

**IL DANNO PSICOSOMATICO DEL BAMBINO  
TRAUMATIZZATO CRANICO. CONTRIBUTO CASISTICO**

*A. Francia\**, *J. Birkhoff\*\**

\* *Professore Associato di Criminologia e Difesa Sociale, Istituto di Medicina e Sanità Pubblica dell' Università di Pavia, sede di Varese*

\*\* *Dottoranda di ricerca in Scienze Criminologiche e Psichiatrico Forensi Istituto di Scienze Medico Forensi dell'Università di Torino*

---

**ESTRATTO da:**

***Archivio di Medicina Legale e delle Assicurazioni***

Vol. 17 - Fasc. 2 - 1995

---



Tipografia Viscontea - Pavia

## IL DANNO PSICOSOMATICO DEL BAMBINO TRAUMATIZZATO CRANICO. CONTRIBUTO CASISTICO

A. Francia\*, J. Birkhoff\*\*

\* Professore Associato di Criminologia e Difesa Sociale, Istituto di Medicina e Sanità Pubblica dell'Università di Pavia, sede di Varese

\*\* Dottoranda di ricerca in Scienze Criminologiche e Psichiatrico Forensi Istituto di Scienze Medico Forensi dell'Università di Torino

*Mahoney e coll.* affermano che il trauma cranico è una delle cause di morte più frequenti nell'infanzia. L'incremento numerico dei traumi cranici verificatosi negli ultimi anni si spiega col progresso tecnologico, con l'aumento del traffico e con la maggiore autonomia del minore rispetto al passato.

Secondo *Jennet*, l'affinamento delle tecniche chirurgiche e di rianimazione ha portato alla riduzione della mortalità, contribuendo, d'altra parte all'aumento di soggetti invalidi.

Lesioni craniche anche gravi (ematomi extradurali, sottodurali, intracerebrali), eventualmente anche complicate da quadri di edema cerebrale, nel bambino, regrediscono in modo del tutto favorevole, senza eccessive sequele, al contrario di quanto avviene nell'adulto (*Brookes e coll.*).

La grande maggioranza degli AA. afferma, che il bambino ha, nei tempi lunghi, grandi possibilità di recupero, anche a fronte di un quadro neurologico molto severo.

Alcuni AA. tra cui vanno citati *Hahn e coll* e *De Sanctis e coll.*, individuano quali sequele a lungo termine più temibili *l'epilessia post-traumatica* e *l'idrocefalo post-traumatico*, la prima presente con discreta frequenza, la seconda, invece, molto più rara.

*Courjon e Scherzer*, confrontando il dato elettroencefalografico subito dopo un trauma cranico negli adulti e nei bambini, sottolineano il fatto che questi ultimi presentano con maggiore frequenza più diffuse e persistenti anomalie elettroencefalografiche che permangono per settimane e mesi, senza per questo peggiorare la prognosi *quoad valetudinem*. Lo stesso vale anche se nel tracciato sono presenti *scariche punta-onda*.

L'età del bambino al momento dell'evento traumatico assume grande rilievo, non solo per quanto riguarda l'eventuale compromissione organica, ma anche e soprattutto per ciò che concerne le ripercussioni che il trauma può avere sulla psiche del bambino. Nell'infanzia l'apparato psichico si trova, infatti, nella delicata fase di formazione e di « maturazione ».

*Brink e coll.* hanno evidenziato come a parità delle lesioni, i bambini piccoli presentino sequele neuropsicologiche più gravi rispetto ai bambini di età maggiore.

Passando alla rassegna la letteratura più recente (*Sganzella e coll.*, *Humphrey e coll.*, *Brookes e coll.*, *Di Scala e coll.*, *Boyer e coll.*, *Teasdale e coll.*, *Kraus e coll.*) si nota come vengano trattati prevalentemente gli aspetti organici del trauma cranico, mentre vengono trascurate le sequele di carattere psicopatologico che possono, a nostro avviso, avere grande rilievo nella valutazione psichiatrico-forense del danno alla salute.

*Cohadon*, in un lavoro del 1983 ha posto in evidenza il contesto « emozionale » che circonda i traumi cranici e il timore che ogni shock cranico « danneggi il cervello », specie se il traumatizzato è un bambino. Le ripercussioni negative di tale contesto non si ripercuotono soltanto sul paziente, ma coinvolgono anche *l'entourage* familiare ed extrafamiliare, non risparmiando neppure medici e periti.

*Richaud* ha fatto recentemente notare che una caratteristica del trauma cranico del lattante o del bambino piccolo è l'estrema vulnerabilità dell'encefalo e la minaccia per il futuro funzionale dell'organo è molto forte. L'organo danneggiato, essendo in sviluppo, subirà un danno immediato, cui potrà accompagnarsi un danno differito che si manifesterà come un'autentica « privazione di possibilità » di uno sviluppo funzionale migliore. Perciò, nella valutazione delle lesioni traumatiche iniziali e delle loro conseguenze a distanza, sarà necessario tener conto dell'età del soggetto con le sue specificità fisiologiche.

Considerazioni analoghe a quelle formulate da *Richaud* circa « l'organo in sviluppo » e sulla « privazione di possibilità » e sulla età intesa come momento di sviluppo fisiologico, possono a maggior ragione essere fatte per la maturazione dell'apparato psichico del bambino traumatizzato cranico.

La letteratura specialistica, però, privilegia la valutazione dei traumi cranici in fase acuta, stabilendone la gravità attraverso vari tipi di scale (GCS, GOS, AIS, TRISS) oppure prendendo in considerazione la durata dell'amnesia post-traumatica (PTA). Essendo le sca-

le valutative concepite per soggetti adulti, *Raimondi e coll.*, al fine di migliorare sia l'apprezzamento della gravità delle lesioni iniziali sia gli eventuali postumi, hanno proposto modificazioni alla GCS e alla GOS, chiamandole rispettivamente *Children Coma Scale* e *Children Outcome Scale*. Il lavoro di *Raimondi* dimostra come da parte dei ricercatori sia sentita la necessità di una valutazione degli esiti di trauma cranico nel bambino, non essendo egli semplicemente assimilabile ad un piccolo adulto, ma, come detto sopra, un individuo ancora in via di formazione.

Se, come si diceva, il discorso vale per la componente organica, non ci si può esimere dal proporre un discorso analogo per le sequelle psicopatologiche dei traumi cranici che hanno una diversa rilevanza nel bambino e nell'adulto. Su questo argomento specifico però, la letteratura risulta oltremodo carente.

All'età di tre anni e tre mesi, Fabio viene investito da un'auto sulle strisce pedonali e gettato violentemente a terra. Batte il capo e perde conoscenza per qualche secondo. Viene ricoverato in ospedale per tre giorni con la diagnosi di trauma cranico. Il decorso si può descrivere mediante la sequela sintomatologica del *disturbo post-traumatico da stress*, così come lo descrive il DSM-III-R (incubi notturni, sintomi di evitamento: ha paura del traffico, non si allontana mai senza tenere per mano la mamma, viene spesso colto da crisi di panico quando si trova solo, mentre prima parlava dell'incidente ora tende a non parlarne), che compare dopo qualche mese ed è presente ancora a quattro anni di distanza dal trauma. Insieme alla sintomatologia di evitamento, si sono verificati sintomi organici sotto forma di emorroidi che non si sono più risolte e di eczemi di tipo ereolato agli arti inferiori che compaiono periodicamente. Ripetute consultazioni mediche non hanno potuto né chiarire né guarire questi disturbi che sono stati quindi interpretati come sintomi di natura psicosomatica.

Al colloquio Fabio mostra una scarsa tolleranza alla separazione accompagnata da altri segni di immaturità affettiva e di regressione che si evidenziano attraverso il desiderio di rimanere piccolo, di essere coccolato, di ritornare al tempo in cui dormiva nel « lettino » o che sentiva la « musicina ».

Per oltre il 40% della sua esistenza, Fabio ha dovuto fronteggiare il carico del disturbo post-traumatico per far fronte al quale ha messo in atto meccanismi di difesa nevrotici quali la negazione e la formazione reattiva, somatizzando fortemente l'ansia libera.

In sintesi, in seguito al trauma il piccolo Fabio ha sviluppato un disturbo diagnosticabile secondo il DSM-III-R, come disturbo post-traumatico da stress, complicato da una sindrome psicosomatica, caratterizzata da emorroidi ed eczema areolato, che si è successivamente cronicizzato, essendo presente a distanza di quattro anni dal trauma.

Come abbiamo già detto, al momento del trauma Fabio aveva tre anni e mezzo, età in cui esiste ancora una fisiologica insufficienza dell'apparato mentale di controllo oltre ad una notevole discrepanza tra lo sviluppo dell'apparato sensoriale, presente pressochè completo sin dalla nascita, e quello dell'apparato motorio che raggiunge il suo completo sviluppo all'età di 12-13 anni. La fase di sviluppo su cui è venuto ad insistere il trauma non gli ha consentito di dominare pienamente la situazione di angoscia distruttiva collegata all'evento traumatico. Si pensi solo all'effetto dirompente che può avere su di un individuo di un metro d'altezza l'immagine di una auto che lo travolge. L'immagine traumatica che il bambino ha vissuto non può essere in alcun modo cancellato; può essere rimossa dalla coscienza, senza perdere, però il suo potenziale patogeno.

Oltre ai disturbi più prettamente psicologici, Fabio esprime le proprie conflittualità attraverso disturbi somatici.

Il DSM-III-R, nel capitolo dal titolo *Disturbi somatomorfi*, tratta di quei disturbi le cui manifestazioni essenziali consistono in sintomi che suggeriscono malattie fisiche per cui non sono dimostrabili reperti organici o meccanismi patogenetici conosciuti, si presume che siano collegati a fattori o a conflitti psicologici. A differenza dei *Disturbi fittizi* e della *Simulazione*, nei disturbi somatomorfi la produzione dei sintomi non è intenzionale: la persona non prova la sensazione di poter controllare la produzione dei sintomi.

Sebbene i sintomi siano fisici, i processi fisiopatologici specifici connessi non sono dimostrabili, nè comprensibili tramite le comuni procedure della semeiotica e della fisiopatologia, mediante congetture psicologiche divengono, invece, più facilmente comprensibili. Per tal causa vengono classificati tra i disturbi psichici. Tra i disturbi somatomorfi viene descritto il disturbo di somatizzazione, caratterizzato da « lamentele somatiche multiple e ricorrenti della durata di parecchi anni, per le quali è stata richiesta l'attenzione dei medici ma che apparentemente non sono dovute a nessun disturbo fisico ».

La medicina psicosomatica afferma che nell'individuo i processi psichici consci ed inconsci non sono separati dagli eventi fisiologici. Non solo i microorganismi o le sostanze chimiche o gli eventi

meccanici possono dar luogo a malattie, ma anche fattori psicologici influiscono sulla funzionalità degli organi interni. « Nella prospettiva psicosomatica subentra l'integrazione con l'ambiente psicologico e sociale, con gli stimoli interni ed esterni all'individuo, con la storia personale, ovvero con fattori che suscitano emozioni e muovono il neutro assetto della macchina biologica » (*Biondi*).

Vi è un sicuro influsso della mente sulle manifestazioni di malattia organica. « La clinica psicosomatica ci offre esempi di malattie ben strutturate, sia di natura funzionale, sia organica » (*Kreisler*).

*Lazarus* afferma che i fattori patogeni non sono gli eventi emozionali in sè, ma la « rilevanza » che essi hanno per l'individuo, il modo di affrontarli e di viverli in base alla valutazione cognitiva del loro significato.

Dice il *Puccini*: « La forza psicodinamica, capace di causare danni nell'organismo o la capacità morbigena delle azioni psichiche, può dipendere da qualsiasi moto d'animo che abbia valore di causa efficiente o di concausa. Sono tali le emozioni acute (spavento, angoscia, collera, dolore e simili) che determinano reazioni improvvise e violente ma in genere di breve durata, mentre gli stati emotivi persistenti, quali le ansie, i patemi d'animo e le forti passioni, sottopongono l'organismo a una tensione psichica protratta che può sfociare in una malattia organica. Il fattore emozionale, considerato sotto l'aspetto degli effetti psichici, neurologici, neurovegetativi, endocrini e somatici che ne possono derivare, viene equiparato a uno stress che turba le funzioni organiche e determina l'insorgenza di malattie psicosomatiche ».

Tornando al nostro caso, possiamo affermare che Fabio, aldilà del trauma cranico, ma strettamente a questo connesso, ha subito un evento emozionale di enorme rilevanza che non ha saputo padroneggiare a causa della sua immaturità psichica.

*Pasini*, sintetizzando alcune ricerche sulla percezione dell'immagine del corpo in rapporto con la patologia psicosomatica, ha riportato i contributi di coloro che hanno riscontrato nel bambino psicosomatico una scarsa capacità di rappresentare mentalmente il proprio corpo e hanno inoltre sottolineato alterati rapporti nell'ambito dell'unità simbiotica madre-figlio presente nei primi anni di vita.

*Kreisler* afferma che « il corpo è il luogo ed il mezzo privilegiato attraverso il quale, preso in un conflitto, il bambino esprime il suo malessere ». In un altro lavoro lo stesso *Kreisler* fa notare che nel bambino « l'evoluzione psicoaffettiva rende conto della plasticità delle forme espressive in cui si vede la coincidenza o l'alternanza

di disturbi reattivi, di comportamenti anormali, di strutturazioni nevrotiche ».

Le possibili manifestazioni somatiche acquistano caratteristiche diverse a seconda dell'età di insorgenza, i sintomi psicosomatici del bambino sono in rapporto stretto con gli stadi maturativi successivi che il bambino percorre (*De Ajuriaguerra e Marcelli*).

Il piccolo Fabio ha espresso le sue conflittualità sotto forma di eczemi e di emorroidi; in altri casi si potrà rilevare enuresi, encopresi, dolori addominali, cefalea e altro.

Abbiamo citato quale esempio un solo caso che presentava però, in modo emblematico la psicopatologia post-traumatica del bambino, con la presenza contemporanea di disturbi psicologici e somatici.

Altri casi di bambini traumatizzati cranici pervenuti alla nostra osservazione, presentavano unicamente disturbi psicologici senza sequele somatiche. I disturbi psichici si sono manifestati indipendentemente dalla gravità del trauma cranico. Due casi addirittura, avevano presentato coma prolungato conseguente a frattura cranica e focolaio contusivo cerebrale. Nonostante i quadri neurologici iniziali severi, il recupero anatomico-funzionale è stato del tutto soddisfacente senza postumi invalidanti. Anche questi casi hanno manifestato gli stessi disturbi psichici che si sono potuti osservare in seguito a traumi di ben più modesta entità.

Un bambino traumatizzato cranico, specialmente se il trauma si è manifestato precocemente, è sempre un paziente a rischio, sia per quanto riguarda eventuali sequele organiche (possibilità di comparsa di un'epilessia post-traumatica nell'arco dei 4-5 anni successivi), sia per quanto riguarda lo sviluppo di una nevrosi post-traumatica e/o di un disturbo psicosomatico.

Egli potrebbe quindi subire un grave danno alla salute che secondo *Nannipieri* è « quell'alterazione permanente e/o temporanea dell'integrità ed efficienza psicofisica del soggetto che gli impedisce di godere la vita nella misura in cui era possibile prima del fatto lesivo (indipendentemente da qualsiasi riferimento alla capacità lavorativa e di guadagno) ».

Il *Puccini* definisce il danno alla salute come « una alterazione peggiorativa del soggetto, considerato nella sua integrità anatomica e funzionale dell'organismo nel suo insieme o in una sua parte », quindi è danno alla salute anche la alterazione dell'integrità psichica.

Il diritto alla salute è riconosciuto e tutelato dalla Costituzione in via primaria ed assoluta. Ogni individuo ha quindi il diritto al ri-

pristino o, in caso ciò non sia possibile, al compenso se la salute abbia, per un motivo qualsiasi, subito un danno.

I postumi psichici riportati da un bambino in seguito ad un trauma cranico, vanno valutati con maggiore ponderazione rispetto a quelli di un adulto in quanto, pur essendo la psiche infantile notevolmente plastica, una sofferenza patita a causa di un disturbo post-traumatico da stress cronico può incidere in modo spesso irreparabile su un apparato psichico in formazione.

Questi postumi non possono certo essere definiti come un « transeunte turbamento », che configurerebbe il danno morale, ma configurano come componente del danno biologico avendo essi caratteri di permanenza o per lo meno di cronicità. Citando *Ponti* possiamo dire: « se l'afflizione ha più lunga durata, se provoca ulteriori e più gravi disturbi psichici, psicologici o somatici (psicosomatici), se la sofferenza assume cioè il carattere di fatto morboso, realizza una « menomazione biopsichica » e si configura pertanto il danno biologico ».

Seguendo le correnti moderne, dottrinali e giurisprudenziali, attualmente si tende a sostituire il concetto di efficienza o di validità, che può essere definito come « capacità di saper fare », con quello di benessere, definibile come « stare o sentirsi bene », che sembra meglio descrivere la qualità della vita ed essere più aderente alla tutela della salute quale diritto costituzionalmente garantito (*Puccini*).

Un bambino con un disturbo post-traumatico da stress cronico, complicato inoltre da disturbi psicosomatici, non può certo essere considerato in stato di « benessere » e ha quindi il diritto ad essere risarcito. Il suo danno alla salute viene ulteriormente aggravato dal fatto che il trauma psichico (che sempre il *Puccini* definisce « gli effetti prodotti da azioni di natura emotiva », nel nostro caso l'immagine della vettura investitrice, « o colpi morali, che provocano modificazioni somatiche transitorie o permanenti ») connesso all'infortunio influisce negativamente sul normale sviluppo dell'apparato psichico.

Nella valutazione di un tale danno, va considerata anche la possibilità di una alterazione della vita di relazione, che potrà essere influenzata negativamente dai sintomi di evitamento, una riduzione delle potenzialità future sul piano delle scelte esistenziali future.

Resta infine da sottolineare il fatto che non sempre, anzi quasi mai, è a prima vista evidente il nesso causale (inteso nella vecchia definizione medico legale) tra la lesività iniziale (trauma cranico) e i disturbi psichici e/o psicosomatici che, come abbiamo detto, si

possono manifestare a distanza dal trauma cranico e acquisire il carattere della permanenza.

*Ponti* ha affrontato il problema della valutazione del danno psichico nella sua relazione presentata al Convegno « Cinquantenario del codice civile, tenutosi a Milano il 4-6 Giugno 1992, precisando che bisogna tener conto della variabilità delle risposte del singolo soggetto di fronte ad un determinato evento. Ogni individuo è « unico », sicché ognuno reagisce ai fattori psicopatogenetici che incontra nella sua vita secondo modalità anch'esse « uniche ». Ognuno ha il suo modo particolare di rispondere e di reagire all'evento e noi non possiamo ricostruire le dinamiche psicologiche che possono essere intervenute in quel soggetto in concomitanza con lo stress, essendo impossibile soppesare il valore che esso vi può avere assunto.

*Ponti* continua dicendo che quando si indagherà su un eventuale rapporto di causalità fra evento esogeno, quale esso sia, e ogni altro disturbo mentale, il criterio irrinunciabile sarà quello di tener conto che nessun disturbo psichico si realizza senza il concorso di fattori legati alla specificità naturale del soggetto. Siccome il principio del danno biologico valorizza le conseguenze anche psichiche derivanti dal fatto ingiusto altrui, così deve essere risarcito il danno alla salute fisica e mentale anche se concausato da preesistenti fattori di predisposizione. Egli continua affermando che ha il diritto alla sua integrità anche chi abbia una psiche in equilibrio precario (come lo può essere nel nostro caso, un bambino che non ha ancora raggiunto l'equilibrio, che si trova nella delicata fase della sua formazione e che per giunta deve, dopo lo stress subito e con la persistenza del disturbo post-traumatico, tentare di costruirlo su basi danneggiate) o particolarmente labili, o che abbia potenzialità o predisposizione alle manifestazioni psicopatologiche perchè quella psiche labile costituisce la condizione di « integrità », sia pure morbosa o abnorme, di quel individuo ed è appunto l'integrità ad essere tutelata dalla legge.

Noi certamente non sappiamo come Fabio si sarebbe sviluppato in assenza del trauma subito, ma possiamo certamente affermare che i disturbi che presenta hanno influito e attualmente influiscono ancora sul suo benessere.

Da tutto ciò derivano problematiche nell'ambito della valutazione medico legale e nell'ambito giuridico che, almeno sino ad oggi, sono state del tutto trascurate e che invece meriterebbero, a nostro parere, considerevole approfondimento. Questo anche perchè oggi si stà assistendo ad una sempre maggior valorizzazione dei fat-

tori psichici in ogni ambito della vita, sia privato che sociale. Nel sentire comune infatti i fattori psichici vengono ormai percepiti avere una pari dignità a quelli fisici e di ciò si è fatta anche interprete la giurisprudenza.

#### Bibliografia

- Biondi M (1984): I quattro canali del rapporto mente corpo: dalla psicofisiologia dell'emozione alla psicosomatica scientifica. *Med. Psicosom*, 29, 421.
- Boyer MG, Edwards P (1991): Outcome 1 to 3 years after severe traumatic brain injury in children and adolescents. *Injury*, Jul, Vol 22 (4), 315-320.
- Brink JD, Garrett HL, Hall WR, Woo-Sam J, Nickel VL (1970): Recovery of motor and intellectual function in children sustaining severe head injuries. *Develop. Med. Child. Neuro*, 12, 565-571.
- Brookes M, MacMillan R, Cully S, Anderson E, Murray S, Mendelow AD, Jennet B (1990): Head injuries in accident and emergency departments. How different are children from adults?. *Epidemiol. Community-Health*, Jun, Vol 44 (2), 147-151.
- Cohadon F (1983): Reflections utiles sur la conduite de l'expertise des syndromes subjectifs post-traumatiques, in Desmet LE e Lambert C. *Evolution neurologique du dommage corporel*. Masson, Paris, 195-215.
- Courjon J, Scherzer E (1972): Traumatic disorders. In: Handbook of EEG and Clinical Neurophysiology, Vol 14, part B. Elsevier ed, Amsterdam.
- De Ajuriaguerra J, Marcelli D (1982): *Abregé de psychopathologie de l'enfant*. Masson, Paris. (Trad. It. Psicopatologia del bambino. Masson, Milano, 1986).
- De Sanctis A, Rampini PM, Ravagnani L, Sina C, Coleman TE, Gabriel G, Dell J, Vaccari V (1983): Early epilepsy in 165 juvenile head injured patients, In: *Advances in Neurotraumatology*, a cura di Villani R, Pappo I, Gennarelli M, Caini SM, Tomei G. *Excerpta Medica*, International Congress, Series N 612, Amsterdam, 310-312.
- Di Scala C, Osberg JS, Gans DM, Chin LJ, Grant LC (1991): Children with traumatic head injury: morbidity and postacute treatment. *Arch. Phys. Med. Rehabil*, Aug, Vol 72 (9), 662.
- Hahn YS, Fuchs S, Flannery AM, Barthel MJ, McLone DJ (1988): Factor influencing post-traumatic seizures in children. *Neurosurgery*, 22, 864-867.
- Humphreys RP, Hendrick EB, Hofman HJ (1990): The head injured child who « talks and dies ». A report of 4 cases. *Childs Nerv. Syst.*, May, Vol 6 (3), 139-142.
- Jennet B (1976): Assessment of severity of head injuries. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 39, 647-655.
- Kraus JF, Rock A, Hemmyari P (1990): Brain injuries among infants, children, adolescents and young adults. *Am. Jour. Dis. Child.*, Jun, Vol 144 (6), 684-691.
- Kreisler L (1981): *L'enfant du desordre psychosomatique*. Privat. (Trad. It., Clinica psicosomatica del bambino. Cortina, Milano, 1986).

- Kreisler L e coll (1974): *L'enfant et son corp*. PUF, Paris. (Trad. It., *Il bambino e il suo corpo*. Astrolabio, Roma, 1976). Cit Guasco G, Gugliarda D, Gamaleiro G: Disturbi somatici comportamentali in bambini ospedalizzati. *Ped. Med. Chir.*, 1989, 11, 687-698.
- Lazarus RS (1984): I piccoli fastidi possono essere un pericolo per la salute. *Psicologia Contemporanea*, 65/37.
- Mahoney WJ, D'Souza BJ, Haller JA, Roger MC, Epstein MH, Freeman JM (1983): Long-term outcome of children with severe head trauma and prolonged coma. *Pediatrics*, 71: 756-762.
- Nannipieri A (1988): La quantificazione del danno: il criterio equitativo differenziato e il valore del punto, in a cura di Bargagna M, Busnelli D: *La valutazione del danno alla salute*. Cedam, Padova.
- Pasini A (1983): Ricerche sulla formazione dell'immagine del corpo e la patologia psicosomatica. *Med. Psicosom.*, 28/73.
- Ponti GL (1992): Danno psichico e attuale percezione psichiatrica del disturbo mentale. *Riv. It. Med. Leg.* XIV, 527-545.
- Puccini C (1993): *Istituzioni di medicina legale*. III ed, Casa editrice Ambrosiana.
- Raimondi AJ, Hirschauer J (1983): Head injury in the infant and toddler coma scoring and outcome scale. In: *Advances in Neurotraumatology*, a cura di Villani R, Pappo R, Gennarelli M, Caini SM, Tomei G. *Excerpta Medica*, International Congress, Series N 612, Amsterdam, 99-106.
- Richaud J (1990): Sequelles des traumatismes craniens chez l'enfant. *Rev Franc DC*, 16-22, 2249-2269.
- Sganzella EP, Massei R, De Sanctis A, Guerra P, Tiberio E, Parma A, Villani R, Trazzi R (1989): Lesioni traumatiche diffuse in età pediatrica. *Minerva Anesthesiol*, Apr, Vol 55 (4), 177-181.
- Teasdale GB, Murray G, Anderson E, Mendelow AD, MacMillan R, Jennet B, Brookes M (1990): Risks of acute traumatic intracranial haematoma in children and adults implications for managing head injuries. *Brit. Med. Jour.*, Feb 10, Vol 300 (6721), 363-367.

#### Riassunto

Attraverso la presentazione del caso di un bambino traumatizzato cranico, gli autori ne illustrano le sequele psicopatologiche, che si possono manifestare non solo sotto forma di un disturbo post-traumatico da stress, ma anche come disturbo somatomorfo. Questi disturbi possono eventualmente manifestarsi anche a distanza di tempo dal trauma e poi mostrare caratteristiche di cronicità.

Gli autori pongono inoltre l'accento sulla necessità di tenere conto anche di questi disturbi nella valutazione del danno alla salute.

*Summary*

With the presentation of a case of a child who had had a head traumatism, the authors illustrate the psychopathological sequelae which can be represented not only by a post-traumatic stress disorder but also by a somatomorph disorder. Both can manifest themselves even after long time and then show the characteristics of cronicity.

The authors put also the attention on the necessity to consider even those disorders during the estimation of impairment.

---

PAROLE CHIAVE: bambino - trauma cranico - sequele psicopatologiche

KEY WORDS: child - head traumatism - psychopathologic sequelae

---