

DANNO NELL'ANZIANO – METODOLOGIA VALUTATIVA

VECCHI PROBLEMI – NUOVE SOLUZIONI

Premessa

Dal punto di vista geriatrico e socio-economico, l'anziano è definito in termini cronologici estremamente variabili.

Peraltro, è nozione comune che l'età biologica non corrisponde del tutto a quella anagrafica, in quanto possiamo avere degli ottantenni con delle performance professionali da sessantenni e, viceversa, sessantenni che dimostrano biologicamente 80 anni.

Questo è dovuto a vari fattori, tra i quali un vistoso aumento della sopravvivenza media (ISTAT 2015 84,9 anni per le femmine e 80,2 anni per i maschi) e un progressivo alleggerimento delle mansioni lavorative consentendo a persone “anziane” di mantenersi integrati nella vita sociale ed in quella produttiva.

Indagini recenti hanno messo in evidenza una particolare longevità della popolazione italiana (seconda soltanto a quella giapponese): in meno di un secolo l'aspettativa di vita è aumentata di ben 30 anni.

In ambito geriatrico la popolazione anziana è ordinariamente divisa in tre sottogruppi:

- giovani anziani: 65 – 74 anni;
- anziani: 75 – 84 anni;
- grandi vecchi: oltre 85 anni

Valutazione clinico-geriatrica dell'anziano

Dal punto di vista fisio-patologico, la maggiore criticità clinica della popolazione anziana si riassume nella c.d. “**fragilità dell'anziano**”, cioè una particolare vulnerabilità di fronte a fattori patologici o traumatici, anche di lieve portata lesiva, in rapporto al declino organico correlato all'invecchiamento.

Per la valutazione clinica dell'anziano si utilizza una **metodologia multidimensionale** (VMD), in quanto le variabili che condizionano lo stato di salute dell'anziano sono non solo di natura patologica, ma anche di natura psicologica e sociale.

Il paradigma che meglio rappresenta queste variabili è rappresentato dalle “**5 I**”: **I**ntelletto, **I**nstabilità, **I**mmobilità, **I**ncontinenza e rischi **I**atrogeni.

Queste 5 condizioni devono essere tutte prese in considerazione nella valutazione clinica dell'anziano, mediante dei **test** entrati ormai nell'uso comune:

- **MMSE (Mini Mental State Examination)** per la valutazione cognitiva;
- **ADL (Activities of Daily Living)** per la valutazione del grado di difficoltà della persona nell'attendere ad ognuna delle 6 attività previste: fare il bagno, vestirsi, usare la toilette, spostarsi, mantenere la continenza di feci e urine, alimentarsi;
- **IADL (Instrumental Activity Daily Living)** per la valutazione della capacità del soggetto di compiere attività complesse necessarie per il mantenimento dell'indipendenza, mediante l'analisi di 8 item: usare il telefono, fare la spesa, preparare il cibo, governo della casa, fare il bucato, mezzi di trasporto, assunzione di farmaci, uso del danaro
- **GDS (Geriatric Depression Scale)** per la valutazione dell'assetto psicologico;
- **Indice di Barthel** per la valutazione dell'autonomia del soggetto nelle attività del vivere quotidiano, mediante l'analisi di 10 item: alimentazione, abbigliamento, igiene personale, fare il bagno, controllo della defecazione, controllo della minzione, trasferimenti sedia/letto, trasferimenti nel bagno, deambulazione, salire/scendere le scale.

Valutazione medico-legale del danno biologico nell'anziano

La maggiore vulnerabilità e il minore grado di recupero dell'anziano dopo il verificarsi di un evento traumatico o morboso (soggetto "fragile") comporta necessariamente l'applicazione di una specifica metodologia in campo valutativo medico-legale rispetto a quella che viene normalmente utilizzata nella popolazione adulta e giovanile.

Infatti, i valori percentuali dei comuni barèmes medico-legali si riferiscono alle menomazioni di adulti in buona salute e, quindi, in caso di danno permanente in una persona anziana è necessario utilizzare un diverso criterio valutativo.

Peraltro, può essere opportuno precisare che il **danno biologico** consiste nella valutazione del **danno alla persona**, olisticamente considerata nella sua individuale dimensione psico-fisica, costituita dal suo stato di salute al momento dell'illecito, e non già dal danno circoscritto al distretto anatomico-funzionale colpito da tale evento.

Questo concetto è ancora più peculiare nella persona anziana, per cui è assolutamente scorretto limitare la valutazione medico-legale alla sola menomazione distrettuale, senza tenere nel dovuto conto degli effetti che essa determina sull'intera omeostasi somato-psichica di quel determinato soggetto.

E ciò è ancora più valido nel caso di un soggetto affetto da uno “stato di fragilità”, nel quale un trauma, anche di modesta entità, può far precipitare una situazione di salute che sino a quel momento era abbastanza accettabile.

E’ ormai assolutamente assodato per il “**diritto vivente**” che l’obiettivo della valutazione medico-legale deve essere la quantificazione della misura in cui si è permanentemente ridotta la validità che aveva il soggetto leso al momento del sinistro, pur essendo certo che la menomazione finale è stata condizionata dall’incapacità di quel soggetto di reagire alla lesione e recuperare la completa efficienza

In buona sostanza, per **danno biologico** non deve intendersi la semplice diminuzione dell’integrità psico-fisica in sé e per sé considerata ma, piuttosto, le conseguenze della menomazione sul modo di essere di quella persona e delle sue possibilità di realizzazione. In ultima analisi, il danno biologico permanente esprime la misura dell’incapacità del soggetto a fare ciò che faceva precedentemente.

Pertanto, nessun timore e nessuna remora vi deve essere per il medico legale a quantificare nella maniera corretta lesioni, anche non rilevanti o addirittura modeste, che però, agendo in una persona anziana in condizioni di equilibrio precario, ne determinano una condizione menomativa grave, di gran lunga peggiore di quella che le stesse lesioni avrebbero determinato in un soggetto “normale”.

Prendiamo ad esempio una persona anziana, ma totalmente autosufficiente, in grado di circolare per strada in bicicletta, di andare da sola a fare la spesa, che per responsabilità di terzi cade e si frattura un femore, con conseguente prolungato allettamento dal quale il soggetto non riesce più a riprendersi e vede le sue condizioni decadere fino alla perdita totale dell’autonomia, anche per gli atti elementari di vita quotidiana.

Ebbene, poiché il danno biologico, come abbiamo visto prima, deve quantificare la misura in cui si è permanentemente ridotta la validità che aveva il soggetto al momento del sinistro, il medico legale non può e non deve sottrarsi dal valutare un vero e proprio macrodanno.

Corte Costituzionale Sentenza n. 372/1994: *“Ai fini del risarcimento, è sempre necessaria la prova ulteriore dell’entità del danno, ossia la dimostrazione che la lesione ha prodotto una perdita costituita dalla diminuzione o privazione di un valore personale (non patrimoniale), alla quale il risarcimento deve essere (equitativamente) commisurato”.*

Corte di Cassazione Sentenza n. 4491/1996: *“E’ danno biologico risarcibile (inteso come danno-conseguenza rispetto al danno-evento della lesione) la perdita per il danneggiato di utilità dell’esistenza, determinata dalla lesione del bene salute”.*

Cassazione Civile, Sezione III (n. 15991 del 21.07.2011): *“Qualora il danneggiato, prima dell’evento, risulti portatore di una mera predisposizione, ovvero uno stato di vulnerabilità (stati preesistenti non necessariamente patologici o invalidanti) e appaia indimostrabile la circostanza che, a prescindere dalla causa imputabile, la situazione pregressa sarebbe, comunque, anche in assenza dell’evento di danno, risultata modificativa in senso patologico invalidante della situazione del soggetto, il Giudice non procederà ad alcuna diminuzione del quantum debeatur, atteso che un’opposta soluzione condurrebbe ad affermare l’intollerabile principio per cui persone che siano per natura e per vicissitudini di vita più vulnerabili di altre, dovrebbero irragionevolmente appagarsi di una tutela risarcitoria minore rispetto a quella riservata ad altri consociati ..”.*

Cassazione Civile, Sezione Lavoro (n. 26590 del 17.12.2014): *“Il risarcimento del danno deve essere personalizzato, al fine di offrire una risposta adeguata e soddisfacente rispetto alla lesione di beni giuridici preminenti, quali la vita e la salute, e nel raggiungere l’integrale riparazione del danno può discostarsi dalle indicazioni contenute nelle tabelle giudiziali della legislazione in materia”.*

In ambito civilistico, nella valutazione medico-legale di un danno nel soggetto anziano, bisogna far riferimento al concetto di **“normalità individuale”** (propria dell’età), in quanto l’anzianità non costituisce “stato anteriore” necessariamente compromesso. In altre parole, è necessario tenere in debito conto del minor grado di resilienza e di adattabilità della persona anziana rispetto alle variazioni del suo stato psico-fisico conseguente ad un evento traumatico che, in questi casi, può determinare prolungamenti delle cure e conseguenze menomative molto più gravi rispetto ad un soggetto giovane o adulto.

Da qui l’assoluta necessità di un adattamento della criteriologia valutativa che non può limitarsi a quantificare le menomazioni come si sarebbero verificate in una persona giovane o adulta ma deve tener conto delle reali ripercussioni di quelle menomazioni su quel soggetto anziano.

Pensate ad esempio ad un trauma cranico commotivo che in un soggetto giovane porta ad una pressoché *“restitutio ad integrum”* nel giro di qualche mese, mentre in una persona anziana può portare ad una demenza post-traumatica.

Oppure, una frattura di femore che in una persona giovane lascia, in genere, dei lievi danni disfunzionali, mentre nel soggetto anziano può portare alla perdita completa dell'autonomia, facendolo passare da una situazione di deambulazione autonoma ad uno stato in cui necessita di una sedia a rotelle.

Passando all'aspetto pratico, dal punto di vista medico-legale, non sempre è agevole fare questa valutazione in quanto è assolutamente necessario cercare di ricostruire lo “**stato anteriore**” di questa persona anziana prima dell'evento traumatico in oggetto per capire come è cambiata la sua esistenza.

A tal fine, diventano indispensabili:

- le certificazioni mediche o le cartelle cliniche che ci permettano di appurare le reali condizioni psico-fisiche antecedenti all'evento traumatico: quindi le precedenti abilità fisiche e psichiche, le capacità relazionali, gli interessi culturali, etc.;
- l'affiliazione a circoli culturali o sportivi in modo da dimostrare la “vitalità” di questo soggetto;
- le testimonianze di conoscenti;
- la guida di autovettura;
- la dimostrazione di viaggi effettuati;
- etc.

Naturalmente del reperimento di tutti questi elementi se ne dovrebbe occupare preliminarmente l'avvocato di questo soggetto, prima di dare l'incarico allo specialista in Medicina Legale di fare l'accertamento medico-legale con la relativa quantificazione.

Casi clinici

1° caso: sig.ra di 83 anni, investita sulle strisce pedonali; frattura pertrocanterica dx trattata chirurgicamente.

Prima del sinistro: completamente autosufficiente; le era stata rinnovata la patente 3 mesi prima; viveva sola; guidava l'autovettura; andava a fare la spesa; gestiva autonomamente la casa.

Dopo il sinistro: non più autosufficiente; non più deambulazione autonoma, ma possibile per brevi tratti solo con due bastoni canadesi o con deambulatore; ha dovuto abbandonare l'abitazione e vive attualmente in una casa di riposo.

Danno biologico statico (danno base): 10 - 12%.

Danno biologico dinamico (incapacità del soggetto a fare ciò che faceva precedentemente): intorno al 45 -50%.

2° caso: sig. di 72 anni, investito per strada da un camioncino in retromarcia, in contromano; frattura di bacino.

Prima del sinistro: completamente autosufficiente; guidava l'autovettura; andava in bicicletta; faceva lunghe passeggiate; dava una mano al figlio nel panificio di famiglia.

Dopo il sinistro: deambulazione precauzionale con l'uso di un bastone canadese; non guida più l'autovettura; non va più in bicicletta; non può aiutare più il figlio nel panificio.

Danno biologico statico (danno base): 5 - 6%.

Danno biologico dinamico (incapacità del soggetto a fare ciò che faceva precedentemente): intorno al 13 - 15%.

Conclusioni

Per la valutazione del danno nell'anziano è indispensabile seguire un percorso *ad hoc*.

Una volta appurato il nesso causale tra evento traumatico e peggioramento complessivo dello "stato anteriore", ci si deve svincolare dal parametro dei postumi distrettuali catalogati secondo standard tabellari per giungere ad una valutazione che tenga conto della compromissione complessiva dell'autonomia individuale, esprimendo conclusivamente percentuali anche di gran lunga maggiori rispetto ai barèmes di riferimento utilizzabile per la stima del danno distrettuale standard.

Quindi, come si può vedere o immaginare, si tratta di valutazioni molto complesse che non possono essere fatte da un qualunque medico, che può essere bravissimo nella sua branca specialistica, ma che è poco o per nulla competente in ambito valutativo medico-legale.

La valutazione di questi casi complessi deve essere affidata necessariamente a specialisti in Medicina Legale che siano in grado di applicare una corretta criteriologia scientifica di riferimento, per far sì che il soggetto leso abbia il giusto ristoro economico per il reale danno subito.

A molti di voi avvocati sarà capitato di dover tutelare una persona anziana che ha subito un trauma. Sulla base di queste considerazioni, provate a ripensare se quella persona ha avuto un equo risarcimento sulla base dell'effettiva variazione peggiorativa del suo stato anteriore psico-fisico o, se invece, magari, ha avuto solo il risarcimento di un lieve danno distrettuale.

BIBLIOGRAFIA

Medicina e Diritto - Il nuovo danno alla persona – Maggioli Editore 2011

(Autori: M. Barni, M. Bona, F. Buzzi, A. Farneti e altri).

La Responsabilità Civile – La prova del danno biologico – Giuffrè Editore 2014

(Autori: M. Rossetti, G. Cannavò, L. Mancini, L. Mastroberto).

Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni – Linee Guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico – Giuffrè Editore 2016.