



VALUTAZIONE DEL DANNO PSICHICO NEI TRAUMI DI LIEVE ENTITA'

C. Sbuelz, F. Modolo

Scuola di Specializzazione in Medicina Legale
Università degli Studi di Trieste – Udine
Sede di Udine

INTRODUZIONE

In alcuni casi si rileva come, anche in seguito ad un evento traumatico di lieve entità, possa svilupparsi una reazione psichica che può risultare sproporzionata rispetto all'entità dell'evento traumatico stesso.

Ciascun individuo può avere delle reazioni diverse ad uno stesso evento e ad uno stesso tipo di trauma.

La risposta patologica infatti dipende da alcuni elementi quali:

- le condizioni mentali della persona al momento del verificarsi dell'evento
- il modo del tutto personale di spiegarsi l'evento all'interno della storia della propria vita
- il significato personale che la persona stessa attribuisce all'evento.

INTRODUZIONE

Per una valutazione adeguata del danno è necessario porre particolare attenzione ai seguenti aspetti:

1. Sussistenza del nesso causale con l'evento traumatico
2. Analisi delle pre-esistenze (relazioni sociali, attività lavorativa, attività ricreative, attività di autorealizzazione...)
3. Simulazione
4. Necessità di trovare dei criteri oggettivi di valutazione (→ruolo dello specialista ausiliario)

Caso

- Ruolo: CTU in ambito civilistico
- Donna di 46 anni
- Nel Gennaio 2011, durante attività di volontariato, mentre si trovava all'interno dell'abitacolo posteriore di un'autoambulanza non in moto, a causa di un cedimento del freno a mano e della pendenza del terreno, questa andava ad impattare posteriormente a bassa velocità contro un albero posto a breve distanza
- Si recava in Pronto Soccorso lamentando **lieve dolore cervicale e all'arto superiore sinistro**, senza pdc.
- Eseguiva esami radiologici del rachide cervicale e dell'arto superiore sinistro, negativi.
- Veniva richiesta consulenza ortopedica, ove obiettivamente si rilevava rachide cervicale ipomobile sui 4 assi con contrattura dei muscoli paravertebrali e veniva posta diagnosi di "*Trauma distorsivo del rachide cervicale. Trauma contusivo spalla e gomito sx*". Veniva prescritto riposo, utilizzo di collare per 8-10 giorni, ghiaccio e antalgici al bisogno.
- Due giorni dopo rientrava in Pronto Soccorso per cefalea e nausea. Eseguiva vari accertamenti e una TC capo, negativi. Dimessa con diagnosi di "*Trauma cranico lieve*" e prognosi di 5 giorni.

Due settimane dopo si sottopone a visita dal chirurgo midollare per cervicalgia, nausea e vertigine. Viene segnalato che è molto limitata la rotazione del capo, per i restanti aspetti l'esame obiettivo è negativo. Viene prescritta TC rachide cervicale, collare anche di notte e terapia antalgica.

Al controllo effettuato qualche giorno dopo si riscontra limitata mobilità attiva e passiva del rachide cervicale ma la TC risulta negativa. Viene prescritto collare per 3 settimane e RMN cervicale.

Pochi giorni dopo si recava a visita dal chirurgo maxillo-facciale per alterazioni funzionali alle ATM con limitazione all'apertura della bocca per contrattura muscolare. Venivano effettuati esami radiologici urgenti, con esito negativo.

In seguito effettuava plurime visite da diversi specialisti (chirurgo vertebro-midollare, chirurgo maxillo-facciale, otorinolaringoiatra, neurologo, fisiatra, neurochirurgo, ortopedico) a causa di **algie non controllate a livello cervicale** con ripercussioni funzionali, nonostante tutti gli accertamenti radiologici e strumentali, compresa una EMG, fossero negativi.

Veniva affidata pertanto all'ambulatorio per la terapia del dolore ove, per intolleranza a tramadolo e codeina, venivano consigliati diversi cicli di infiltrazioni dei punti trigger che la sig.ra effettuava, per un totale di 24 sedute di infiltrazioni (in circa un anno).

Nonostante tali cure ai controlli fisiatrici e neurologici successivi la paziente appariva poco valutabile per atteggiamento difensivo e il rachide appariva ipomobile e dolente anche ad un cauto tentativo di mobilizzazione passiva.

Ad una visita neurologica nell'ottobre 2013 viene certificata una sindrome ansioso depressiva con disequilibrio, umore depresso, cefalea cronica, deficit mnesici.

Un anno dopo effettuava una visita neuropsicologica dove veniva confermato il quadro depressivo.

Valutazioni dei CTP

- **CTP per la parte convenuta:** riconosce un impegno a livello del rachide cervicale e un trauma contusivo al braccio sinistro, idonei a determinare un danno permanente del **4%**.
- **CTP per la parte attrice:** riconosce il blocco funzionale del rachide cervicale a causa di un dolore oramai strutturato neuropatico, cronico, idoneo a determinare un danno permanente del **20%**.

Visita

Data incidente: Gennaio 2011
visita: Settembre 2015

Data

Anamnesi:

- Paralisi ostetrica dell'arto superiore destro
- TIA nel 1998
- Intervento laparoscopico per endometriosi nel 1999 e nel 2007
- Due interventi di acromionplastica a entrambe le spalle (2001 e 2009)
- Meniscectomia ginocchio sinistro
- Un episodio di depressione nel 2001, trattato

Obiettività rachide cervicale:

- Al minimo sfioramento della cute collo si evoca una spiccata sintomatologia algica. Blocco del rachide cervicale con limitazione rilevante di tutti i movimenti attivi e passivi per reazione antalgica.

Inizio operazioni peritali

Nel corso del primo incontro vengono confermate le notevoli discrepanze di valutazione tra i consulenti.

Dalla visita emergeva la possibilità che una parte della sintomatologia presentata potesse derivare da una patologia psichiatrica.

Veniva richiesto al Giudice la nomina di un CTU specialista in Psichiatria e veniva fissato un nuovo incontro peritale.

Aspetti critici

- Conseguenze sproporzionate rispetto all'entità del trauma (trauma cranio-cervicale minore, trattato ambulatorialmente)
- Anamnesi: nel 2001 la perizianda era stata in cura per depressione, assumendo terapia con Paroxetina e Delorazepam
- Notevoli discrepanze di valutazione tra i CTP (4% vs 20%)
- La prima visita psichiatrica veniva effettuata 16 mesi in seguito all'incidente
- La prima visita psichiatrica nella quale emergeva uno stato ingravescente veniva effettuata a distanza di 2 anni e 4 mesi dall'incidente
- La varietà di visite specialistiche ed esami strumentali effettuati, con esito negativo

Secondo incontro peritale

Obiettività neuro-psichiatrica:

- Esame effettuato con gli ausiliari specialisti psichiatri
- Curata nella persona, vigile, ben orientata S-T e disponibile al colloquio.
- Modesto orientamento depressivo di fondo con note d'ansia e tratti di personalità dipendente.
- Riferisce di "vivere con i dolori", insonnia (a causa dei dolori), tendenza all'isolamento, riduzione delle attività quotidiane (compresa la guida e la gestione della casa), aumento ponderale di circa 10 kg, crisi di pianto quotidiane, diminuzione dell'appetito e dell'attività sessuale, appiattimento sociale e relazionale.
- In cura presso specialisti psichiatri per un disturbo di adattamento cronicizzato nel tempo in un disturbo ansioso depressivo con sintomi da conversione psichica. Assume terapia con

Relazione dell'ausiliario

- Conferma la diagnosi di Disturbo dell'Adattamento con ansia e umore depresso cronicizzato con somatizzazioni
- Conferma che le condizioni della sig.ra, per quanto soggettivamente gravi ed invalidanti, appaiono sproporzionate rispetto alla gravità dell'incidente
- Viene esclusa la simulazione
- Viene riconosciuto un ruolo concausale del trauma subito poiché i disturbi lamentati risultano compatibili nella loro evoluzione e nella loro estrinsecazione sintomatologica con gli esiti del trauma subito
- La sintomatologia viene inquadrata su una condizione preesistente di tipo ansioso depressivo e di personalità dipendente, aggravate dal trauma
- Stima il danno biologico psichico attorno al 7-8%

Conclusione del caso

- Veniva riconosciuto un aggravamento scatenato dall'incidente di una patologia pre-esistente che attingeva alla sfera psichica, con estrinsecazione somatica a livello del collo
- Veniva concordato, con criterio analogico-equitativo, un danno permanente comprensivo degli esiti del trauma distorsivo del rachide cervicale e delle ripercussioni a livello psichico del 12%.
- Veniva inoltre riconosciuto un periodo di inabilità temporanea di 60 giorni al 75% (periodo di mantenimento del collare cervicale), 60 giorni al 50%, 90 giorni al 25%, tenendo conto che per la cronicizzazione del disturbo dell'adattamento sono previsti 6 mesi.

CONSIDERAZIONI MEDICO-LEGALI

Alla luce anche del caso esposto si evince come un evento di modesta entità possa dar luogo ad un danno psichico che, pur potendo risultare sproporzionato rispetto all'entità del trauma, dovrà essere valutato adeguatamente.

Spesso non vi sono elementi per valutare oggettivamente quale fosse l'assetto psicologico precedentemente al trauma. Pertanto, nonostante sia intuibile che una reazione sproporzionata all'evento sia determinata da un substrato psicologico predisposto, sarà fondamentale l'aiuto di uno specialista psichiatra nel distinguere determinati tratti della personalità del soggetto.

Si ribadisce pertanto l'importanza dell'ausiliario nel coadiuvare il medico legale che dovrà poi identificare i postumi in nesso di causa con l'evento traumatico e valutare il danno che sono idonei a cagionare.

CONCLUSIONI

- La valutazione del danno psichico resta un tema delicato per il quale sono necessarie specifiche competenze
- Rimane fondamentale la collaborazione di uno specialista nell'individuare eventuali stati pre-esistenti, caratteristiche della personalità ed atteggiamenti simulativi, nonché nel porre la corretta diagnosi
- Per scongiurare il rischio di porre un giudizio affrettato in base al criterio del "*Post hoc ergo propter hoc*", il medico legale dovrà, in collaborazione con lo specialista psichiatra, tener conto di ogni elemento emerso dalla raccolta anamnestica, visita ed analisi della documentazione e

**GRAZIE PER LA CORTESE
ATTENZIONE**

