno non patrimoniale subito dai congiunti del macroleso sotto il profilo del cosiddetto "danno alla serenità familiare" oppure "danno di rimbalzo". (Santilli V., Finucci S., La riabilitazione in Italia per pazienti con gravi traumi cranio-encefalici e medullolesione, *Target*, anno V, n°4, nov. 1999, pp.56-94; - Douglas JM., Spellacy FJ, Correlates of depression in adults with severe traumatic brain injury and their carers, *Brain Inj.*, 14 (1): 71-88, 2000)

¹⁷ - Non si può non condividere quanto ormai sempre più diffusamente accettato e cioè che, rispetto ad una concezione eccessivamente limitativa di autonomia sinonimo d'indipendenza o di "fare le cose senza aiuto", si sta affermando una visione sistematica dove autonomia significa capacità di progettare la propria vita, di entrare in relazione con gli altri, di partecipare alla costruzione della società. (Andrich R., Lorini S., Pellegatta D., Il reinserimento sociale e professionale dei medullolesi e dei traumatizzati cranici in Italia, *Target*, 5, pp.95-99, 1999)

¹⁸ - Vi è una inaccettabile carenza di criteri per la determinazione delle spese future cui andranno incontro i soggetti che hanno riportato lesioni tali da comportare la perdita o una grave riduzione della loro autonomia di vita e che necessitano quindi di supporti esterni anche solo per provvedere ai più elementari bisogni quotidiani. La fase dell'accertamento peritale dovrebbe rilevare, elencare e possibilmente quantificare i parametri attraverso cui dovranno essere calcolate, in sede risarcitoria, le spese che si renderanno necessarie per l'assistenza futura di questi soggetti gravemente menomati. Le voci da considerare sono: l'assistenza medica ed infermieristica; l'assistenza medica specialistica; l'acquisto futuro di farmaci; l'adeguamento dell'ambiente domestico in funzione dello stato del lesa ed acquisto dei presidi di supporto; l'assistenza ausiliaria. Sembra utile, a questo proposito, proporre un criterio di giudizio che possa

- della necessità di ausili e presidi.
- 4. Il risarcimento del danno patrimoniale risente negativamente di queste carenze valutative medico-legali.

In conclusione, certo è che

- allo stato il medico-legale è in grado di valutare in termini percentuali solo il danno biologico e l'incapacità lavorativa specifica di un soggetto,
- che almeno in queste fattispecie nulla vi è di più inadeguato di una valutazione percentualistica delle invalidità,
- che il risarcimento nei casi di macro-danno da A.B.I.-T.B.I. non dovrebbe prescindere da una valutazione - magari polispecialistica - della disabilità e dell'handicap¹⁹, essendo che le menomazioni sono alla base del danno biologico così come della disabilità, essendo che il danno biologico sta al danno patrimoniale come la disabilità all'handicap, essendo che, in sostanza, la valutazione del danno a persona ed il risarcimento civilistico in queste particolari evenienze dovrebbero basarsi sulle ormai classiche tipologie di disabilità e di handicap indicate (previste) dalle classificazioni I.C.I.D.H.²⁰,

rappresentare uno strumento utile, quanto meno per uniformare il metodo da seguire allorché il medico-legale è chiamato ad esprimere il suo parere sul tipo e sull'entità delle spese future necessarie per l'assistenza del grave disabile. Si tratta prima di tutto di stabilire il grado di dipendenza del soggetto usando, ad esempio, la *Functional Independence Measure Scale*, il cosiddetto *Indice di Barthel* ed il *Frenchay Activities Index*. Vi è chi, effettuando una rielaborazione dei parametri suggeriti dalla letteratura internazionale, ha messo a punto uno strumento di relativo semplice uso, ma che, al contempo, consente una valutazione accurata dello stato di dipendenza del paziente disabile. La valutazione delle attività elementari della vita quotidiana comprende, ad esempio: vestirsi e svestirsi; farsi il bagno o la doccia; igiene del corpo; bere e mangiare; mobilità; continenza. L'esecuzione autonoma delle attività della vita quotidiana dà un punteggio 0, la dipendenza parziale punteggio 5, la dipendenza totale 10. In base a questo criterio di valutazione è anche possibile fornire un'indicazione orientativa sul numero di ore giornaliere di assistenza ausiliaria, secondo la seguente ipotesi di valutazione del numero di ore/die di assistenza non specialistica: punteggio 0= 0 ore; punteggio 5-30= 2-4 ore; punteggio 31-60= 6-18 ore. (Mastroroberto L., Borgioli M., considerazioni medico-legali sugli aspetti risarcitori delle spese di assistenza ausiliaria nei macrolesi, *Target*, 5, 103-105, 1999).

¹⁹ - *Disabilità* (classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità ed handicap=I.C.I.D.H., OMS, 1980): limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di effettuare una attività nel modo o nei limiti considerati normali per un essere umano. E' caratterizzata da eccessi o difetti nelle abituali attività, prestazioni e comportamenti, che possono essere temporanei o permanenti, reversibili od irreversibili, progressivi o regressivi. Le disabilità possono insorgere come diretta conseguenza di menomazioni o come risposte dell'individuo, particolarmente di tipo psicologico, ad una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura. La disabilità riguarda le capacità, intese come attività e comportamenti composti, che sono generalmente accettate come componenti essenziali della vita quotidiana. La disabilità rappresenta la oggettivazione di una menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona.

Handicap (classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità ed handicap=I.C.I.D.H., OMS, 1980): situazione di svantaggio sociale, conseguente a menomazione e/o disabilità, che limita o impedisce l'adempimento di un ruolo normale per un dato individuo in funzione di età, sesso e fattori culturali e sociali. L'handicap riguarda il valore attribuito ad una situazione od esperienza individuale quando essa si allontana dalla norma. E' caratterizzato da una discordanza fra la prestazione e la condizione dell'individuo e le aspettative dell'individuo steso o del particolare gruppo di cui fa parte. L'handicap rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e, come tale, riflette le conseguenze per l'individuo - sul piano culturale, sociale, economico ed ambientale- che nascono dalla presenza di menomazioni e disabilità.

²⁰ - L'uso della classificazione descrittiva I.C.I.D.H., come è noto, permette un'analisi ed una registrazione delle conseguenze di stati patologici in relazione ai diversi sistemi organo-funzionali; alla

nella consapevolezza degli aspetti positivi e negativi di una sostanziale equiparazione tra disabilità e danno biologico e tra handicap e danno lavorativo.

Bibliografia

- AA.VV., *Harrison Principi di Medicina interna*, 13° ed., McGraw Hill, Milano, 1995
- American Medical Association, *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, Fourth Edition, Chicago, 1993, Chapter 14, *Mental and Behavioral Disorders*, p. 291-302
- Andrich R., Lorini S., Pellegatta D., Il reinserimento sociale e professionale dei medullosesi e dei traumatizzati cranici in Italia, *Tagete*, 5, 95-99, 1999
- Bargagna M., Canale M., Consigliere F., Palmieri L., Umani Ronchi G., *Guida orientativa per la valutazione del danno biologico permanente*, II ed., Giuffrè, Milano, 1996
- Barnes MP., Rehabilitation after traumatic brain injury, *Br. Med. Bull.*, 55(4):927-43, 1999
- Boldrini P., Quale riabilitazione fa la differenza? Il caso del trauma cranico grave, *Tagete*, 5, 44-55, 1999
- Bryant RA., Marosszeky JE., Crooks J., Gurka JA., Posttraumatic stress disorder after severe traumatic brain injury, *Am J. Psychiatry*, 157(4):629-31, 2000
- Cannavò G., *Le nuove frontiere del danno risarcibile*, Assoc. Med. Giur., "Melchiorre Gioia", ed. ACOMEP, Pisa, 1995
- Deb S., Lyons I., Koutzoukis C., Neurobehavioural symptoms one year after a head injury, *Br. J. Psychiatry*, 174, 360-5, 1999
- Douglas JM., Spellacy FJ., Correlates of depression in adults with severe traumatic brain injury and their carers, *Brain Inj.*, 14 (1): 71-88, 2000
- DSM-IV, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano 1996
- Filairo F., Conde F., Montolivo A., *Aspetti di semeiotica per l'accertamento medico-legale dei postumi permanenti*, Giuffrè, Milano, 1997
- Fornari U., *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET, Torino, 1997
- Hibbard MR., Bogdany J., Uysal S., Kepler K., Silver JM., Gordon WA., Haddad L., Axis II psychopathology in individuals with brain injury, *Brain Inj.* 14 (1): 45-61, 2000
- Introna F., I traumi cranici: diagnosi polispecialistica e valutazione medico-legale, *Riv. It. Med. Leg.*, XX, 219- 261, 1998
- Lees-Haley PR., Dunn JT., The ability of naive subjects to report symptoms of mild brain injury, post-traumatic stress disorder, major depression, and generalized anxiety disorder, *J. of Clinical Psychology*, 50(2):252-6, 1994
- Marigliano A., Brondolo W., *Il danno da menomazione psichica*, in (a cura di) Cannavò G., *Le nuove frontiere del danno risarcibile*, Assoc. Med. Giur., "Melchiorre Gioia", ed. ACOMEP, Pisa, 1995
- Mastroberto L., Borgioli M., Considerazioni medico-legali sugli aspetti risarcitori delle spese di assistenza ausiliaria nei macrolesi, *Tagete*, 5, 103-105, 1999

capacità di svolgere determinate azioni in modo normale; allo svantaggio sociale che ne deriva, onde giungere a diverse tipologie di disabilità e handicap. L'I.C.I.D.H.-2, versione più aggiornata, immutata per quanto riguarda la considerazione nei confronti della menomazione, pone invece maggiore attenzione verso le capacità positive del soggetto in quanto fa riferimento alle attività e quindi alle capacità, invece che alle disabilità, mutando anche il termine negativo di handicap in quello positivo di partecipazione: questa nuova Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Attività e della Partecipazione, pone l'accento sull'interazione reciproca e dinamica che si stabilisce fra la menomazione, le incapacità e la limitazione alla partecipazione alla vita sociale e di relazione: che dovrà essere a breve oggetto di seria e profonda riflessione medico-legale.

- Methu KM, Ott A., Kalmijn S., Slioter AJ., van Duijn CM., Hofman A., Breteler MM., Head trauma and risk of dementia and Alzheimer's disease: *The Rotterdam Study, Neurology*, 53:9, 1959-62, 1999
- Odenheimer GL., Acquired cognitive disorders of the elderly, *Med. Clin. North Am.*, 73(6):1383-411, 1989
- Pinelli P., Poloni M., *Neurologia. Principi di diagnostica e terapia*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1997
- Politynska B., Mariak Z., Lewko J., The influence of post-traumatic syndrome in determining capacity to return to work after closed head injury, *Rocz. Akad. Med. Białymst.*, 44:141-50, 1999
- Santilli V., Finucci S., La riabilitazione in Italia per pazienti con gravi traumi cranio-encefalici e medullolesione, *Tagete*, 5, 56-94, 1999
- Sayal K., Ford T., Pipe R., Case study: bipolar disorder after head injury, *J.Am.Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 39(4): 525-8, 2000
- Schofield PW., Tang M., Marder K., Bell K., Dooneief G., Chun M., Sano M., Stern Y., Mayeux R., Alzheimer's disease after remote head injury: an incidence study, *J.Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 62(2):119-24, 1997
- Villani R.M., Tomei G., Traumi cranici: considerazioni generali, *Professione, San. Pubbl. e Med. Prat.*, 5, 15, 1997
- Zuppichini F., *La valutazione standardizzata nelle indagini traumatologiche*, (a cura della) Cattedra di Chirurgia d'urgenza dell'Università di Verona, 1991

TAGETE
Via S. Lorenzo, 13
56127 PISA
Tel. (050) 542521
Telefax (050) 581336



Pisa, 23 ottobre 2003

Il sottoscritto Dr. Giovanni Cannavò, Direttore Responsabile della Collana Medico-Giuridica, dichiara di aver pubblicato su VULNERA MENTIS, numero 10 della suddetta collana, l'articolo scritto dalla Dr. Jutta Birkhoff (Prof. M. Tafani, Dr. F. Selvaggio, Dr. M. Picozzi) dal titolo *"Risarcimento del macro-danno da trauma cranio-encefalico (A.B.I - T.B.I). Il punto di vista medico-legale"*.

Vulnera Mentis edito da Acomep, è stato pubblicato nel 2000.

Direttore Responsabile
Dr. Giovanni Cannavò