

# LA PATOLOGIA DA "COLPO DI FRUSTA"

## Considerazioni medico legali e sociali

Dr. Giuseppe Cerfeda  
*Medico Legale, Lecce*

I dati riguardanti l'infortunistica stradale dell'anno 1967 da noi riportati su "Folia medica" indicavano in 213.000 il numero dei feriti ed in 9175 quello dei morti dopo il 70 giorno dal sinistro stradale. Nel 1994, a distanza di circa trent'anni, il numero dei feriti è salito a 300.000 e quello dei morti a 11.435.

Se consideriamo che il parco di automezzi circolanti in questo lasso di tempo è più che triplicato, la lesività umana non ha, obiettivamente, seguito la stessa tendenza esponenziale, pur se la sua entità e la sua pericolosità rimane tragicamente alta con conseguenze personali, familiari, sociali altamente negative: i 170.000 sinistri, circa, che annualmente accadono sulle strade nazionali, hanno costi più o meno alti di sofferenza soggettiva e familiare, ma anche costi economici diretti ed indiretti, che, coinvolgono il bilancio sociale sotto molteplici aspetti.

Tra le lesioni di non grave entità ma di elevata frequenza che in questi ultimi anni hanno richiamato l'attenzione sia del medico clinico che del medico legale, va annoverata quella conseguente ad un violento trauma distorsivo del rachide cervicale, denominata anche "colpo di frusta".

"Chiunque di interessi di infortunistica

stradale - scrive S. De Nardis - sentendo parlare di 'colpo di frusta', esprime in modo più o meno deciso, ma comunque irrinunciabile, una reazione emotiva: il liquidatore della compagnia descrive incubi notturni sulla precarietà del suo impiego; il legale patrocinante del lesa si frega furbescamente le mani; il danneggiato ipotizza, dopo una brevissima parentesi di preoccupazione per la propria integrità, un sicuro miglioramento del suo status socioeconomico, le direzioni commerciali delle Compagnie elencano cifre che preludono apocalittiche conclusioni di bilancio, il passante si augura al più presto tale evenienza e intanto saggia la sua capacità intentando azioni di risarcimento nei confronti dei proprietari di autoscontro -; il medico brancola in un colpevole astensionismo, il Magistrato sente con una punta di orgoglio che, in questo settore, la sua sentenza può essere sicuramente originale."

E. A. Bucarelli aggiunge: "Il cosiddetto 'colpo di frusta' rappresenta infatti un quadro clinico di assoluta modesta entità a cui tuttavia consegue invece un grave problema in campo assicurativo per l'enorme onere risarcitorio che ne deriva. Basti considerare, a tal proposito, che secondo i dati ANIA del 1993, il 67% di tutto l'onere risarcitorio per le

compagnie assicurative italiane è stato rappresentato da micropermanenti di valore percentuale inferiore al 5% ed oltre il 90% di detta quota è da attribuire proprio ai colpi di frusta cervicale".

Come abbiamo dinanzi accennato, il "colpo di frusta" - noi preferiamo la dizione clinica di "distorsione del rachide cervicale" - costituisce una delle patologie traumatiche più frequenti e diffuse, ma anche quella più contestata e controversa.

Se è vero, come è vero, che il "colpo di frusta" costituisce un capitolo ricorrente nell'ambito dell'indennizzo assicurativo sia pubblico che, soprattutto, privato, non si può a priori negare che, più spesso di quanto si vuol sostenere, trattasi di patologia di non trascurabile considerazione, con conseguenze di elevata entità.

Coloro i quali operano nell'ambito ditale settore, hanno avuto - ed hanno - modo di rilevare che per tale evento traumatico la causalità è attribuibile, sostanzialmente, al progressivo, notevole aumento del numero degli autoveicoli circolanti nell'ambito urbano ed extraurbano, nonché alla irresponsabile condotta di guida di molti automobilisti.

In numerosi casi, come si consta, l'autore del tamponamento o dello scontro è un soggetto, d'ambo i sessi, di giovane età, ancor più spesso giovanissimo, che ha disatteso ed ignorato le regole fondamentali della circolazione stradale: limiti di velocità, distanza di sicurezza, diritto di precedenza, ecc.

Se, come da più parti denunciato, il fenomeno ha assunto aspetti preoccupanti

sul piano etico-sociale della pretestazione, è altrettanto vero' che notevolmente preoccupanti sono le condizioni ambientali e sociali nelle quali si muovono i moderni utenti del traffico stradale.

### **Etiopatogenesi ed anatomia patologica**

Osservando una tavola anatomica del collo, ci si rende facilmente conto della complessità strutturale e funzionale ditale segmento corporeo nonché della sua rilevanza nell'ambito dell'economia organica. Il collo costituisce uno snodo fondamentale per la circolazione di tutti gli stimoli vitali ed in relazione al tale esigenza la sua struttura anatomica si presenta complessa e sofisticata con dischi intervertebrali in continua sollecitazione dinamica, faccette articolari sull'arco posteriore, riccamente innervate e come tali particolarmente sensibili agli insulti traumatici acuti e cronici; una serie di canali di coniugazione di anguste dimensioni attraverso i quali fuoriescono le radici nervose che, partendo dal midollo cervicale, vanno a formare il plesso brachiale, ed infine l'arteria vertebrale la quale, decorrendo nel sinuoso canale osseo trasversale penetra nel cranio attraverso il forame occipitale per formare l'importante tronco basilare.

Un numero così elevato di strutture neurovascolo-scheletriche racchiuso in sì ridotto spazio, soggiace facilmente a stimoli irritativi o compressivi sia in relazione a fenomeni degenerativi sia in conseguenza di fenomeni acuti conseguenti a sollecitazioni biomeccaniche anomale ed improvvise.

La lunghezza, la esilità, la mobilità di queste sette vertebre sovrapposte che, con l'ausilio dei dischi intervertebrali, dei legamenti e di leve muscolari relativamente deboli, debbono sopportare il peso eccentrico in continuo movimento costituito dal cranio e dall'encefalo, rappresentano condizioni biomeccaniche svantaggiose del sistema cervicale per cui sufficiente una sollecitazione funzionale anomala di non elevata intensità per determinare alterazioni biologiche nel soggetto colpito.

Con il termine "colpo di frusta" viene indicato, come è noto, il danno riportato in conseguenza di un'improvvisa iperestensione del collo a causa di una forza che opera indirettamente, come quella che agisce nel corso di un tamponamento automobilistico, e che produce una proiezione del corpo in avanti con slancio del capo all'indietro e conseguente iperestensione della colonna vertebrale. Nella successiva fase di decelerazione si verifica un'accentuata flessione del capo ed il collo torna in posizione neutra.

Uno scontro frontale tra autoveicoli da inizio ad una serie di fenomeni esattamente opposta. Il danno da colpo di frusta risulta grave perché l'iperestensione posteriore del capo termina quando l'occipite urta la superficie posteriore del dorso con una posizione che non rientra tra i movimenti fisiologici. Al contrario la forzata flessione del capo in avanti si interrompe quando il mento urta la porzione superiore dello sterno, mentre un'eventuale flessione laterale si esaurisce quando l'orecchio urta la spalla producendo posizioni che sono fisiologiche e non sot-

topongono ad eccessive trazioni le articolazioni intervertebrali.

In concomitanza con un colpo di frusta i muscoli flessori del collo (e specialmente lo sternocleidomastoideo, lo scaleno ed il lungo del collo) sono sottoposti ad una iperdistensione; alcune fibre di questi muscoli risultano lacerate, spesso, con manifestazioni emorragiche e edema muscolare.

Alle lesioni muscolari possono associarsi lesioni tendinee esofagee, dei gangli simpatici cervicali, delle radici nervose.

Le conseguenze anatomopatologiche ed anatomofunzionali del trauma distorsivo cervicale sono pertanto collegabili sia alla natura ed intensità dell'insulto traumatico, sia alla personalità del soggetto colpito.

Nel 1966, in epoca nella quale il parco macchine nazionale era notevolmente più esiguo dell'attuale, Carrieri e col. rilevavano un'elevata percentuale di colpi di frusta nei conducenti di automobile attribuendone la causa, fra le altre, alla mancanza degli appoggiatesta, "Ne deriva -affermano- che in caso di incidenti anche non gravi il capo ed il collo sono sottoposti a bruschi movimenti in ogni direzione che possono facilmente dar luogo e lesioni del tratto cervicale del rachide".

L'applicazione dei poggiatesta e delle cinture di sicurezza, diventata routinaria per tutti i tipi di autoveicoli, non ha migliorato l'incidenza patologica del fenomeno morboso; per certi versi l'ha addirittura peggiorata. Numerose ricerche effettuate su cadaveri freschi, di età compresa fra i 18 ed i 74 anni (Kallieris) e su scimmie, hanno fatto ri-

levare che l'effetto frenante sul torace della cintura di sicurezza determina una più ampia iperflessione dell'unità collostesta con più estesa lesività sulle strutture anatomiche del collo.

Una più attenta considerazione della sintomatologia soggettiva ed obiettiva rilevabile nei pazienti affetti da tale patologia nonché l'utilizzazione dei moderni mezzi d'indagine ha consentito l'individuazione di lesioni, a volte anche di notevole entità, con conseguente giudizio prognostico e medico legale più severo.

Non sempre, infatti, le comuni indagini radiografiche, pur eseguite con le collaudate tecniche adottate per tale patologia, consentono una certezza diagnostica.

Davis Sj e al. ritengono che i danni da iperestensione cervicale sono comuni, e spesso mostrano anomalie radiografiche irrilevanti anche con lesioni gravi ed in evoluzione. In 14 pazienti, nove dei quali con danni da iperestensione "colpo di frusta", e cinque con danno da trauma frontale diretto, sottoposti ad indagine RM entro quattro mesi dalla lesione, furono rilevate in 5 di questi separazione del disco dal piatto della vertebra finale, insieme a danni del legamento longitudinale anteriore, lacerazione dell'anulare anteriore; in sette pazienti venne accertata un'erniazione acuta del disco cervicale con incarceramento del midollo spinale.

Harris Jh. e al. in otto casi di adulti, vittime di iperestensione-dislocazione della spina cervicale, utilizzando la risonanza magnetica, hanno documentato una distruzione del legamento longitudinale anteriore e dell'anello del disco

intervertebrale e la separazione del legamento longitudinale posteriore dalla vertebra sottostante.

Un'interessante e probante indagine è stata effettuata da Jonsson e al. Su 22 rachidi cervicali di vittime di incidenti di traffico con danni cranio-cervicali letali.

Le vertebre con i tessuti molli furono congelate *in situ* e poi rimosse. Furono effettuate radiografie sui campioni con angolazioni particolari e sottoposto alla valutazione di un esperto radiologo ortopedico. I campioni furono poi criosezionati e tutti i danni registrati su un filo ad alta risoluzione: 10 diagnosi di fratture accertate radiologicamente furono sbagliate, sei furono falsi positivi e quattro furono falsi negativi.

Nel rachide cervicale superiore fu sospettata la lesione solo di uno dei dieci legamenti maggiori. Nel rachide cervicale inferiore 198 lesioni furono sbagliate sui radiogrammi; 77 lesioni delle faccette articolari e del legamento giallo, 77 uncovertebrali e 22 lesioni del disco.

Strangolamento dell'arteria carotide interna da parte del nervo ipoglosso quale conseguenza di "colpo di frusta" è stato descritto da Wozaseck.

Tra le numerose alterazioni anatomopatologiche provocate dal "Colpo di frusta" non va omessa e, tanto meno, sottovalutata la instabilità post-traumatica disco-legamentosa del rachide cervicale descritta da Roy-Camille.

"L'instabilità post-traumatica scrivono A. Solini ed al. - può colpire la colonna cervicale quando si realizza una frattura, ma più insidioso, specie per le diffi-

coltà diagnostiche e prognostiche che ne derivano, appare il caso in cui intervenga una lesione disco-capsulo-legamentosa associata o meno ad una componente fratturativa cervicale; in tale evenienza il traumatismo può produrre una situazione di instabilità cervicale. Tuttavia occorre distinguere. La difficoltà a riconoscere la presenza di una lesione a carico degli apparati capsulo-legamentosi dell'articolazione discale interapofisaria è seconda soltanto alla difficoltà di precisarne l'entità.

Per concludere i brevi riferimenti all'anatomia patologica della lesione distorsiva del rachide cervicale, va anche doverosamente ricordata la ricerca effettuata dall'Allianz Zentrum für Technik su incarico degli assicuratori tedeschi su alcune decine di volontari sia su slitte di prova, sia su vetture di serie.

Tutti i soggetti disponibili, di età variabile dai 18 ai 43 anni, furono sottoposti a programmate e diverse prove dinamiche inerenti il meccanismo atto a provocare il colpo di frusta. È stato osservato che nessuno dei volontari riportarono lesioni di carattere permanente.

Tale risultato, a nostro avviso, non può essere ritenuto attendibile e convincente per il motivo che i soggetti sottoposti all'impatto traumatico erano tutti consapevolmente partecipi all'evento e quindi in fase di tensione muscolare dei fasci toracici e del collo.

I test su giovani volontari e su manichini non sono trasferibili nella realtà. Le osservazioni su volontari nei tamponamenti posteriori hanno dato risultati diversi a seconda dei vari studiosi.

Nei tamponamenti il posizionamento della testa risulta molto importante ai fini dell'entità del danno, ma i dati sperimentali non sono automaticamente trasferibili alla realtà." (Kallieris)

A tal scopo va tenuto presente che i meccanismi dinamici i quali determinano la patologia da colpo di frusta sono meccanismi da strappamento per cui lesioni aponevrotiche, di piccole fibre muscolari con conseguenti piccoli versamenti emorragici costituiscono motivo causalmente valido per giustificare la sintomatologia soggettiva ed obiettiva riferita dall'infortunato.

A parte le lesioni macrospicche, peraltro documentabili con i moderni mezzi d'indagine strumentale, nella maggioranza dei casi la sofferenza soggettiva trova la sua etiopatogenesi proprio nelle lesioni minimali che, in misura più o meno ampia, a seconda dell'intensità lesiva dell'evento, hanno coinvolto i vari distretti del collo.

Tenere conto di tale evenienza anatomicopatologica e ricordare che nella struttura anatomica del collo oltre alle vertebre cervicali sono presenti fasci muscolari, tendini, vasi, nervi, etc. Consente la possibilità di giudizi diagnostici tecnicamente corretti con conseguente giudizio valutativo non inficiato da pre-determinate considerazioni e sollecitazioni.

### **L'indagine clinica e strumentale**

La valutazione medico legale del danno biologico conseguente a lesioni psicosomatiche deve tenere in evidenza due importanti criteri: ricerca del nesso causale tra evento e lesione; approfondita indagine clinica e strumentale

nei riguardi della natura, entità ed incidenza anatomofunzionale della lesione o delle lesioni.

Purtroppo, secondo la nostra esperienza professionale, tali regole vengono spesso disattese o, addirittura, ignorate da parte di numerosi operatori sanitari, con gli effetti e le conseguenze sociali rilevate da numerosi autori.

"Prioritariamente il problema che si pone, scrive Bucarelli, è quello di individuare, con processo deduttivo, sulla base dei dati anamnestici, documentali e clinici, la causa o le cause e l'origine del fatto lesivo rilevato, dimostrando od escludendo, il nesso causale tra il *primum movens* traumatico e la menomazione che giunge all'osservazione del medico legale oramai nel suo esito stabilizzato. In ciò è indispensabile, superando il semplice riscontro cronologico anamnestico (post hoc, ergo, propter hoc), l'accertamento del rapporto causale, identificando tutto il processo fisiopatologico che dalla lesione traumatica prima esita nella menomazione stabilizzata."

Nell'ambito ditale accertamento particolare approfondimento va dato alle modalità dell'evento ed alle condizioni ambientali nelle quali si è verificato.

Un tamponamento a catena sull'asfalto di un'autostrada nebbiosa determina conseguenze psicosomatiche di maggiore entità rispetto ad un evento simile verificatosi ad un segnale di stop cittadino.

"I fattori circostanziati possono assumere un certo rilievo nello studio della compatibilità dei disturbi lamentati con un colpo di frusta reale o presunto, pur

se non sempre agevole risulterà la ricostruzione della dinamica del trauma cervicale di fronte a notizie frammentarie o contraddittorie rese dal paziente o desumibili dagli atti" (Umano Ronchi, Giordano Orsini).

Riteniamo, supportati dalla nostra lunga esperienza specialistica, che un'indagine anamnestica paziente ed accurata, nei riguardi del soggetto infortunato - o presunto tale - nonché della documentazione sanitaria ed amministrativa esibita, consenta, nella grande maggioranza dei casi, la possibilità di un giudizio medico legale corretto sul nesso causale tra evento e patologia enunciata, e nei riguardi del giudizio valutativo finale.

"E' necessario, infatti, - afferma Bucarelli - avere ogni elemento utile al fine di identificare l'esatta dinamica del fatto traumatico, la gravità dello stesso, e soprattutto le conseguenze di dannosità ai mezzi interessati dall'incidente in questione.

E' ben noto, a questo proposito, che sulla base della deformazione del mezzo tamponato ed in rapporto tra le masse dei due mezzi coinvolti nell'incidente, è possibile valutare la velocità differenziale, la velocità di urto del mezzo tamponante e quindi poter esprimere, in termini di accelerazione un parametro di riferimento per valutare l'energia che viene scaricata sui passeggeri occupante il mezzo investito. La deformabilità anteriore o posteriore di un'autovettura è il parametro fondamentale da analizzare e la determinazione carico-deformazione dell'avanti e del di dietro di un'autovettura consente di calcolare la

decelerazione o l'accelerazione subita dall'abitacolo e quindi della energia che ha investito il conducente."

Nell'ambito dell'indagine anamnestica sul nesso causale è importante prendere cognizione, anche, della collocazione del soggetto infortunato all'interno del veicolo coinvolto nel sinistro stradale.

Il passeggero più esposto al trauma distorsivo cervicale è quello che siede accanto al guidatore. Questi, infatti, al momento dell'impatto tra i due automezzi ha già assunto un atteggiamento di difesa sostenendosi con le braccia al volante, mentre i passeggeri alloggiati sul sedile posteriore trovano un punto di sostegno nello schienale rigido il quale, impedisce la iperestensione nella seconda fase del colpo di frusta.

Effetto contrastante del quale va tenuto conto nella dinamica della lesione - offrono le cinture di sicurezza: da una parte impediscono la proiezione anteriore del tronco e l'impatto del cranio contro il parabrezza o le strutture rigide della carrozzeria, dall'altra rendono più estesa la mobilità del collo con conseguenze di maggiore incidenza sulle strutture distale segmento corporeo.

A tal fine va sottolineato che l'effetto "colpo di frusta - cintura di sicurezza" è, secondo la nostra esperienza, più incisivo e più sofferto nei soggetti di sesso femminile.

Tale differenza è attribuibile al minore sviluppo della massa muscolare rispetto all'altro sesso: così come è rilevabile una scarsa, o addirittura, alcuna sofferenza cervicale in soggetti di sesso maschile i quali, in relazione a particolari attività lavorative, presentano un ac-

centuato sviluppo dei muscoli del collo.

"E' bene ribadire, afferma Bucarelli, che l'esame comparativo delle masse dei veicoli giunti a collisione, in rapporto alla determinazione del grado di deformazione dei mezzi (danni materiali) consente, anche se non vincolante, una valutazione di "grandezza" della potenzialità lesiva sui passeggeri, specie se l'urto è rettilineo (vero tamponamento)."

Se particolare attenzione va posta, come dinanzi accennato, alla modalità dell'evento ed alla ricerca del nesso causale, analoga scrupolosità è indispensabile nei riguardi dell'indagine semeiologica e clinica posta in essere per tale patologia.

In sintomi, che, comunemente, l'infortunato riferisce sono la cefalea, prevalentemente nucale, la cervicobrachialgia, la vertigine.

A questi, in un numero non molto elevato di casi, si aggiungono i disturbi del ritmo sonno-veglia "la depressione dell'umore, la difficoltà mnemonica, l'ipostenia degli arti superiori.

In concomitanza con un colpo di frusta i muscoli flessori del collo (e specificamente lo sternocleidomastoideo, lo scaleno, ed il lungo del collo) sono sottoposti ad una iperdistensione.

Come già accennato nell'ambito dei cenni anatomopatologici, alcune fibre di questi muscoli risultano lacerate, spesso con conseguenze emorragiche ed edema muscolare.

Nelle prime 12-24 ore dopo il trauma il paziente raramente avverte disturbi di rilievo. Dopo tale lasso di tempo compa-

re rigidità del tratto cervicale con dolore che si irradia alle spalle ed alla regione interscapolare.

Alcuni infortunati accusano dolore ed intorpidimento ad un braccio ed a una mano, in genere da un solo lato, in qualche raro caso anche perdita di coscienza.

Nei casi più gravi si possono avere trazioni esofagee con conseguente edema, emorragia retrofaringea e disfagia, nonché un danno alle corde vocali con insorgenza di raucedine.

Nel collo si trovano numerose strutture dotate di terminazioni nervose algosensibili. In particolare i legamenti longitudinali anteriore e posteriore, la dura madre, le radici nervose, le articolazioni zigoapofisarie, un complesso sistema vascolare nonché un importante catena di gangli simpatici.

Nelle masse muscolari paracervicali il dolore può essere generato sia per uno stimolo spastico riflesso, sia per un meccanismo di accentuata trazione sulle inserzioni a seguito di prolungata contrazione.

Inoltre uno spasmo muscolare diviene doloroso anche per l'instaurarsi di alterazioni metaboliche di tipo acidotico nel contesto del ventre muscolare dovute a diminuita vascolarizzazione delle miofibrille contratte. Tali cataboliti hanno effetto alogeno e provocano una contrattura muscolare dovuta a diminuita vascolarizzazione delle miofibrille contratte per cui si instaura un vero e proprio circolo vizioso. Se questo processo e meccanismo riflesso, e metabolico, si perpetua nel tempo, si va automaticamente verso una situazione di croniciz-

zazione del dolore.

Dal punto di vista clinico e quindi sintomatologico si può distinguere una sindrome cervicale alta ed una bassa.

La prima è sostenuta da un interessamento delle prime tre vertebre cervicali e si manifesta con una cefalea nucale irradiata sovente al vertice: in qualche caso più che il dolore alla nuca si rende evidente una cefalea frontale.

La seconda, cioè la sindrome cervicale bassa, è la forma più frequente: in essa risultano coinvolte le vertebre dalla quarta fino alla settima, fino a comprendere la cosiddetta "cerniera cervicale". Spesso a questa patologia molto severa corrisponde un'obiettività radiologica piuttosto modesta quale può essere semplicemente l'abolizione della lordosi fisiologica cervicale.

L'altro sintomo pressoché costantemente riferito dall'infortunato è riferibile alle sensazioni vertiginose, a volte accompagnate da nausea ed anche da vomito. La genesi di tale disturbo è da ricondurre a fenomeni di compressione dell'arteria vertebrale o ad irritazione del plesso simpatico perivascolare con conseguente deficit dell'irrorazione dell'orecchio interno.

Si tratta di una vertigine soggettiva, vale a dire di una sensazione di movimento e di instabilità senza percezione di oggetti in movimento ed è pertanto una vertigine essenzialmente di tipo centrale. "Gli studi del 1982 di Hinokini e coll. effettuati sperimentalmente sugli animali e sull'uomo con precedenti traumatismi, relativi ai rapporti tra le strutture muscolari profonde del collo e l'apparato vestibolare, hanno per la pri-

ma volta dimostrato l'importanza dell'innervazione simpatica di tali muscoli. Essi hanno evidenziato fibre neurovegetative nel perimio di fasci muscolari del collo. Tali fibre neurovegetative contengono vescicole con granuli che appaiono solo in casi di traumi e di fenomeni irritativi. Gli AA. Ipotizzano quindi la possibilità di una ipereccitazione limitata nel tempo del sistema simpatico cervicale. Ne consegue una iperattività dei propriocettori dei muscoli del collo.

Tutto ciò spiega come dal punto di vista clinico non ci troviamo di fronte a patologie dell'apparato periferico, non evidenziabili agli esami specialistici; ma bensì ad alterazioni delle strutture vestibolari nucleari e reticolari del tronco encefalico. E' noto come tali strutture, insieme al cervelletto, contribuiscano alla integrazione del segnale proveniente dalle efferenze periferiche per il mantenimento dell'equilibrio sia statico che dinamico". (E Fusetti e coll.)

Nell'ambito della sintomatologia riferibile alla patologia da "colpo di frusta" va tenuta in considerazione anche la presenza di turbe psichiche, non sempre attribuibili, come sostenuto da alcuni autori, ad appetizione risarcitoria indennitaria. Come vedremo più avanti, nell'ambito della valutazione del danno biologico, va preso atto che in tale settore della patologia infortunistica è apprezzabile una notevole quantità di casi attribuibili a genuina pretestazione, ma numerosi sono, anche, quelli ai quali viene applicato un criterio valutativo ingiusto e deontologicamente incompatibile con il comportamento professionale del medico legale.

Non sempre, infatti, l'anzidetta patologia è conseguenza di un evento di modesta o trascurabile entità, ma è spesso espressione di circostanze notevolmente emotive sia di carattere personale che familiare.

"Non sussistono dubbi che il fenomeno emotivo è indissolubilmente legato al sistema neurovegetativo, nel senso che le emozioni, mentre fanno risentire la loro influenza su tutte le funzioni dell'organismo, sono in condizioni di subire a loro volontà le influenze di tutte le modificazioni somatiche, siano esse fisiologiche siano esse patologiche. Molte volte, come sottolineato da numerosi autori, al trauma psichico si associa il trauma fisico; ma anche allora il danno alla salute non è in rapporto alla gravità di questo ma con quella della emozione che suscita l'avvenimento che causa la perturbazione fisica.

Si può dire, pertanto, che la causa patogena violenta, classificata tra quelle di ordine psichico, è riposta nella emozione-urto provocata da un avvenimento esterno a svolgimento rapido". (S. Diez)

Va considerato che lo stress emotivo conseguente al violento impatto tra due automezzi in corsa, nonché il concorso di altre circostanze, quali la presenza di familiari od amici sull'automezzo danneggiato o la situazione ambientale nel quale si è verificato (buio, nebbia, temporale, ecc.) rappresenta il *primum movens* della emozione-urto posto alla base dello stato depressivo lamentato dal soggetto infortunato.

D'altronde ricerche effettuate da alcuni Autori (Shapiro e Torres, Radanov) hanno documentato l'esistenza di manifestazioni psico-neurotiche attuabili a

microlesioni cerebrali.

E' stato dimostrato che una lesione cerebrale può essere secondaria ad un colpo di frusta; in numerosi casi è stata rivelata la presenza di anomalie elettroencefalografiche essenzialmente dello stesso tipo di quelle che si hanno in seguito a trauma cranico chiuso. Ne consegue che alcune manifestazioni psiconevrotiche che compaiono come sequele del colpo di frusta cervicale hanno una base organica e sono dovute, come già accennato, a microlesioni del tessuto cerebrale. A tal uopo va tenuta presente la frequente associazione di una lesione vertebromidollare con un danno cranio-encefalico. In una statistica illustrata da PAGNI e coll. Su 102 casi di trauma cranico e vertebromidollare in 38 casi si trattava di distorsione del rachide cervicale. Di tale associazione non esistono, secondo gli Autori, statistiche precise e studi analitici approfonditi sugli esiti a distanza. Tra questi il più frequente è rappresentato dalla cefalea.

"L'evento di un trauma cranico comporta generalmente nella sede del trauma - scrive G. De Benedittis - un dolore spontaneo e/o provocato che dura alcune ore o, talora, alcuni giorni per poi regredire. Tuttavia un non trascurabile numero di traumatizzati cranici continua a lamentare cefalea, vertigini, pseudovertigini disturbi della memoria e dell'attenzione, facile esauribilità fisica ed instabilità emotiva per settimane, mesi e persino anni dopo il trauma. Questa sindrome è nota col nome di sindrome post-traumatica (SPT).

Nell'assoluta maggioranza dei casi la sindrome post-traumatica non sembra

essere associata a manifeste e macroscopiche lesioni anatomiche del SNC. Nonostante la SPT sia polimorfa nelle sue manifestazioni cliniche la cefalea ne costituisce il sintomo più frequente e dominante".

Come si può rilevare da quanto finora accennato la sintomatologia prevalente del colpo di frusta" è di natura soggettiva. Ciò comporta, ai fini di una corretta indagine medico-legale, l'esigenza di un'accurata e paziente ricerca anamnestica la quale sia strettamente conseguenziale a quella riguardante il nesso causale e le modalità dell'evento traumatico.

E' individuale, però, anche una tipica sintomatologia obiettiva che, se adeguatamente ricercata, può dirimere, in un notevole numero dei casi, la perplessità nei riguardi di una ipotizzabile pretestazione od esagerazione rivendicatoria.

La ricerca della sintomatologia obiettivamente rilevabile deve, possibilmente, adeguarsi alle conoscenze fondamentali dei processi anatomopatologici cui abbiamo fatto cenno all'inizio delle presenti note. Se il "colpo di frusta" determina lesioni più o meno estese di fibre muscolo-facciali e di piccoli vasi e fibre nervose ne consegue la dolorosità più o meno intensa del o dei muscolo interessato.

La palpazione sui punti algogeni del muscolo trapezio (sovrascapolare, paravertebrale, sottoccipitale) risveglia verosimile ed intenso dolore, irradiato verso la faccia posteriore delle braccia. Lo stesso dicasi per quanto riguarda l'indagine sul muscolo sternocleidomastoideo: facendo ruotare il capo dalla

parte opposta al muscolo da esaminare ed invitando il paziente a guardare verso l'alto, si ottiene la contrazione dello stesso; premendo sulla guancia e facendo resist\_Ñenza al movimento si può rilevare la presenza di contrattura, di eventuali ematomi, di ipostenia muscolare.

Buone ed obiettive indicazioni possono essere ottenute da un attento esame delle mobilità del collo e della ricerca di contratture muscolari generalmente apprezzabili anche a notevole distanza di tempo dell'evento traumatico.

Il "colpo di frusta", come abbiamo accennato prima, non incide soltanto sulla integrità delle fibre muscolari: a seconda dell'intensità del vulnus traumatico, ma anche di altri fattori, quali età, sesso, stato anteriore, localizzazione all'interno del veicolo, modalità dell'evento, altre strutture anatomiche del collo possono manifestare sintomi di sofferenza. Tra queste ricordiamo l'arteria vertebrale, le radici nervose, la catena dei gangli simpatici cervicali.

L'esame clinico va completato con lo studio dei riflessi OT degli arti superiori e con indagine sommaria di possibili deficit neurogici. Considerate le finalità preposte l'esame neurologico può apparire superfluo perché si sottintende la mancanza di compromissione radicolo-midollare nel trauma cervicale cosiddetto minore.

Niente di più falso: infatti la constatazione precisa dei dati che seguono permette di convalidare o di escludere la veridicità dei disturbi sensitivomotori spesso lamentanti indirizzando eventualmente verso accertamenti più approfonditi quali l'esame elettromiogra-

fico ed elettroencefalografico (De Nardis).

Oltre alla ricerca dei riflessi o.t., della sensibilità e della tonicità muscolare degli arti sup. Vanno ricercati anche gli eventuali segni di interessamento del sistema nervoso simpatico. La positività del segno di Romberg, la presenza e l'intensità del riflesso oculo-pupillare, la presenza di anisocoria e di ristagno, costituiscono indicazioni cliniche idonee per una corretta diagnosi e, nell'ambito medico-legale, di una corretta valutazione del danno biologico.

Viene da più parti sostenuto che nei riguardi della patologia da "colpo di frusta" è riscontrabile una notevole pretestazione e che soggetti adeguatamente istruiti sono in grado di simulare sintomatologie soggettive ed obiettive inesistenti.

Il fenomeno, per quanto riguarda la nostra esperienza professionale, è obiettivamente riscontrabile, ma va ricordato che lo specialista medico-legale è, anche, preparato alla ricerca della verità clinica ed anatomopatologica, sia ricorrendo ai mezzi che la semeiotica clinica e strumentale pone a sua disposizione, sia mettendo in atto quei metodi di osservazione indiretta che consentono, spesso giudizi diagnostici difficilmente contestabili: la rimozione, per esempio, di qualche indumento attraverso il collo ed il capo, esprime, meglio di qualsiasi manovra palpatoria o cinetica, l'esatta entità dell'eventuale contrattura muscolare, della veridicità della sintomatologia dolorosa, della ampiezza delle escursioni articolari.

Ovviamente non in tutti i casi è possibile formulare una chiara diagnosi sulla

base dei dati anamnestici e semeiologici clinici per cui è doveroso ricorrere alle indagini strumentali.

Tra queste, la più comune e la più semplice è riferibile alla radiografia standard della colonna cervicale nella duplice proiezione antero-posteriore e laterale.

La scomparsa o l'appianamento della fisiologia lordosi cervicale costituisce un dato abbastanza indicativo per la presenza di sofferenza dei muscoli del collo riferibile a contrattura degli stessi.

Alcuni Autori (Bucarelli, Umani Ronchi, ecc.) richiamano l'attenzione sulla possibilità di simulare tale referto attraverso l'adozione di tecniche particolari: "E' sufficiente, infatti - scrive Bucarelli - nelle RX standard flettere leggermente il collo per appianare la lordosi."

Maggiore possibilità di esatte diagnosi consentono le radiografie del rachide cervicale eseguite con proiezioni oblique e dinamiche in flessione-estensione, particolarmente utilizzate nell'accertamento dei segni di instabilità post-traumatica del rachide cervicale.

Ma anche per tale metodologia radiografica vengono avanzati dubbi sulla sua attendibilità: "basta compiere dei movimenti articolari incompleti - aggiunge Bucarelli - perché risulti la limitazione funzionale"

"Ecco quindi, - conclude - che le Rxografie devono servire solamente a discriminare i casi di lesione fratturativa cervicale, semplice o complessiva, associata alla pura e semplice distorsione, ma niente di più".

E' evidente la forzatura concettuale

dell'Autore. Infatti se è vero, come è vero, che le proiezioni radiografiche della colonna cervicale possono essere "addomesticate", è altrettanto vero che, tranne qualche deprecabile e dolorosa eccezione, gli specialisti radiologi, pubblici e privati, non si prestano a modificare le loro collaudate tecniche professionali al fine di alterare i dati realmente esistenti nel paziente in osservazione.

Indagini più approfondite quali la TAC e la RMN possono fornire elementi più probanti di quelli provenienti dalla indagine clinica e dalla radiografica standard, ma anche in questo settore non sempre i referti sono attendibili a 100%, come dimostrato da Jonson e all. La complessità delle strutture anatomiche del collo e la diversità dei meccanismi traumatici, non consentono, a nostro avviso, inoppugnabili certezze diagnostiche e medico legali in tutti i casi sottoposti all'indagine specialistica.

"Ricordiamo - scrive Umani Ronchi - in proposito che Fiori e al. In un lavoro non più recente sugli esiti di lesioni traumatiche della colonna cervicale ricordava la difficoltà, spesso insuperabili, diagnostiche e medico-legali tali da suggerire l'opportunità di soluzioni empiriche dettate dal buon senso".

### **La valutazione medico-legale**

Chiunque si interessi di infortunistica stradale - afferma De Nardis - sentendo parlare di "colpo di frusta" esprime, in modo più o meno deciso, ma comunque irrinunciabile, una reazione emotiva".

Effettivamente, come abbiamo accen-

nato all'inizio di queste note, la patologia da colpo di frusta costituisce motivo di vivace dibattito medico-legale e sociale ma anche sollecitazione a comportamenti compatibili con le norme del codice deontologico professionale.

Nell'ambito dell'indennizzo delle piccole invalidità il cosiddetto "colpo di frusta" costituisce il capitolo più voluminoso e culturalmente più affollato della patologia traumatica nei riguardi del quale si è concentrata l'attenzione di una notevole parte di studiosi e di operatori giuridici ed assicurativi, impegnati in un dibattito che, sostanzialmente, si identifica in due schieramenti contrapposti.

"La letteratura - affermano Regine e Napoli - oscilla come un pendolo dal più completo rifiuto di questa entità nosologica alla accettazione di ogni possibile effetto e sequela;"

Lo straordinario aumento dei casi di "colpo di frusta" viene di volta in volta considerato in rapporto con le garanzie offerte dalla assicurazione obbligatoria per i veicoli a motore, con l'aumento della coscienza assicurativa del cittadino o meglio con la maggiore sensibilizzazione congiuntiva verso situazioni oggettive foriere di possibili riconoscimenti assicurativi, diffusione polizze assicurative private per infortuni; atteggiamenti rivendicatori (Umani Ronchi).

Ai fini di una corretta indagine riguardante il trauma distorsivo cervicale va fatta preliminarmente una scrupolosa disamina, anche documentale, delle relazioni ispettive o di polizia nonché della documentazione riguardante i danni riportati dagli autoveicoli, ricostruendo, in tal modo la dinamica dell'evento

traumatico che ha provocato la lesione.

La rottura di un fanalino posteriore od anteriore od un modesto infossamento del paraurti o dalla carrozzeria di un autoveicolo non possono considerati elementi validi e sufficienti per lo sviluppo di una forza dinamica capace di incidere negativamente sulle strutture anatomiche del collo.

Solo nei rasi in cui è stato rilevato un notevole danneggiamento dei mezzi - afferma Bucarelli - è possibile considerare come validamente efficiente il trauma ai fini della produzione di una distorsione cervicale.

Se l'indagine riguardante le cause e le circostanze e quella anamnestica è ritenuta sufficiente per la formulazione di un corretto giudizio medico-legale di causalità altrettanta scrupolosità va posta nei riguardi della precisazione diagnostica e prognostica, specialmente in relazione alla quantificazione del danno biologico.

Abbiamo già accennato alla sintomatologia soggettiva ed obiettiva che affligge i soggetti affetti da tale patologia, ma va anche tenuto presente che la stessa non costituisce esclusiva espressione di tale forma morbosa ma può essere attribuita ad altre alterazioni traumatiche e degenerative: l'insufficienza vertebro-basilare, ad esempio, si manifesta con cefalea, vertigini, acufeni, ecc. Sintomi analoghi a quelli da semplice distorsione, o colpo di frusta (Solini e al.; Bucarelli).

E' d'obbligo, pertanto, porre particolare attenzione e scrupolosità nell'indagine medico-legale allo scopo di formulare un giudizio possibilmente chiaro e de-

finitivo, scevro, soprattutto, da condizionamenti ambientali, dal quale far scaturire una valutazione del danno biologico che sia equa e, soprattutto, ragionata e ragionevole.

Il "colpo di frusta", cioè la brusca iperflessione ed iperestensione della colonna cervicale, può determinare quadri sintomatologici di assai diversa gravità in relazione all'età, sesso, allo stato anteriore del soggetto colpito (Luvoni e al.).

Probabilmente un determinismo del fenomeno - scrivono Carrieri e all. - interviene la predisposizione dei soggetti più anziani sia alle lesioni distorsive che a quelle fratturative del rachide le quali, come si è detto, nei conducenti di autovetture si producono generalmente per meccanismo indiretto e trovano quindi un efficiente fattore concausale in quelle alterazioni di ordine genericamente involutivo che si instaurano con l'avanzare degli anni". E' possibile rilevare, infatti, la persistenza della sintomatologia soggettiva - algica, vertiginosa, depressiva - in soggetti di media ed avanzata età nel mentre, per quel che direttamente ci consta, la stessa è molto meno frequente nei soggetti giovani e sostanzialmente rilevabile solo nei soggetti vittime di insulto traumatico di notevole intensità.

Tuttavia la persistenza di una sintomatologia importante cervicale neurologica o da insufficienza vertebro-basilare in seguito ad un trauma distorsivo o ad un trauma fratturativo minore, deve imporre di ricercare tutti quei segni radiologici che non possono sfuggire ad un esame attento. (A. Solini e al.).

Il caso citato da Bucarelli riguardante una donna di anni 42 alla quale, a segui-

to di semplice controllo standard del rachide cervicale era stata formulata la diagnosi di "distorsione rachide cervicale" e successivamente, in relazione ad ulteriori indagini, venne diagnosticata una sublussazione di C0-C1, ci sembra paradigmatico, così come particolarmente incisiva, ci sembra la conclusione dell'Autore alla fine della descrizione del caso sottoposto alla sua osservazione.

"Questo caso chiaramente dimostra - scrive - come anche un semplice tamponamento possa costituire, se documentato, una modalità di gravissime lesioni conseguenti.

Particolarmente attenzione è stata dedicata dalle scuole medicolegali, in quest'ultimo decennio, al problema valutativo delle microinvalidità con preminente riferimento al capitolo inerente il "colpo di frusta". La recente letteratura ha dato notevole impulso a tale argomento tanto da considerarlo la causa preminente, se non addirittura unica, dell'aggravio dei costi assicurativi.

"Le conseguenze economiche delle valutazioni erronee per eccesso - scrivono gli Autori dell'indagine medico-legale sulle piccole invalidità permanenti pubblicata nel 1988 - sono facilmente calcolabili.

Se nei 1024 casi esaminati sono stati erroneamente concessi 1-2 procenti a quasi un terzo dei medesimi, significa, che sono stati erroneamente concessi meno di 300 punti di percentuale.

Estrapolando il dato alla totalità dei casi trattati ogni anno e facendo riferimento al valore economico di ciascun punto (vedi "Danno alla salute o bio-

logico, concetti e quantificazione". ANIA, 1987) si perviene a stimare una ingiustificata elargizione di molti miliardi di lire".

Esistono buone e valide ragioni medico legali per richiamare l'attenzione sull'incidenza del colpo di frusta nei riguardi dell'indennizzo delle piccole invalidità ma va anche considerato che su 517 voci valutative elencate nel Trattato di Luvoni, Mangili, Bernardi, ben 206 riguardano la fascia che va dallo 0,25 - perdita dente incisivo laterale - al 10%.

Se da una parte è rilevabile una preminenza indennitaria nei riguardi della traumatologia distorsiva del rachide cervicale, dall'altra sono elencate altre 205 voci di piccole invalidità le quali concorrono ad impinguare il paniere dei risarcimenti assicurativi.

Comunque si voglia considerare il problema valutativo delle piccole invalidità va sempre tenuto presente che ogni, seppur modesta, alterazione anatomico-funzionale e psichica dell'organismo incide in diversa misura sul bene salute.

Secondo la classica definizione del Cazaniga il termine "danno" consiste nella conseguenza economicamente valutabile di una modificazione peggiorativa del modo di essere della persona fisica, cioè, di una menomazione, con effetti economici, dell'individuo considerato come entità somatica e psichica.

Il danno risarcibile ai sensi dell'art. 2043 C.C. deve essere comprensivo di qualsiasi pregiudizio arrecato alla persona il quale ne riduca il rendimento sia direttamente offrendo la capacità produttiva propriamente detta, sia indiret-

tamente compromettendo quella efficienza sociale generica che ditale capacità facilita l'estrinsecazione e l'impiego (Giolla).

L'evoluzione dottrinarica nei riguardi dell'indennizzabilità del danno biologico con il contributo di tutte le scuole medico legali nazionali, ha trovato il suo coronamento nella nota sentenza n. 184 del 30.6.1986 promulgata dalla Corte Costituzionale ai sensi della quale il danno biologico va inteso come un'alterazione permanente dello stato psico-fisico del soggetto che gli impedisce di godere la vita nello stesso modo in cui ne godeva prima dell'evento lesivo indipendentemente da qualsiasi riferimento alla capacità produttiva.

"Ove si volesse intendere la salute sotto il profilo naturalistico - afferma Introna - il "danno alla salute" equivale al danno biologico o danno fisiologico. Sotto il profilo giuridico il danno alla salute è sempre e comunque risarcibile, perché lede il bene tutelato dall'art. 32 della Costituzione. Pertanto la menomazione biologica (e fisiologica) costituisce la premessa naturalistica della "lesione della salute" onde non si può risarcire questa se preliminarmente, nella sede medico legale, non è stata identificata e quantificata la prima".

Ribadito ancora che il danno biologico è un "danno funzionale" ("alterata funzione" del complesso psico-fisico della persona, va anche ribadito che esso esiste di per sé e costituisce la premessa anche per un eventuale danno da lucro cessante (danno alla capacità di produzione di reddito, danno patrimoniale in senso proprio).

In altre parole è stato affermato - ag-

giunge Farneti - che il bene salute, inteso come integrità dell'individuo sotto il profilo civilistico e qualsiasi sua compromissione che derivi da fatto illecito, esige un ristoro economico.

Rifacendoci a tali principi ci sembra che rifiutare l'indennizzo, oppure contestare sic et simpliciter la documentazione esibita dall'infortunato in relazione a trauma distorsivo cervicale, sia, quantomeno, pretestuoso ed alla fine controproducente per l'immagine stessa delle società assicuratrici.

L'entità del danno biologico conseguente a distorsione vertebrale, o "colpo di frusta", viene indicato, come è noto, nella misura del 2% (due). Per i soggetti affetti da patologia artrosica Luvoni propone una valutazione del 5%. Bargaña sostiene che "la preesistenza di alterazioni spondiloartrosiche può concorrere nel determinismo della suddetta sintomatologia e d'altra parte può anche giustificarla di per se".

Alcuni autori sostengono la scarsa incidenza del trauma distorsivo cervicale sull'eventuale preesistenza degenerativa artrosica (Bucarelli, Umani Ronchi)

A nostro avviso è invece rilevabile una maggiore incidenza di sintomatologia soggettiva funzionale in soggetti di età medio-alta piuttosto che in quelli in giovane età, peraltro più numerosi tra le vittime di tale infortunio.

Riteniamo di poter condividere l'opinione di Diez, il quale sostiene che "traumi e sforzi corporei possono aggravare una preesistente artrosi provocando una sindrome funzionale prima

inesistente o manifestazioni in lieve grado, o intermittenemente nella di-

namica della colonna vertebrale. Questo aggravamento può essere determinato da fratture dei processi osteofitici vertebrali".

E' noto che tali fratture, più numerose di quanto si possa presumere, difficilmente sono apprezzabili sulle lastre radiografiche. Non del tutto convincente è, a nostro parere, la metodologia proposta da De Luca e Notturmi i quali sostengono che "oltre i casi con lesioni osteoarticolari immediate, obiettive, ed accertate, pensiamo che si possa parlare di esiti invalidanti, ancorché modesti, consecutivi a trauma in iperestensione-iperflessione del rachide cervicale solo ed unicamente in quei casi che presentano, a distanza di 6-12 mesi dall'incidente, una persistente inversione od attenuazione della fisiologia lordosi cervicale, associata o meno al peggioramento di una preesistente cervicoartrosi, sempre che si possa confrontare tale radiografia con una precedente al trauma o subito successiva (in caso contrario si potrà parlare di artrosi post-traumatica); si potrà considerare quale esito permanente anche una persistente iporiflessia labirintica monolaterale".

In campo medico legale - aggiungono Bocchi e Orso - a queste sindromi vengono riconosciute invalidità che attualmente oscillano tra il 2 ed il 5%. Ci riferiscono ovviamente a quelle di scarso rilievo clinico i casi più gravi hanno altro valore e significato.

Dal 1960 in poi ci sembra che l'atteggiamento medico-legale, rispetto alle conseguenze di questi banali traumatismi si sia modificato. Da una iniziale cautela valutativa, si è pervenuti ad un certo lassismo per cui, oggi, ad ogni col-

po di frusta quasi sempre viene riconosciuta una piccola invalidità".

Indubbiamente il "lassismo" esiste, anche se, obiettivamente ipertrofizzato da alcune società assicuratrici nella sua reale entità, stante l'esistenza, come già accennato, di obiettive disfunzioni del traffico automobilistico.

Il problema dell'elevato incremento indennitario trova, peraltro, la sua etiopatogenesi in due cause, a nostro avviso, scarsamente ricercate ed altrettanto poco considerate.

Queste possono essere riferite ad ignoranza di elementi norme deontologiche; nonché all'espletamento di attività professionale di natura medico-legale da parte di medici privi di nozioni ed esperienze peculiari della materia.

Numerosi sono i rilievi nei riguardi della faciloneria certificatoria di alcuni sanitari che della superficialità con la quale il certificato viene redatto.

Abbiamo sottolineato, in altra sede, il dovere del medico di adeguarsi alle norme dettate dal codice deontologico ed in particolare a quanto disposto dagli articoli 15, 18, 31 dello stesso: va purtroppo rilevato che il dettato comportamentale che dovrebbe regolare a nostra attività professionale è assimilabile alla ben nota araba fenice.

La certificazione che, normalmente, viene esibita ai fini del risarcimento del cosiddetto "colpo di frusta", ha in genere due fonti distinte che possono rimanere tali ma che, spesso, si uniscono in un unico alveo: la prima è costituita dalla certificazione del medico di fiducia, nel 98% dei casi compiacente ed incongruente apodittica; la seconda è quella

che proviene dall'ambiente ospedaliero come primo certificato stilato presso il Pronto Soccorso: il cosiddetto referto. Se l'infortunato viene controllato presso i reparti dello stesso nosocomio, in genere presso quelli di ortopedia o di neurochirurgia, là dove sono operanti, la certificazione viene rilasciata da giovani medici scarsamente edotti sull'importanza e sulla modalità della stessa.

Dal punto di vista medico-legale è abbastanza semplice contestare la certificazione del medico di fiducia - sempre, ovviamente dopo un'accurata indagine anamnestica e clinica - ma è più arduo contestare quella rilasciata dai medici ospedalieri stante la particolare figura giuridica degli stessi.

Considerazioni analoghe valgono per quanto riguarda la redazione delle cartelle cliniche ospedaliere. La normalità anamnestica è riferita, nel 90% dei casi, con due sole parole: "incidente stradale"; la conclusione diagnostica viene considerata in tre parole: "colpo di frusta; l'obiettività clinica è, pressoché normalmente, assente.

In siffatta situazione ambientale e deontologica la pretestazione trova terreno fertile con gli effetti e le conseguenze richiamate dagli esperti medico-legali.

Il rimedio a tale situazione è, però, difficilmente individuabile. Le Società Assicuratrici hanno un solo mezzo per opporsi legalmente a tale andazzo rivendicativo e, per molti aspetti, truffaldino: la collaborazione di fiduciari autenticamente esperti nella disciplina medico-legale e la resistenza giudiziaria.

Purtroppo, in relazione a quanto ci è dato osservare da alcuni decenni, i fiduciari delle assicurazioni non sempre, e non tutti, sono scelti nella categoria di specialisti, e non tutti gli specialisti sono autenticamente tali.

Il secondo motivo è, a nostro avviso, ancora più grave: la nomina dei consulenti tecnici d'ufficio.

E' il pubblico dominio quanto avviene nelle aule giudiziarie a tale riguardo.

Alcuni magistrati concedono incarichi di consulenze a giovani medici appena laureati convinti, come sono, di fare opera di corretto intervento sociale nei riguardi della disoccupazione giovanile. Molto pochi sono i consulenti tecnici nominati dai magistrati i quali conoscono la problematica anatomopatologica e clinica del colpo di frusta ed i conseguenti criteri valutativi del danno. Ciò vale per tutte le altre patologie di natura infortunistica cui sono chiamati a dare il loro testo del Luvoni, Mangili e Bernardi - oggi anche dal recente volume firmato da Bargagna, Casale, Consigliere, Palmieri, Umani Ronchi - dal quale viene recepita soltanto la voce riguardante il danno ed il relativo numero che ne indica la valutazione.

Allorquando si denuncia e si discute sull'anomalo fenomeno medico-legale dell'indennizzo delle piccole permanenti con particolare riferimento al "colpo di frusta", va preso atto, con realismo della situazione dianzi descritta, a nostro avviso, difficilmente modificabile.

L'entrata in funzione del Giudice di Pace, ha ulteriormente accentuato il problema sia per la possibilità di facile soluzione del ricorso giudiziario sia per la

prevalente tendenza di tali operatori del diritto a fare ricorso a collaborazioni professionali spesso discutibili.

"Si deve entrare nell'idea, anche nella sede sindacale, - afferma Introna - che nell'attività pratica medico legale operano migliaia di parassiti i quali non studiano, non vanno a congressi, non si aggiornano e ricevono incarichi medico legali da committenti i quali sono colpiti dall'importanza e dal prestigio della Medicina Legale, ma nulla sanno della capacità tecnica di Tizio e di Caio cui si affidano".

In siffatta situazione obiettiva, difficilmente modificabile e recuperabile stante il clima socio-politico esistente e le ormai perenni carenze gestionali dell'ordine giudiziario, riteniamo che i persistenti richiami che da più parti, con sempre maggiore insistenza, vengono formulati nei riguardi dell'anomalo indennizzo delle piccole invalidità, tra le quali, con elevata incidenza, il cosiddetto "colpo di frusta", non abbiano possibilità di successo. D'altronde cosa è possibile fare? Come ci si deve comportare in casi del genere?

La risposta sarebbe ovvia se tutti gli operatori sanitari, indistintamente, conoscessero ed applicassero le norme deontologiche, così come la convivenza umana sarebbe di gran lunga più accettabile se tutti coloro che si qualificano cristiani conoscessero ed applicassero i dieci comandamenti ed i precetti evangelici.

Molte sono le proptre avanzate per sostenere e ridurre il fenomeno dell'eccessivo indennizzo della patologia, vera o presunta, da colpo di frusta.

Vanno, ovviamente, esclusi dal risarcimento tutti quei casi non sufficientemente documentati o poco attendibili all'attenta osservazione clinico-funzionale, tenendo ben presente che "il sintomo cervicalgia diviene plausibile, e quindi valutabile solo se la distorsione cervicale fu a suo tempo significativa e tale da chiedere un sia pur breve trattamento ortopedico (trazione cervicale per qualche giorno e poi immobilizzazione con collare per una fase successiva, od anche immobilizzazione con collare). Il sintomo, invece, diviene inattendibile, e quindi non valutabile se nessun provvedimento specialistico fu adottato e se l'infortunato si limita a rivolgersi ad un medico generico". (Introna)

Non sempre, però, tale metodologia viene applicata e, soprattutto accettata. Non sempre il Magistrato, influenzato dal proprio tecnico la condivide.

De Luca e Notturmi propongono di limitare l'indennizzo "solo ed unicamente in quei casi che presentino, a distanza di 6-12 mesi dall'incidente, una persistente inversione ed attenuazione della fisiologia lordosi cervicale, associata o meno al peggioramento di una preesistente cervicoartrosi, sempre che si possa confrontare tale radiografia con una precedente al trauma e subito successiva

Farneti e Cattinelli richiamano l'attenzione sulla possibilità che i disturbi soggettivi si attenuino con il passare del tempo.

Posto che la valutazione medico-legale, in caso di piccole lesioni, 'non può essere rimandata per anni ma al più di qualche mese dopo la stabilizzazione clinica, va tenuto presente che i disturbi sogget-

tivi riferiti;' anche in piena buona fede e al di fuori della "cosiddetta sindrome assicurativa", sono destinati ad attenuarsi nel tempo, se non proprio a scomparire, a divenire saltuari sì da incidere progressivamente sempre meno sulla cenestesi del soggetto, sulla sua cosiddetta qualità di vita (Farneti).

Il problema valutativo, come già accennato, è incentrato, sostanzialmente, nei riguardi della sintomatologia, prevalentemente soggettiva.

Se il nesso causale non è contestabile, non può essere contestata od ignorata la sofferenza "soggettiva" riferita dall'infortunato. La sintomatologia, inoltre, è variabile sia come intensità, sia come durata, in relazione al sesso, all'età, ed allo stato anteriore del soggetto colpito.

Sono requisiti che vanno tenuti ben presenti, considerato che le percentuali invalidanti possono diversificarsi da quelle riportate negli usuali trattati a seconda dell'obiettiva condizione anatomofunzionale accertata e documentata.

"Credo si possa dire - afferma Cattinelli - che il danno biologico si identifica con la temporanea o permanente compromissione di uno o più organi o sistemi organo-funzionali dell'organismo e, conseguentemente, con l'adempimento totale o parziale allo svolgimento delle attività connesse alle proprie attitudini di vita, sia a causa delle lesioni riportate, sia altresì del tipo, della durata e delle caratteristiche del conseguente trattamento curativo e/o riabilitativo".

Lo stesso Autore, propone che le con-

sequenze della patologia da colpo di frusta possano essere indennizzate con un "lungo periodo di danno biologico temporaneo parziale che, per i motivi in precedenza sviluppati, sarà indicato nella misura del 15-20 gg."

Tenuto presente che difficilmente il soggetto infortunato è disposto ad attendere per un "lungo periodo" l'indennizzo cui ritiene di avere diritto e che tale "lungo periodo", sia pure indicato nella misura del 25-30 gg., comporta un indennizzo piuttosto elevato, è difficile dedurre la convenienza rispetto alla erogazione, in tempo normale, di un risarcimento calcolato nella percentuale dell'1-2%.

Il contenzioso giudiziario è esasperato e, a conti fatti, sempre gravoso per le Società Assicuratrici, anche se la sentenza è favorevole, in quanto il costo di un processo è sicuramente superiore al risarcimento transattivo di una piccola invalidità.

A livello degli uffici ed ispettorati periferici delle Società si è portati solitamente alla transazione, ma è evidente che ci può concretizzarsi solamente qualora il fiduciario medico proponga una piccola percentuale. Sempre a livello periferico, è difficile osservare l'attività di gruppi operativi costituiti da carrozzieri e meccanici di pochi scrupolo, da squallidi patrocinatori e da prezzolati medici il cui scopo è lucrare sul sinistro (H. Recine, G. Traverso).

Mi rendo conto - scrive Cannavò - che oggi di fronte ad un numero impressionante di denunce di sinistri, sia molto pratico chiudere rapidamente i piccoli danni, sia molto più suggestivo per un assicuratore il non trascinarsi a lungo

un fascicolo, ma sono anche convinto che se non cominciamo a distinguere caso per caso, se finalmente non arriviamo a colpire gli abusi con durezza, ci porteremo sempre dietro questa sensazione di aver dato a chi non aveva titolo e probabilmente di aver tolto qualcosa a chi per contro vantava dei diritti legittimi.

### Conclusioni

a) Nell'ambito della valutazione medico legale e dell'indennizzo delle microlesioni, particolare rilevanza assume il problema diagnostico ed indennitario del cosiddetto "colpo di frusta" sia per la sempre più elevata pretestazione, sia per l'altrettanta frequente superficialità del suo accertamento da parte degli operatori sanitari e medico legali.

b) Nell'ambito della valutazione medico legale di tale patologia va sempre tenuto presente che come indicato dalle ricerche anatomopatologiche di numerosi Autori, la sintomatologia soggettiva riferita dall'infortunato può essere espressione di lesioni importanti, o, addirittura, gravi di una, o più, delle tante strutture anatomiche che configurano l'anatomia del collo. Di qui la necessità e l'obbligo deontologico di accertamento clinico-funzionale della struttura organica interessata dall'evento traumatico.

c) Nell'ambito della valutazione medico legale del danno biologico da colpo di frusta particolare attenzione va posta nella determinazione del nesso causale, alle modalità dell'evento ed alla forza cinetica degli automezzi coinvolti nel denunciato sinistro stradale, nonché alla documentazione sanitaria inerente

agli accertamenti, la diagnosi e la terapia effettuata. Una palese carenza di tali requisiti consente, a priori, la possibilità di obiettiva contestazione del richiesto indennizzo e quello di poter resistere, con probabile successo, in sede giudiziaria.

d) Pur se alcuni Autori sostengono, la sintomatologia da colpo di frusta tende a risolversi spontaneamente, per cui va negato l'indennizzo afferente a danno biologico permanente, noi riteniamo che nei casi non contestati, nei quali il trauma distorsivo rachideo ha avuto un alto indice di lesività, l'anzidetta sintomatologia abbia una durata abbastanza lunga in alcuni casi di nostra osservazione anche dopo tre anni per cui il modesto indennizzo relativo alla piccola entità del danno biologico proposto dalle tabelle attualmente adottate, costituisca il doveroso ristoro per l'incidenza negativa sull'euritmia vitale del soggetto colpito, secondo i criteri indicati dalla Magistratura e dalla nota Sentenza 184/86 promulgata dalla Corte Costituzionale.

e) Il problema dell'indennizzo delle micropermanenti, e del "colpo di frusta" in particolare, è, a nostro avviso, irremovibile finché non verrà presa coscienza della fondamentale importanza dell'autentico specialista medico legale nella diagnosi e valutazione dello stesso e finché il medico (ogni medico!), quale che sia il settore della sua attività, non prenda piena responsabile conoscenza delle norme deontologiche che regolano il suo impegno professionale.

Finché vi saranno medici che antepongono interesse economico e sociale a quello deontologico e che soggiacciono a

direttive ed imposizioni provenienti da soggetti che si avvalgono della loro professionalità per il conseguimento dei risultati non sempre compatibili con la peculiare etica professionale, ogni istanza e sollecitazione, più o meno autorevole, di controllo e moralizzazione riguardante il risarcimento del danno biologico, di qualsiasi natura ed entità, è destinato a rimanere, secondo il nostro modesto parere ed esperienza, nel libro delle pie intenzioni.

## ARTICOLO TRATTO DAL SITO

[www.studiomedico.it](http://www.studiomedico.it)  
[studiomedico@fastnet.it](mailto:studiomedico@fastnet.it)