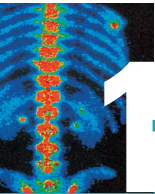


REVISTA PORTUGUESA

do **Dano**

Corporal



17

Nov. 2007 • ANO XVI • N.º 17

Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
al Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal
o Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal Revista Portuguesa do Dano Corporal

APADAC
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE AVALIAÇÃO
DO DANO CORPORAL

INSTITUTO NACIONAL
DE MEDICINA LEGAL, I.P.
DELEGAÇÃO DO CENTRO



REVISTA PORTUGUESA DO DANO CORPORAL

NOVEMBRO 2007, Ano XVI, N.º 17

DIRECTOR:

Duarte Nuno Vieira

DIRECTOR ADJUNTO:

Francisco Corte-Real Gonçalves, Teresa Magalhães

EDIÇÃO:

APADAC – Associação Portuguesa de Avaliação do Dano Corporal

Sede: *Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.*

REDACTOR PRINCIPAL:

Ascensão Rebelo

SECRETÁRIOS DE REDACÇÃO:

Cristina Cordeiro, Rosário Lemos Silva, Susana Tavares

CORPO REDACTORIAL:

Ana Paula Sousa, André Pereira, António Bernardes, António Mestre, Francisco Lucas, Graça Santos Costa, Isabel Antunes, Jerónimo Coelho dos Santos, Luis André Rodrigues, Marta Ferreira, Rita Duarte

CONSELHO CIENTÍFICO:

JURISTAS

António Joaquim Piçarra, Braga Temido, Costa Andrade, Faria Costa, Guilherme de Oliveira, João Rato, Jorge Leite, Maria João Antunes, Maria Manuel Veloso, Pinto Monteiro, Sínde Monteiro, Sousa Dinis

MÉDICOS

Agostinho Santos, Andrea Costanzo, António Carlos Miguéis, António Diogo de Paiva, Aurélio Luna Maldonado, Carlos Oliveira, Carlos Saúca, César Borobia, Claudio Hernández Cueto, Concheiro Carro, Cristina Mendonça, Cunha Vaz, Eduardo Murcia, Eugenio Laborda Calvo, Genival Veloso de França, Giovanni Cannavò, Hélène Huges, Hinojal Fonseca, Ignacio Muñoz Barús, Isabel Pinto Ribeiro, João Bosco Penna, Joaquim Neto Murta, Jorge Costa Santos, Jorge Soares, José António Pereira da Silva, Lesseps Reys, Luis Kvitko, Mamede de Albuquerque, Oliveira Sá, Paolo Arbarello, Pietrantonio Ricci, Pierre Lucas, Teresa Criado del Rio, Teresa Magalhães

Depósito Legal N.º 59744/92 • ISSN 1645-0760 • Tiragem deste número: 1600 ex.

Preço PVP: 5€ (IVA incluído à taxa de 5%)

Execução Gráfica

SerSilito - Maia

Novembro, 2007

Correspondência:

Delegação do Centro do Instituto Nacional de Medicina Legal, I. P.

Largo da Sé Nova – 3000-213 Coimbra – Portugal

Tel.: 239 854230 Fax: 239 820549

INFORMAÇÃO AOS AUTORES

A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* publica artigos dedicados à avaliação e reparação do dano corporal em Português, Espanhol, Francês e Inglês. Também publica notícias e informações relativas a reuniões, cursos de pós-graduação, congressos, colóquios e outras actividades no âmbito da avaliação do dano corporal. Em intercâmbio com a *Revue Française du Dommage Corporel*, publica os resumos dos artigos contidos nessa Revista.

As opiniões emitidas são da inteira responsabilidade do(s) autor(es), assim como o rigor dos textos e respectivos resumos.

TIPO DE ARTIGOS – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* oferece as seguintes hipóteses de publicação:

- A – Artigos de opinião médico-legal e/ou jurídica
- B – Artigos de revisão e investigação
- C – Pareceres no âmbito da avaliação e/ou indemnização
- D – Apresentação de casos periciais

CONDIÇÕES DE ACEITAÇÃO – Os artigos não podem ter sido publicados anteriormente, a não ser que sejam considerados de interesse especial pelo Conselho Redactorial e a sua aceitação depende do parecer dos elementos do Conselho Científico consultados para esse efeito. Devem sempre ser acompanhados de título, resumo e palavras chave em Português, Inglês e Francês.

PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS – Os autores devem enviar os artigos em documento word não protegido por e-mail para arebelo@inml.mj.pt

BIBLIOGRAFIA – As referências bibliográficas serão colocadas por ordem alfabética dos autores (ou para o mesmo autor respeitando a ordem cronológica da publicação). Devem ser seguidos os *National Library of Medicine Recommended Formats for Bibliographic Reference*, de que se apresentam alguns exemplos.

1. Referência a artigos de revista (no caso de mais do que 3 autores, estes devem ser seguidos de et al.)

Lee KY, Bedford CD, Menguy R. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

2. Referência a um livro

Ohlsen MM, Horne AM, Loew CF et al. *Group counseling*. 2nd ed. New York: Rinehart; 1998. 416 p. (Analysis and intervention series; 2).

3. Referência a capítulo de um livro

Anderson C, Robert J. Acute renal failure. In: Braunswald E, Isselbacher K, Petersdorf R, et al., editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 1987. p. 1149-55.

4. Referência a trabalhos em Actas de Congressos

Vivian V. Child abuse and neglect: a medical community response. 1st AMA National Conference on Child Abuse and Neglect; 1984 Mar 30-31; Chicago. Chicago: American Medical Association; 1985. p. 22-25.

5. Referência a artigo de revista online

Friedman SA. Preeclampsia: a review of the role of prostaglandins. *Obstet Gynecol* [documento online] 1988 Jan [actualizado 1990 Nov 26]; 71(2):22-37. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

6. Referência a outros documentos online

Brown SA. The role of prostaglandins. [documento online] 1988 Jan [actualizado 1990 Nov 26]. Disponível em: <http://www.icmje.org/>

SEPARATAS – A *Revista Portuguesa do Dano Corporal* enviará em formato PDF ao primeiro autor o respectivo artigo.

SUMÁRIO

Editorial.	7
<i>Teresa Magalhães</i>	
Breves notas sobre a responsabilidade médica em Portugal	11
<i>A.G. Dias Pereira</i>	
Responsabilità professionale	23
<i>G. Valdè</i>	
A pericia médica no direito do trabalho – Enquadramento juridico . . .	37
<i>C. A. Guiné, P. Roberto, J. E. Almeida</i>	
Aplicación de los tests 16 PF y CAQ a una escala de valoración del daño psicológico	51
<i>J. Gómez Gilabert; R. De Paz Sánchez; M.C. Tejerina Arreal; M.D. Pérez Cárceles; A. Luna Maldonado</i>	
Valutazione medico-legale della fenomenologia neuropsicologica post-traumatica.	79
<i>G. Cannavò, L. Mastroroberto, F. Mela, G. Tucci</i>	
<i>Orohanditeste:</i>	
uma nova metodologia para avaliação do dano orofacial	99
<i>I. Morais Caldas, C. Hammonet, E. Matos, A. Afonso, T. Magalhães</i>	
Intercâmbio.	113

Noticiário.....	131
Lista dos Auditores com aproveitamento no XI Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro – 2007.....	139
Lista dos Auditores com aproveitamento no IV Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Norte – 2007.....	141

O ano de 2007 trouxe consigo importantes novidades em matéria de avaliação e reparação do dano corporal.

A Ordem dos Médicos criou a Competência em “Avaliação do Dano Corporal”, indo ao encontro do que já acontece noutros países, pioneiros nesta matéria, nos quais, reconhecendo-se a complexidade e importância social e legal desta actividade médica, se considera que deve a mesma ser exercida apenas por quem detenha competência reconhecida nesta área. Tal passará, necessariamente, pela aquisição de formação específica e pelo desenvolvimento de competências, através da prática pericial em avaliação do dano corporal. Neste sentido, o *Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático* vê agora reconhecido, pela Ordem dos Médicos, o papel formativo que, desde a sua criação, em 1991 (então designado *Curso de Pós-Graduação sobre Peritagem Médico-Legal no Âmbito da Reparação Civil do Dano Pós-Traumático*), tem vindo a desenvolver junto de muitos dos médicos que actualmente se dedicam a este trabalho.

Em Setembro do presente ano, o Código Penal surgiu revisto, apresentando algumas alterações com implicações médico-legais. Entre elas, destaque-se a questão dos maus tratos. É verdade que se trata de matéria à qual não tem sido dada grande relevância em matéria de dano corporal, uma vez que este assunto é sempre visto mais na perspectiva do Direito Civil e do Trabalho do que na perspectiva penal, talvez porque as questões criminais surgem mais ligadas à actividade do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. e não tanto à actividade seguradora e privada. Note-se, contudo, que também nesta matéria estão em causa danos corporais resultantes de traumatismos, que importa avaliar, e que poderão ser alvo da atribuição de indemnização, nos termos da lei. Por isso, este assunto tem sido também incluído nos programas dos *Cursos de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático*. Nessa perspectiva, fará sentido deixar aqui uma nota sobre as mudanças operadas pelo Código Penal, entre as quais se destaca a divisão do anterior artigo 152.º em dois artigos que classificam os crimes de acordo com o

respectivo contexto em que surgem: na família – recebendo, no artigo 152.º, a designação legal de *violência doméstica* – ou em instituições ou no âmbito de uma relação de cuidado – recebendo, no artigo 152.º-A, a designação legal de *maus tratos*. Não competindo aos peritos médicos pronunciarem-se sobre os tipos de crime em causa na redacção dos seus relatórios, importa estarem contudo atentos a este facto de modo a usarem correctamente e com cautela estes conceitos (*violência doméstica* e *maus tratos*), que têm agora significados distintos e correspondem a tipos legais de crimes. Assinale-se, ainda, que estes crimes, bem como os crimes contra a liberdade sexual (artigos 163.º a 170.º) em menores de idade e os crimes contra a autodeterminação sexual (artigos 171.º a 176.º) – excepção feita ao artigo 173.º – assumem natureza pública, significando isso que os peritos que actuem na qualidade de funcionários ou equiparados (na acepção do artigo 386.º do Código Penal) têm, de acordo com o constante no artigo 242.º do Código do Processo Penal, o dever legal de denunciar ao Ministério Público as situações de que tenham conhecimento no exercício da sua actividade profissional.

Finalmente, e pela primeira vez em Portugal, em Outubro deste mesmo ano foi publicada a *Tabela de Avaliação das Incapacidades em Direito Civil* (Anexo 2 do Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro). Trata-se de uma tabela que vinha sendo estudada por um grupo nomeado já em 2000, pelo então Secretário de Estado da Justiça, Dr. Diogo Lacerda, e que foi concretizada por um grupo constituído por especialistas portugueses (António Amorim, Duarte Nuno Vieira, Jorge Costa Santos e Teresa Magalhães) e espanhóis (Alvarez Quintero, César Boróbia, Eugénio Laborda Calvo e Javier Alonso). O objectivo foi criar uma Tabela Portuguesa, capaz de substituir a Tabela dita do *Concours Médical*, que vinha a ser usada pelo Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., até que a Tabela Europeia entre em vigor nos diversos países da Comunidade. Por isso, houve o cuidado de ter sempre em conta o previsto na actual Tabela Europeia. Também a Tabela Espanhola foi considerada, tendo assumido grande relevância a participação dos especialistas daquele país que trouxeram a sua experiência, de vários anos, com a elaboração e utilização de uma Tabela neste âmbito.

Naturalmente que o trabalho final não resultou perfeito, longe disso, tendo sido até publicadas diversas incorrecções que não constavam do trabalho final e verificando-se certas imprecisões no preâmbulo do Decreto-Lei. Trata-se, contudo, de aspectos que os médicos peritos serão capazes de contornar e relativamente aos quais o Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. e a APADAC poderão emitir esclarecimentos, sendo que é desejável que esta, tal como todas as Tabelas do género, sejam revistas regularmente. O que ressalta como importante nesta publicação é o facto dela, finalmente, vir alertar magistrados, advogados, seguradores e até vítimas de que ao Direito

Civil não se aplicam as normas do Direito do Trabalho, existindo objectivos próprios e metodologias de avaliação médicas que devem ser respeitados, até porque estarão, muito provavelmente, mais próximos daquilo que se deseja para a abordagem destes casos, tanto na perspectiva técnico-científica como legal e social, a nível nacional e europeu. Assinale-se, como positivo, o facto de este Decreto-Lei referir que a Tabela se destina a ser aplicada por médicos com competência nesta matéria.

No mesmo diploma legal foi também publicada a primeira actualização da *Tabela Nacional de Incapacidades para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais* (Anexo 1 do Decreto-Lei nº 352/2007, de 23 de Outubro). Esta actualização não constituiu um avanço de relevo relativamente à versão anterior, mantendo-se a mesma filosofia de avaliação e reparação e persistindo a confusão sobre a metodologia de avaliação com base em alguns critérios, designadamente no que se refere ao Coeficiente de Bonificação, que continua a ser um coeficiente de confusão.

O facto de estas duas Tabelas terem sido publicadas no mesmo diploma tem como desvantagem a dúvida que veio criar em alguns espíritos quanto à aplicação do anexo 1 também ao Direito Civil, no que à determinação da “Incapacidade Permanente Profissional” diz respeito; mas com o tempo, tal questão dissipar-se-á, uma vez que, como é sabido, em sede de Direito Civil tal parâmetro de dano não é avaliado. Tem contudo a vantagem de, ao aproximá-las no mesmo diploma, abrir portas a uma futura unificação das duas Tabelas. Efectivamente, este é um objectivo no qual importa investir e no qual a APADAC deverá apostar pois, de facto, as normas e metodologia de avaliação médico-legal do dano na pessoa aplicam-se igualmente a todos os casos, uma vez que se trata da avaliação médica de pessoas portadoras de sequelas pós-traumáticas, as quais não dependem da sede do Direito em que o caso tem lugar. Assim, no que se refere à “Incapacidade Permanente”, avaliada através de tabelas médicas, não faz sentido, em termos técnico-científicos, que estas tabelas sejam diferentes conforme o contexto legal do caso. O que poderá distinguir as perícias, relativamente ao âmbito do Direito em que se enquadram, serão os diferentes parâmetros de dano considerados em cada caso e as modalidades ou instrumentos de indemnização (eg. tabelas de indemnização ou valor do ponto). Fica, pois, a aguardar-se a publicação em Portugal da Tabela de Indemnizações em Direito Civil.

Breves notas sobre a responsabilidade médica em Portugal

André Gonçalo Dias Pereira¹

1. Introdução

Em Portugal a relação médico-paciente não é regulada por uma lei especial. Os direitos e os deveres dos pacientes encontram-se previstos na Lei de Bases da Saúde (Base XIV da L 48/90, 21/8), no Código Penal e noutros diplomas de direito da saúde² e estão sintetizados na *Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes*, que não tem força vinculativa. O extenso catálogo de direitos fundamentais previstos na Constituição (CRP)³ e a *Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina*,⁴ que é directamente aplicável,⁵ constituem a base do direito médico luso.

¹ Mestre em Direito pela Universidade de Coimbra; Pós-graduado em Direito da Medicina pelo Centro de Direito Biomédico da Universidade de Coimbra; Assistente da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Secretário científico do Centro de Direito Biomédico; Membro do Conselho Nacional de Medicina Legal.

² No plano do direito da saúde material, cf.: a *Lei de Protecção de Dados Pessoais* (L 67/98, 26/10), *Lei da informação genética pessoal e informação de saúde* (L 12/2005, 26/1), *Lei dos Ensaio Clínicos de Medicamentos de uso humano* (L n 46/2004, 19/8), *Lei dos transplantes de órgãos e tecidos* (L 12/93, 22/4), *Lei de Saúde Mental* (L 36/98, 24/7), *Lei da Educação Sexual e Planeamento Familiar* (L n° 3/84, 24/3), *Lei da Procriação medicamente assistida* (L 32/2006, 26/7) e a *Lei da Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez* (L 16/2007, 17/4), o *Código Deontológico da Ordem dos Médicos* e o *Código Deontológico do Enfermeiro* (DL 104/98, 21/4). A L 44/2005, 29/8, *Lei das associações de defesa dos utentes de saúde*, entre outros direitos, confere-lhes *legitimidade processual* para representar interesses colectivos na área do direito da saúde. No âmbito da legislação contra a *discriminação* destaca-se a L 46/2006, 28/8, que *proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde*. Sobre questões organizativas: o *Estatuto do Serviço Nacional de Saúde* (DL 11/93, 15/1), o *Estatuto Hospitalar* (DL 48357, 27/4/1968), o *Estatuto de Médico* (DL 373/79, 8/9), o DL 60/2003, 1/4, que regula os *cuidados de saúde primários* e o DL 280/2003, 8/11, que regula os *cuidados de saúde continuados*.

³ Cf. http://www.parlamento.pt/frances/const_leg/index.html

⁴ Diário da República I – Série A, 3/1/2001.

⁵ O art. 8º, nº 2 da CRP consagra um sistema monista de direito internacional e prescreve a primazia do direito internacional convencional sobre o direito interno. Cf. André PEREIRA,

A responsabilidade médica abrange várias modalidades: civil, penal e disciplinar.⁶ Cingir-nos-emos, neste artigo, à análise da primeira.

O regime da responsabilidade civil em hospitais públicos ou em clínicas ou consultórios privados é diverso. Os *tribunais administrativos*⁷ são competentes para julgar os litígios relativos a *hospitais públicos* e a lei aplicável é o DL 48051, 21/11/1967, relativo à responsabilidade civil extracontratual do Estado e demais pessoas colectivas públicas, visto que a medicina pública é considerada um acto de *gestão pública*.^{8,9} Aqui os profissionais de saúde estão protegidos face a uma acção de responsabilidade civil, visto que, segundo o art. 2º do DL 48051, o hospital responde perante o paciente lesado no caso de o profissional de saúde ter agido com culpa. Em caso de *culpa leve* o profissional de saúde não é chamado a responder. O funcionário só responde, em via de regresso, se tiver agido com *negligência grosseira*, isto é, “com *diligência e zelo manifestamente inferiores* àqueles a que se achavam obrigados em razão do cargo.” Só existe responsabilidade pessoal e directa do médico quando ele tiver actuado com dolo (aqui a administração hospitalar responde solidariamente) ou “quando tiver excedido os limites das suas funções” (art. 3º DL 48051, 21/11/1967). É este o entendimento da doutrina maioritária,¹⁰ que veio a ser acolhido pelo Ac. (Acórdão) do Tribunal Constitucional 5/2005.¹¹

“Country Report Portugal”, J. TAUPITZ (Ed.), *The Convention on Human Rights and Biomedicine of the Council of Europe – A Suitable Model for a World-Wide Regulation?* (2002) 705-738.

⁶ Todos os médicos estão sujeitos à responsabilidade disciplinar junto da Ordem dos Médicos – Cf. Estatuto da Ordem dos Médicos (DL 282/77, 5/7) e o Estatuto disciplinar dos Médicos (DL 217/94, 20/8). Os que forem também funcionários públicos (ou agentes da administração) podem ainda ser arguidos num processo disciplinar na administração pública (Cf. Estatuto disciplinar dos Funcionários e Agentes da Administração (DL 24/84, 15/1).

⁷ Cf. Estatuto dos Tribunais Administrativos e Fiscais (aprovado pela L 13/2002, 19/2, alterada pela L 4-A/2003, 19/2 e pela L 107-D/2003, 31/12)

⁸ Cf. Estatuto do Médico (DL 373/79, art. 8º, nº 3). Na doutrina, *vide* FREITAS DO AMARAL, “Natureza da Responsabilidade Civil por Actos Médicos Praticados em Estabelecimentos de Saúde”, *Direito da Saúde e da Bioética* (1991) 129.

⁹ Portugal, à semelhança da Inglaterra, Escandinávia e Europa do Sul (Itália (1978), Portugal (1979), Grécia (1983), Espanha (1986)) segue o *modelo integrado ou de Beveridge*. Neste modelo o Estado é simultaneamente o proprietário dos equipamentos de saúde, o empregador e o pagador dos profissionais de saúde, o regulador da qualidade e o árbitro no racionamento dos recursos. Cf., sobre esta matéria, Jorge SIMÕES, *Retrato Político da Saúde* (2004).

¹⁰ Cf. SINDE MONTEIRO, “Aspectos Particulares de Responsabilidade Médica”, *Direito da Saúde e da Bioética* (1991) 138-145, Margarida CORTEZ, *Responsabilidade Civil da Administração por Actos Administrativos Ilegais e Concurso de Omissão Culposa do Lesado* (2000) e Ana MONIZ, *Responsabilidade Civil Extracontratual por Danos Resultantes da Prestação de Cuidados de Saúde em Estabelecimentos Públicos: O Acesso à Justiça Administrativa* (2003).

¹¹ Cf. Rafael REIS, “Hípócrates com face de Jano? – notas ao Acórdão do Tribunal Constitucional nº 5/2005, de 5 de Janeiro de 2005”, *Lexmedicinae – Revista Portuguesa de Direito da Medicina* (2005), 3, 139-148.

Por seu turno, no âmbito de uma actuação médica praticada em clínica privada, os *tribunais judiciais* são os competentes e vigoram as normas do Código Civil, incluindo as regras sobre o contrato de prestação de serviços (arts. 1154º ss.¹²).¹³

Distingue-se a responsabilidade civil extracontratual, delitual ou aquiliana, prevista nos arts. 483º ss. e a responsabilidade contratual, negocial ou obrigacional, relativamente à qual se aplicam as normas relativas ao *incumprimento das obrigações* (arts. 798º ss.). Nos arts. 562º ss. (*obrigação de indemnização*) encontramos normas comuns, nomeadamente no que concerne ao nexo de causalidade, cálculo da indemnização e culpa do lesado.

Persistem algumas diferenças entre estas duas formas de responsabilidade, sendo o regime contratual mais favorável ao lesado (credor), no que respeita ao *ónus da prova da culpa*,¹⁴ ao *prazo de prescrição*¹⁵ e quanto à responsabilidade por facto de terceiro.¹⁶

¹² Salvo indicação em contrário os arts. referem-se ao Código Civil.

¹³ Cf. MOITINHO DE ALMEIDA, “A responsabilidade civil do médico e o seu seguro”, *Scientia Juridica* (1972) 327 ss., HENRIQUES GASPAR, “A Responsabilidade Civil do Médico”, *Colecção de Jurisprudência* (1978), 1, 543; PIRES DE LIMA/ ANTUNES VARELA, *Código Civil Anotado*, II, 3ª ed. (1986), ÁLVARO DIAS, *Procriação Assistida e Responsabilidade Médica*, (1996) 222 ss. FERREIRA DE ALMEIDA, “Os Contratos Cíveis de Prestação de Serviço Médico”, *Direito da Saúde e da Bioética* (1996) entende que este contrato, embora não seja um tipo legal (porque não tem regulamentação legal própria), é um *tipo social e nominado*, porque como tal referido na prática e pressuposto em algumas disposições legais, isto é, trata-se de um “*contrato socialmente típico* inserido na categoria ampla de *contratos de prestação de serviço* (art. 1154º)”, onde se incluem prestações de “trabalho intelectual”. Cf. Ac. Relação de Lisboa, 19/4/2005: “3. A responsabilidade civil médica admite ambas as formas de responsabilidade, pois o mesmo facto poderá, ao mesmo tempo, representar a violação de um contrato e um facto ilícito extracontratual. (...) 7. Em regra, a relação entre o médico de clínica privada e o doente que o procura configura uma relação contratual, um contrato de prestação de serviços, ou um contrato médico, pelo que lhe serão aplicáveis as regras da responsabilidade contratual. (...) 9. Na maior parte dos casos, a responsabilidade do médico, exercendo clínica em regime de profissão liberal, é de natureza contratual, sendo tal obrigação de meios e não de resultados.”

¹⁴ Presume-se a culpa do *devedor* (art. 799/1); já o *lesado* tem o ónus da prova da culpa (art. 487/1).

¹⁵ 20 anos na responsabilidade contratual (art. 309) e 3 anos (regra) na delitual (art. 498).

¹⁶ Ao nível contratual, vale o art. 800º (*Actos dos representantes legais ou auxiliares*), no plano aquiliano o art. 500º (*Responsabilidade do comitente*), que exige a prova, para além da culpa do comissário, da relação de comissão e da prática do ilícito no exercício das funções. Por outro lado, a solidariedade passiva vale na responsabilidade delitual (art. 497º), o regime da conjunção vigora responsabilidade contratual.

A possibilidade de *gradação equitativa da indemnização*¹⁷ em caso de mera culpa está reservada à responsabilidade delitual (art. 494^o).¹⁸ Alguma doutrina defende a não ressarcibilidade de *danos não patrimoniais* em sede de responsabilidade contratual (art. 496^o), embora a jurisprudência admita essa compensação.

Perante uma situação que preencha simultaneamente a hipótese de responsabilidade delitual e contratual, a doutrina¹⁹ e a jurisprudência maioritárias aceitam a *teoria do cúmulo* de responsabilidades, isto é, o autor pode invocar simultaneamente normas das duas formas de responsabilidade para fundamentar a sua pretensão indemnizatória (*Anspruchsnormenkonkurrenz*).

Por outro lado, os profissionais de saúde respondem pelos danos que causarem, desde que actuem com culpa (ainda que leve). Se agirem no âmbito de um vínculo com uma clínica privada, no âmbito de um “contrato total”,²⁰ o médico e a clínica serão *solidariamente* responsáveis.

2. Responsabilidade por “erro técnico” ou “má-prática”

Os *requisitos* ou *pressupostos* da responsabilidade são comuns à extracontratual²¹ e contratual: (1) o *facto voluntário* do agente, que se pode traduzir

¹⁷ Cf. art. 10:401 (*Réduction de la réparation*) dos *Principles de droit européen de la responsabilité civile* – EUROPEAN GROUP ON TORT LAW, *Principles of European Tort Law – Text and Commentary* (2005) 208. Este sistema é seguido na Dinamarca, Finlândia, Suécia, Noruega, Polónia, Países Baixos, Espanha, Suíça e também no Brasil.

¹⁸ Art. 494^o (Limitação da indemnização no caso de mera culpa): “Quando a responsabilidade se fundar na mera culpa, poderá a indemnização ser fixada, equitativamente, em montante inferior ao que corresponderia aos danos causados, desde que o grau de culpabilidade do agente, a situação económica deste e do lesado e as demais circunstâncias do caso o justifiquem.”

¹⁹ VAZ SERRA, “Responsabilidade contratual e responsabilidade extracontratual”, *Boletim do Ministério da Justiça*, n^o 85, 208 ss.; RUI de ALARCÃO, *Direito das Obrigações* (1983) 211 ss., FIGUEIREDO DIAS/ SINDE MONTEIRO, *Responsabilidade Médica em Portugal* (1985) 24, PINTO MONTEIRO, *Cláusulas Limitativas e de Exclusão de Responsabilidade Civil* (1985) 400, e SINDE MONTEIRO, *Relatório Sobre o Programa, Conteúdo e Métodos de uma Disciplina de Responsabilidade Civil*, (2001) 8. MOTA PINTO, *Cessão da Posição Contratual* (1982) era favorável à tese da opção. Contra a tese do cúmulo e da opção pronuncia-se ALMEIDA COSTA, *Direito das Obrigações*⁹ (2001) 499 ss.

²⁰ No “contrato total” o paciente contratou com a clínica a prestação dos serviços médicos e os cuidados de internamento hospitalar. No caso de um *contrato dividido*, terá que se interpretar o contrato e discernir quais as prestações pelas quais a clínica é responsável (normalmente o internamento, cuidados de enfermagem, venda de medicamentos e refeições) e as que competem ao médico. Neste caso o médico não age como *auxiliar* da clínica.

²¹ Art. 483^o (Princípio geral): “1. Aquele que, com dolo ou mera culpa, violar ilicitamente o direito de outrem, ou qualquer disposição legal destinada a proteger interesses alheios fica obrigado a indemnizar o lesado pelos danos resultantes da violação.”

numa acção ou omissão;²² (2) a *ilicitude*;²³ (3) o *nexo de imputação*, que abrange a *imputabilidade* e a *culpa* que se subdivide em dolo ou negligência; (4) o *nexo de causalidade*, adoptando-se a *teoria da causalidade adequada* (art. 563º CC)²⁴ e (5) o *dano*, que pode ser de natureza patrimonial ou não patrimonial.²⁵

A *responsabilidade objectiva* só existe em casos excepcionais (art. 483/2 CC). Para além das hipóteses do art. 8º do DL 48051, no âmbito da responsabilidade pelo risco do Estado e outros entes públicos, registam-se os casos de *ensaios clínicos de medicamentos*,²⁶ *doação de órgãos para transplante*,²⁷ utilização de *material radioactivo*²⁸ e a *responsabilidade civil do produtor*.²⁹

O critério de apreciação da culpa está previsto no art. 487º CC³⁰ em termos objectivistas, isto é, segundo a teoria da *culpa em abstracto*³¹ e dentro desta da *culpa como deficiência da conduta*. Ao afirmarmos a culpa como *deficiência da conduta* e não apenas como *deficiência da vontade*, pretendemos incluir na culpa não apenas a falta de cuidado, de zelo, de aplicação (a incúria, o desleixo, a precipitação, a leviandade ou ligeireza), mas também a falta de senso, de perícia ou de aptidão (a incompetência, a incapacidade natural, a inaptidão, a inabilidade). O grau de diligência exigível é a de um homem

²² Ac. STA 9/3/1999: “I – Agem com negligência os serviços de certo Hospital Distrital que tomam a decisão de *não* induzir o trabalho de parto de certa parturiente às 42 semanas, quando o mesmo é recomendado pelo respectivo ginecologista assistente, se aquela decisão não é fundamentada em meios complementares de diagnóstico, que não foram realizados, tratando-se para mais no caso de parturiente com sequelas de poliomielite.”

²³ A *ilicitude* é autónoma face à *culpa*, o que afasta o direito português da tradição do *Code civil* de 1804 e nos aproxima do sistema de responsabilidade civil de Ihering, plasmado no BGB (*Bürgerliches Gesetzbuch*). A *ilicitude* extracontratual consiste na violação de direitos absolutos ou de normas legais de protecção ou ainda no abuso de direito (art. 334º). A *ilicitude* contratual pressupõe a violação dos deveres contratuais.

²⁴ O conceito de “perde de chance”, embora não seja desconhecido, tem sido pouco utilizado na jurisprudência portuguesa. Cf. Ac. Relação de Lisboa 8/7/1999 (*Colectânea de Jurisprudência* (1999), IV, 97-104).

²⁵ Cf. MONTEIRO/ RAMOS/ HÖRSTER: “Landesbericht Portugal”, *Deliktsrecht in Europa*, VON BAR (Hrsg.) (1993) e André PEREIRA, “Portuguese Tort Law: A comparison with the Principles of European Tort Law”, in H. KOZIOL/ B. STEININGER (Eds.), *European Tort Law 2004* (2005).

²⁶ Art. 14º/1, L 46/2004, 19/8.

²⁷ Art. 9º/1, L 12/93, 22/4.

²⁸ Art. 10, DL 348/89, 12/10, art. 3 DL 153/96, 30/8 e o DL 180/2002, 8/8.

²⁹ Art. 1 DL 383/89, 6/11, alterado pelo DL 131/2001, 24/4.

³⁰ Art. 487/1: “A culpa é apreciada, na falta de outro critério legal, pela diligência de um *bom pai de família*, em face das circunstâncias de cada caso.”

³¹ O critério *objectivo* de apreciação da culpa opõe-se ao critério *subjectivo*. O direito português segue assim a orientação dominante na Europa. Cf. P. WIDMER, “Comparative Report on Fault as a Basis of Liability and Criterion for Imputation”, P. WIDMER (Ed.), *Unification of Tort Law: Fault* (2005) 348.

normal, medianamente sagaz, prudente, avisado e cuidadoso: o “*bonus pater familias*.” Este critério traduz-se no domínio em análise como o médico normalmente prudente, diligente, sagaz e cuidadoso, com conhecimentos, capacidade física, intelectual e emocional para desempenhar as funções a que se propõe. Trata-se pois de um padrão de conduta objectivamente determinado, tão exigente quanto o necessário para afastar do ‘mercado’ todos aqueles que não reúnam as condições para o exercício de profissões tão exigentes e complexas quanto as da saúde.³²

Existem *presunções de culpa* na responsabilidade extracontratual:

- Art. 491º: *responsabilidade das pessoas obrigadas à vigilância de outrem*, que assume especial relevância em hospitais psiquiátricos, hospitais pediátricos ou, em geral, quando haja pessoas doentes incapazes de responder pelos seus actos, “*por virtude da incapacidade natural destas*.”³³
 - Art. 492º: danos causados por edifícios ou outras obras e
 - Art. 493º: *danos causados por coisas, animais ou actividades (perigosas)*.³⁴
- A medicina não é, em geral, considerada uma “*actividade perigosa*”, para efeitos do art. 493º/2.³⁵ Todavia, a utilização de instrumentos ou aparelhos médicos, enquanto “*coisas móveis*”, as infecções nosocomiais³⁶ ou quedas no edifício hospitalar,³⁷ enquanto decorrentes “*coisas imóveis*” preenchem as *presunções de culpa* previstas no art. 493º/1.

³² Cf. SINDE MONTEIRO, *Relatório...*, 35 ss..

³³ Ac. Relação de Lisboa 28/1/2003 (*Colectânea de Jurisprudência* (2003), I, 79-86): hospital condenado pelo não cumprimento do *dever de vigilância*, num caso em que um paciente com síndrome de abstinência alcoólica agrediu violentamente outra paciente acamada. “Esta responsabilidade resulta não só da violação do dever de vigilância (do incapaz acidental) mas também decorre do próprio contrato (de internamento e assistência) celebrado com o doente agredido.”

³⁴ Art. 493º: 1. Quem tiver em seu poder coisa móvel ou imóvel, com o dever de a vigiar, e bem assim quem tiver assumido o encargo da vigilância de quaisquer animais, responde pelos danos que a coisa ou os animais causarem, salvo se provar que nenhuma culpa houve da sua parte ou que os danos se teriam igualmente produzido ainda que não houvesse culpa sua. 2. Quem causar danos a outrem no exercício de uma actividade, perigosa por sua própria natureza ou pela natureza dos meios utilizados, é obrigado a repará-los, excepto se mostrar que empregou todas as providências exigidas pelas circunstâncias com o fim de os prevenir.

³⁵ Cf. STJ (Supremo Tribunal de Justiça) 22/5/2003.

³⁶ Cf. Ac. STA (Supremo Tribunal Administrativo) 29/11/2005 (infecção com a bactéria *serratia* no período pós-operatório, ficando o doente cego de um olho).

As *infecções nosocomiais* constituem por todo o mundo uma importante causa de lesões à saúde nos hospitais. Nos Estados Unidos calcula-se que um em cada 10 pacientes (ou seja 10%) adquire uma infecção nosocomial, em França esta taxa varia entre 6,87% e 7,5% e no Reino Unido alcança os 9%. Cf., com outras indicações, Rui Cascão, *Prevention and Compensation of treatment Injury: A Roadmap for Reform* (2005) 20.

³⁷ Ac. Relação de Lisboa 9/5/2002 (*Colectânea de Jurisprudência* (2002) 27, 3, pp. 69-70): “A entidade hospitalar responde pelos danos decorrentes da queda duma utente dos serviços

A doutrina portuguesa acolhe a distinção de Demogue entre *obrigações de meios* e *obrigações de resultado*.³⁸ Com efeito, na actividade médica encontramos, em regra, *obrigações de meios*: o médico não se vincula à obtenção de determinado resultado (a cura), apenas se obriga a empregar a diligência, o cuidado devido, com vista ao tratamento do doente.³⁹ Nas palavras de Gadamer: “O médico sabe-se um simples ajudante da natureza.”⁴⁰ As *obrigações de resultado* apenas ocorrem em casos excepcionais, como, por exemplo, na realização de próteses ou na realização de exames laboratoriais ou de radiologia de rotina.

O médico tem uma obrigação de meios e para podermos assacar um juízo de ilicitude à sua conduta precisamos de comparar a sua acção (ou omissão) com a acção (ou omissão) devida, isto é, esperada pela ordem jurídica. Assim, importa conhecer as regras da profissão, os deveres de conduta profissionais dos médicos, isto é as suas *leges artis*. Este conceito é realçado pelo próprio legislador no art. 150º CP (Código Penal) e o art. 4º da *Convenção da Bio-medicina* veio reforçar o valor jurídico dos “protocolos”, “*guidelines*” e das “reuniões de consenso”. Estes documentos criados pelos médicos contribuem decisivamente para a definição das *regras de conduta*.

O chamado “*soft law*” tem nesta matéria, também, uma grande relevância, nomeadamente as Declarações e Recomendações de Organizações nacionais e internacionais (v.g., a Organização Mundial de Saúde, o Conselho da Europa, a Associação Médica Mundial), os Pareceres das comissões de ética. O *Código Deontológico da Ordem dos Médicos*, não tendo sido aprovado por uma lei,⁴¹ apenas tem valor normativo na medida em que não viole legislação da República.⁴²

Seguindo alguma doutrina europeia,⁴³ entendemos que a violação dos protocolos ou das reuniões de consenso fazem *presumir* uma violação das *leges artis*.

na casa de banho do hospital, aberta ao público, em condições de perigosidade para a integridade física dos utilizadores, por ter o piso molhado.” O tribunal, todavia, ignorou a *presunção de culpa* prevista no art. 493/1.

³⁸ Manuel de ANDRADE, *Teoria Geral das Obrigações*³ (1966) 410-415. Esta distinção é criticada por FERREIRA DE ALMEIDA, *ob. cit.*, 89 e ss.

³⁹ STJ, 11/7/2006: “1 – É de meios, não de resultado, a obrigação a que o cirurgião se vincula perante a doente com quem contrata a realização duma cirurgia à glândula tiróide (tiroidectomia) em determinado hospital. (...)”

⁴⁰ Hans-Georg GADAMER, *Über die Verborgenheit der Gesundheit* (1993).

⁴¹ Ao contrário do que acontece com outros códigos deontológicos, v.g., dos Advogados, dos Médicos Dentistas, dos Enfermeiros, dos Biólogos, etc.

⁴² Guilherme de OLIVEIRA, *Temas de Direito da Medicina*² (2005).

⁴³ Cf. M. FAURE/ T. HARTLIEF, “The Netherlands”, H. KOZIOL/ B. STEININGER (Ed.), *European Tort Law 2001* (2002) 362-363.

Por toda a Europa regista-se uma tendência objectivação da responsabilidade médica. Assiste-se à procura das causas sistémicas dos acidentes médicos na instituição prestadora de cuidados de saúde, na sua organização e estrutura: as *Organizationsverschulden*.⁴⁴ “Tais falhas de organização podem consistir em erros administrativos, em problemas na organização de horários dos profissionais de saúde, na organização e vigilância de instalações e equipamentos, na organização e articulação dos serviços e rotação de profissionais de saúde.”⁴⁵

A jurisprudência portuguesa conhece a figura da *culpa do serviço*, sendo o “*leading case*”, o Ac. 17/6/1997 STA (Supremo Tribunal Administrativo). “A culpa do ente colectivo, como um Hospital, não se esgota na imputação de uma culpa psicológica aos agentes que actuaram em seu nome, porque o facto ilícito que causar certos danos pode resultar de um conjunto, ainda que mal definido, de factores, próprios da desorganização ou falta de controlo, ou da falta de colocação de certos elementos em determinadas funções, ou de outras falhas que se reportam ao serviço como um todo (...) nesse caso, ao lado de uma culpa dos agentes, é possível falar de uma culpa do serviço (...)”.⁴⁶

A responsabilidade objectiva do hospital, prevista no art. 8º DL 48051,⁴⁷ é defendida no caso de contaminações com VIH resultantes de transfusões sanguíneas. “O legislador não fixa aprioristicamente qualquer critério orientador do que deva (...) considerar-se por “serviços, coisas ou actividades excepcionalmente perigosas.”⁴⁸ O Ac. STA, de 1/3/2005, concluiu que o hospital, réu na acção, era responsável, nos termos da responsabilidade pelo risco, pelos danos causados por contaminação pelo VIH na sequência de uma

⁴⁴ Cf. M. GEHRLEIN, *Leitfaden zur Arzthaftpflicht* (2000) 52 e LAUFS/ UHLENBRUCK, *Handbuch des Arztrechts* (2003) 872.

⁴⁵ Rui CASCÃO, “A Responsabilidade Civil e a Segurança Sanitária”, in *Lex Medicinæ – Revista Portuguesa de Direito da Saúde* (2004) 1, 97-106 [101].

⁴⁶ O art. 7º da Proposta de Lei Nº 56/X (*Regime da responsabilidade civil extracontratual do Estado e demais entidades públicas*) prevê a responsabilidade das entidades públicas em caso de *funcionamento anormal do serviço*, o qual ocorre quando, “*atendendo às circunstâncias e a padrões médios de resultado, fosse razoavelmente exigível ao serviço uma actuação susceptível de evitar os danos produzidos.*”

⁴⁷ “O Estado e demais pessoas colectivas públicas respondem pelos *prejuízos especiais e anormais* resultantes do funcionamento de *serviços administrativos excepcionalmente perigosos ou de coisas e actividades da mesma natureza*, salvo se, nos termos gerais, se provar que houve força maior estranha ao funcionamento desses serviços ou ao exercício dessa actividades, ou culpa das vítimas ou de terceiro, sendo neste caso a responsabilidade determinada segundo o grau de culpa de cada um.”

⁴⁸ Parecer do Conselho Consultivo da Procuradoria-Geral da República nº 33/2004, *DR II Série*, nº 222, de 20 de Setembro de 2004.

transusão de sangue: “Em Janeiro de 1994, e face aos meios de despistagem então disponíveis, era actividade excepcionalmente perigosa uma transfusão de concentrado eritrocitário resultante de recolha sanguínea (...).”⁴⁹ O STA condenou o réu Hospital a pagar à autora a quantia de 29.927,87 €, a título de danos não patrimoniais.⁵⁰

3. Responsabilidade civil por violação do consentimento informado

O direito ao consentimento livre e esclarecido está consagrado no direito português. Com enquadramento constitucional – no art. 1º referente ao princípio da dignidade humana, no art. 25º referente ao direito à integridade pessoal e no art. 26º que prevê o direito à reserva da vida privada e familiar – está regulado no Código Penal, onde, após determinar a atipicidade das intervenções médico-cirúrgicas terapêuticas face ao bem jurídico integridade física,⁵¹ está consagrado um tipo legal de crime “Intervenções médico-cirúrgicas arbitrárias”⁵² complementado pelo “Dever de esclarecimento”⁵³ (arts. 156º e 157º CP), que visa proteger o bem jurídico liberdade.⁵⁴ Ao nível do direito civil o

⁴⁹ Interessante notar que o tribunal se apoiou na experiência jurisprudencial francesa.

⁵⁰ Todavia, esta jurisprudência não é unânime. O Ac. STA 15/12/2005 decide um caso de contaminação, em 1986, de um paciente com VIH 2, na sequência de transfusão sanguínea, argumentando que a transfusão de sangue não pode ser qualificada como actividade excepcionalmente perigosa, uma vez que se trata de uma actividade médica corrente. Carla GOMES, “(Ir)responsabilidade do Estado por transfusão de sangue com HIV: a tradição ainda é o que era (?), *Cadernos de Justiça Administrativa* [2006], pp. 57 e ss. critica esta decisão, considerando o caso paralelo da responsabilidade objectiva do Estado em danos produzidos pela vacinação (Cf. GOMES CANOTILHO, *A Responsabilidade do Estado por actos lícitos* (1974)).

⁵¹ Art. 150º/1 CP: “As intervenções e os tratamentos que, segundo o estado dos conhecimentos e da experiência da medicina, se mostrarem indicados e forem levados a cabo, de acordo com as *leges artis*, por um médico ou por outra pessoa legalmente autorizada, com a intenção de prevenir, diagnosticar, debelar ou minorar doença, sofrimento, lesão ou fadiga corporal, ou perturbação mental, não se consideram ofensa à integridade física.”

⁵² Art. 156º CP: “1. As pessoas indicadas no art. 150º que, em vista das finalidades nele apontadas, realizarem intervenções ou tratamentos *sem consentimento do paciente* são punidas com pena de prisão até 3 anos ou com pena de multa.”

⁵³ Art. 157º CP: “Para efeito do disposto no art. anterior, o *consentimento só é eficaz* quando o paciente tiver sido devidamente *esclarecido* sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento, salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de causar grave dano à saúde, física ou psíquica.”

⁵⁴ Para mais desenvolvimentos, vide SINDE MONTEIRO/ André PEREIRA, “Landesbericht Portugal”, J. TAUPITZ (Ed.), *Regulations of Civil Law to Safeguard the Autonomy of Patients at the End of Their Life – An International Documentation* (2000) 819-865.

art. 70º CC prevê o direito geral de personalidade, no qual se inclui o direito ao consentimento. Todavia, a jurisprudência portuguesa ainda quase não se confrontou com este ramo da responsabilidade médica.⁵⁵

Os bens jurídicos protegidos pelo consentimento informado são, ao nível do direito civil, para além do *direito de autodeterminação nos cuidados de saúde*, a *integridade física e moral* da pessoa humana. Serão assim ressarcíveis, não só os danos não patrimoniais causados pela violação do seu direito à autodeterminação e à liberdade, mas também por violação da sua *integridade física* (e, eventualmente, da *vida*), bem como os danos patrimoniais derivados do agravamento do estado de saúde. O consentimento informado para intervenções médicas é uma *causa de justificação da ilicitude*, deve respeitar a ordem pública e os bons costumes (arts. 81º e 340º).

Reconhece-se um *direito à recusa de tratamentos médicos*, mesmo que esta surja como irrazoável. Este direito funda-se na *liberdade de consciência* e de *religião* (art. 41º/1 CRP) e no *direito à integridade física e moral* (art. 25º/1 CRP).⁵⁶

O consentimento para ser válido deverá ser prestado por uma pessoa capaz, com total liberdade (isto é, isenta de coacção) e devidamente esclarecida. Segundo alguma doutrina,⁵⁷ o *onus probandi* do cumprimento do dever de informar e do dever de obter o consentimento recai sobre o réu (o médico). Esta tese é, todavia, ainda controversa e não recolhe a unanimidade dos autores.⁵⁸

O dever de informar impende sobre o médico, sendo possível a delegação de certas competências a um *assistente*. O consentimento válido amplia-se a *todas as pessoas da equipa*. O médico não pode delegar a tarefa de esclarecer em pessoal paramédico (nomeadamente os *enfermeiros*); estes apenas devem dar informação relativa aos actos do seu âmbito de competência.

A *finalidade* fundamental do esclarecimento deve ser a de permitir que o paciente, com base no seu sistema de valores, possa determinar se deseja ou não consentir na intervenção que lhe é proposta.

Nos termos do art. 157 CP: “o consentimento só é eficaz quando o paciente tiver sido devidamente *esclarecido* sobre o diagnóstico e a índole, alcance, envergadura e possíveis consequências da intervenção ou do tratamento.” A Lei de Bases da Saúde dispõe: “o utente tem o direito de: b) *Decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta*, salvo disposição

⁵⁵ Cf. Ac. da Relação de Lisboa 29/6/2006.

⁵⁶ Cf. André PEREIRA, “Advanced Directives: Binding or Merely Indicative?”, *Book of Proceedings of the XIVth World Congress on Medical Law*, Vol. 2, Toulouse, August 2006, 1151 ss.

⁵⁷ André PEREIRA, *O Consentimento Informado na Relação Médico-Paciente. Estudo de Direito Civil* (2004) 187 e ss.

⁵⁸ Cf. J. VAZ RODRIGUES, *O Consentimento Informado para o Acto Médico no Ordenamento Jurídico Português (Elementos para o Estudo da Manifestação da Vontade do Paciente)* (2001) 432.

especial da lei; e) *Ser informados sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.*” O critério para aferir da adequação e suficiência da informação revelada para fins de autodeterminação deve ser o *padrão do paciente concreto*.

O dever de informar conhece um pequeno número de excepções, destacando-se: o *direito a não saber*;⁵⁹; e o *privilégio terapêutico*.⁶⁰

Quanto ao consentimento, propriamente dito, vigora o princípio da *liberdade declarativa* e o princípio da *liberdade de forma*. Assim, o consentimento tanto pode ser *expresso* como *tácito*. Contudo, por vezes a lei exige o *consentimento expresso* e, embora a regra seja a da oralidade, existem algumas intervenções médicas para as quais a lei impõe certa *forma*.⁶¹

O consentimento do paciente deve ser prestado antes do acto médico que se pretende levar a cabo e deve subsistir durante todo o tratamento. A informação deve ser fornecida ao paciente com o *tempo* suficiente para que este possa reflectir sobre a sua decisão, de modo que a decisão seja adoptada com a necessária serenidade. Por vezes a lei exige o respeito por determinado *prazo de reflexão* (v.g., no caso da interrupção voluntária da gravidez).

O *consentimento presumido*⁶² é importante para os casos em que o paciente está *inconsciente* ou por outra razão *incapaz de consentir* e não está representado por um representante legal, sendo a *intervenção urgente*,⁶³ ou no caso de *alargamento do âmbito da operação*. A vontade hipotética que se busca respeitar é a vontade do paciente e não do representante, por isso não se deve considerar o consentimento presumido como um instituto da representação.

⁵⁹ Art. 10º/2 Convenção de Oviedo: “(...) Todavia, a vontade expressa por uma pessoa de não ser informada deve ser respeitada.”

⁶⁰ Art. 157º CP: “salvo se isso implicar a comunicação de circunstâncias que, a serem conhecidas pelo paciente, poriam em perigo a sua vida ou seriam susceptíveis de causar grave dano à saúde, física ou psíquica.”

⁶¹ Assim acontece em matéria de: *interrupção voluntária da gravidez, esterilização, diagnóstico pré-natal, testes genéticos*, algumas intervenções no âmbito da saúde mental (electroconvulsoterapia e intervenções psicocirúrgicas), no domínio dos *ensaios clínicos em seres humanos, procriação assistida, transplantações entre vivos*.

⁶² Cf. arts. 156/2 CP: “O facto não é punível quando o consentimento: a) Só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a vida ou perigo grave para o corpo ou para a saúde; ou b) Tiver sido dado para certa intervenção ou tratamento, tendo vindo a realizar-se outro diferente por se ter revelado imposto pelo estado dos conhecimentos e da experiência da medicina como meio para evitar um perigo para a vida, o corpo ou a saúde; e não se verificarem circunstâncias que permitam concluir com segurança que o consentimento seria recusado.”

⁶³ Cf. art. 8º Convenção de Oviedo (*Situações de urgência*): “Sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não puder ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável em benefício da saúde da pessoa em causa.”

Conclusão

O direito português acompanha as grandes linhas da responsabilidade médica na Europa. Todavia, a jurisprudência ainda não está consolidada, especialmente em áreas como o consentimento informado e a responsabilidade pelo risco dos hospitais públicos.

Embora o número de queixas e acções tenha vindo a aumentar substancialmente, são poucos os lesados que conseguem ver ressarcidos os seus danos. Por outro lado, a possibilidade de criação de um sistema alternativo de compensação de danos médicos,⁶⁴ embora seja defendida por alguns autores, está longe de ser uma prioridade de política legislativa.

Resumo: Breves notas sobre a responsabilidade médica em Portugal

Neste estudo apresentam-se, de forma sintética, as principais normas e a mais relevante jurisprudência no domínio da responsabilidade médica em Portugal, percorrendo vários temas como a “má-prática”, a culpa do serviço, a distinção entre obrigações de meios e obrigações de resultado e a teoria do consentimento informado.

Palavras-chave: Responsabilidade civil extracontratual e contratual; “erro técnico”; “má-prática”; culpa do serviço; obrigações de meios e obrigações de resultado; consentimento informado.

Summary: Brief notes concerning medical liability in Portugal

This study presents the main norms and leading case law concerning medical liability in Portugal. Several issues are briefly analysed such as medical malpractice, organizational fault, the distinction between obligations of means and obligations of result and the theory of informed consent.

Key-words: Tort liability and contractual liability; medical malpractice; organizational fault; obligations of means and obligations of result; informed consent.

Résumé: Bref aperçu sur la responsabilité médicale au Portugal

Cette étude vise à présenter d’une façon synthétique les normes et la jurisprudence concernant la responsabilité médicale au Portugal. Plusieurs sujets sont analysés, comme «l’erreur médical», la faute du service, la distinction entre obligations de moyens et obligations de résultat et la théorie du consentement éclairé.

Mots-clés: Responsabilité civile extracontractuelle et contractuelle; “erreur médical”; faute du service; obligations de moyens et obligations de résultat; consentement éclairé.

Pedido de separatas

ANDRÉ GONÇALO DIAS PEREIRA

andreper@fd.uc.pt

⁶⁴ Cf., sobre esta matéria, J. DUTE/ M. FAURE / H. KOZIOL (eds.), *No-Fault Compensation in the Health Care Sector* (2004).

Responsabilità professionale¹

G. Valdè²

Il presente lavoro riguarda una casistica personale inerente la responsabilità professionale in ambito oculistico che va dal 1994 al 2006.

Mi preme sottolineare come, in questo particolare settore, risulti indispensabile una stretta collaborazione fra Oculista e Medico Legale.

Un Oculista non dovrebbe mai avventurarsi da solo in una pratica di responsabilità professionale.

Ho analizzato 390 casi (fig.1).

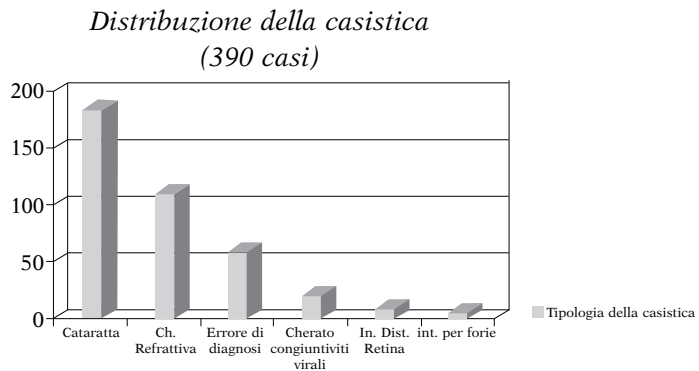


Fig. 1

Di questi il 70% sono stati esaminati su incarico delle Compagnie, mentre il restante 30% è di “parte”, ma, mentre per le Compagnie ho dovuto effettuare sempre una relazione, in quelli “di parte” non figurano tutti i casi nei quali, non ravvisando gli estremi di una responsabilità professionale, non ho effettuato la relazione (circa 30-40 casi inerenti principalmente la chirurgia refrattiva).

¹ Trabalho apresentado no VIII Curso de Qualificação ed Aggiornamento in Medicina Assicurativa ed Oftalmologia Legale, que decorreu em Bolonha, Itália, em 15 e 16 de Dezembro de 2006, também publicado na revista Tagete 2007; 13 (3).

² Especialista em Oftalmologia, Bologna, Itália

La distribuzione della casistica comprende:

- n. 183 casi inerenti alla chirurgia della cataratta;
- n. 110 casi inerenti alla chirurgia refrattiva;
- n. 57 casi dovuti a errore e/o mancata diagnosi e/o terapia;
- n. 40 casi “vari” comprendenti principalmente 21 casi di gravi cherato-congiuntiviti virali, 8 casi dovuti ad intervento per distacco di retina, 5 casi di diplopia in seguito ad interventi per forie e 4 casi di attacco di glaucoma in seguito alla somministrazione di collirio midriatico.

Cataratta

183 casi (47%) concernono la chirurgia della cataratta.

Di questi, 91 casi, elencati nella figura 2, riguardano la rottura della capsula posteriore; oltre a ciò sono stati riscontrati 36 casi di endoftalmiti, 11 casi di emorragia espulsiva, 12 casi di perforazione del bulbo, 10 casi di edema corneale, 19 casi di inserimento di IOL di potere sbagliato e 4 di IOL multifocale senza adeguato consenso.

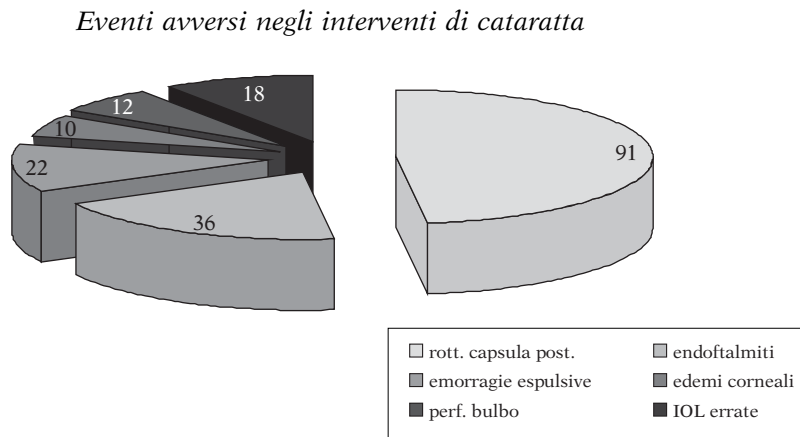


Fig. 2

Come riferito, la rottura della capsula posteriore ha rappresentato la complicanza più frequente, sicuramente in diminuzione rispetto a 5-10 anni fa quando veniva segnalata con un'incidenza compresa fra il 5 e il 10% degli interventi.; attualmente, a seconda delle casistiche, ha un'incidenza compresa fra 1 e 3% che negli ultimi anni appare stabile.

Si tratta di una tipica complicanza di questo tipo di chirurgia ed è strettamente legata alla manualità dell'operatore.

A eseguito della sua comparsa possono verificarsene “a cascata” delle altre con gravissimi esiti funzionali.

Gli oculisti con maggior esperienza hanno un'incidenza di rottura della capsula posteriore sensibilmente inferiore; a conferma di ciò, nella mia casistica, la maggior parte delle rotture della capsula posteriore è avvenuta sempre nei medesimi centri.

Un concetto estremamente importante riguarda il fatto che la comparsa di una rottura della capsula posteriore non deve generare automaticamente una responsabilità professionale; quest'ultima dipende da come viene “gestita” la complicanza, dalla corretta e completa compilazione della cartella clinica e dal consenso.

Mi riferisco quindi al chirurgo che, dopo l'avvenuta rottura della capsula, cerca di completare comunque l'intervento senza aspirare delle masse catarattose residue, non esegue una vitrectomia, non ricostruisce la camera anteriore o cerca a tutti i costi d'inserire la IOL.

In questi casi il chirurgo deve saper interrompere l'intervento e rivolgersi ad un collega più esperto per una migliore gestione della complicanza.

Un altro elemento molto importante, ai fini di un'eventuale responsabilità professionale, riguarda la corretta e completa compilazione della cartella clinica nella quale deve chiaramente risultare l'avvenuta complicanza, il visus pre e post operatorio, l'obiettività pre e post operatoria e il consenso compilato e proposto al paziente in maniera corretta.

Se nell'obiettività pre-operatoria sono presenti situazioni anatomiche (per esempio una camera anteriore bassa) o patologiche (per esempio una cornea guttata) che possono rendere più probabile la rottura della capsula posteriore devono essere chiaramente riportate in cartella clinica e nel consenso, poiché possono contribuire alla difesa del chirurgo.

Quindi la rottura della capsula posteriore non genera automaticamente una responsabilità professionale, ma quest'ultima, come illustra la figura 3, avviene solo dopo averla analizzata sotto molteplici aspetti (gestione della complicanza, cartella clinica e consenso).

Eventi avversi nella chirurgia della cataratta

*Rottura della capsula posteriore
(91 casi)*

*L'esistenza di una responsabilità va valutata da caso a caso.
I motivi che posso non generare responsabilità sono:*

- ↳ *Gestione non corretta della omplicanza*
- ↳ *Incompleta/errata compilazione cartella*
- ↳ *Esperienza consolidata del chirurgo*
- ↳ *Rapporto preoperatorio/consenso*

Fig. 3

Per quanto concerne i 36 casi di endoftalmite (evenienza che in Letteratura viene segnalata con una frequenza inferiore allo 0,5%) va segnalato che la responsabilità professionale è apparsa certa solo quando si sono verificati almeno due casi nell'ambito della stessa seduta operatoria (6 casi nell'ambito di tre sedute operatorie), altrimenti il caso va valutato sotto molteplici aspetti:

– il tempo trascorso dall'intervento alla diagnosi dell'endoftalmite.

Se quest'ultimo risulta inferiore ai 5-6 giorni, risulta molto probabile che la contaminazione sia avvenuta in sala operatoria; tempi più lunghi possono far supporre che la contaminazione sia avvenuta successivamente per non aver rispettato le comuni norme igieniche.

– la corretta e completa compilazione della cartella clinica, in particolare le terapie locali e generali e l'avvenuta disinfezione dell'area chirurgica.

Nella mia casistica l'individuazione del germe responsabile dell'infezione non ha mai contribuito in maniera significativa a definire l'eventuale esistenza di una responsabilità professionale.

La causa di ciò risiede probabilmente nel fatto che il germe responsabile di oltre il 70% dell'endoftalmiti post-chirurgiche è lo stafilococco epidermidis che risulta presente sia nelle forma acute, sia in quelle più tardive (oltre i 5-6 giorni).

Va comunque rilevato che vi sono delle infezioni dovute allo stafilococco aureus, viridans e faecalis che risultano tipicamente responsabili delle forme acute, mentre, per esempio, il Propionibacterium acnes e la Candida delle forme tardive.

Quindi la ricerca del germe responsabile dell'infezione, quando risulta individuabile, in alcuni casi, può essere utile anche per individuare un'eventuale responsabilità professionale.

Vi sono pareri discordanti sul fatto che l'apposizione del punto corneale alla fine dell'intervento possa ridurre l'incidenza dell'endoftalmiti; oggi, orientati sempre di più verso una chirurgia non invasiva, si cerca di non darlo.

A mio avviso, in pazienti a rischio (monocoli, diabetici, immunodepressi), dovrebbe essere buona norma applicarlo.

In tali pazienti e solo in questi può sussistere l'indicazione ad una profilassi antibiotica generale.

Ai fini Medico Legali di valutazione del danno risulta importantissimo se la responsabilità professionale viene attribuita alla comparsa dell'endoftealmite o se invece ad un ritardo di diagnosi e/o a una non corretta gestione della medesima; infatti in tale seconda eventualità il danno da valutare sarà riferito al visus che statisticamente sarebbe potuto residuare (1-2/10).

I 22 casi di emorragia espulsiva non hanno mai generato una responsabilità professionale, in quanto si è sempre trattato di una complicanza imprevedibile e in tutti i casi il chirurgo aveva saputo interrompere prontamente l'intervento e le cartelle cliniche erano correttamente compilate.

Nei 10 casi di edema corneale (senza rottura della capsula posteriore e senza altre complicanze) si è ravvisata la responsabilità professionale nel non aver eseguito pre-operatoriamente la conta delle cellule endoteliali in pazienti nei quali veniva segnalata in cartella clinica una distrofia endoteliale o, a maggior ragione, se quest'ultima non riportata in cartella clinica.

In tale eventualità da un lato il paziente avrebbe potuto decidere di non operarsi e di rimanere con la cataratta, dall'altro il chirurgo avrebbe potuto adottare tutte le precauzioni necessarie per la "salvaguardia" dell'endotelio.

I 12 casi di perforazione del bulbo, avvenuti durante l'anestesia locale, aprono la discussione su chi deve effettuarla: l'oculista o l'anestesista.

L'Oculista può effettuare l'anestesia anche in assenza dell'anestesista, ma nell'eventualità che subentrino delle complicanze inerenti all'anestesia (sia intra operatorie sia successive) risponde di imprudenza.

Le conseguenze (fig. 4) sono state:

5 casi di atrofia ottica, 6 casi di distacco di retina e 1 di corioide.

Eventi avversi nella chirurgia della cataratta

*Perforazione del bulbo
(12 casi)*

*La responsabilità è stata riconosciuta col
criterio della "res ipsa loquitur".
Conseguenze: 5 atrofie ottiche;
6 distacchi di retina; 1 distacco di corioide*

Fig. 4

I 18 casi di IOL di potere sbagliato sono stati presi in considerazione solo quando si è venuta a creare una condizione rifrattiva tale da rendere intollerabile la nuova correzione.

Da notare che 5 di questi casi erano precedentemente stati operati di chirurgia refrattiva (PRK); in tale condizione risulta indispensabile una corretta compilazione della cartella clinica e un'informazione al paziente riguardante le maggiori possibilità di errore.

Da notare che, nei prossimi anni, si verificherà un incremento di tali casi dal momento che le metodiche per il calcolo della IOL in tali pazienti risulta ancora impreciso.

Anche i 4 casi di IOL multifocali, che generarono uno scarso visus sia da lontano sia da vicino, necessitavano di un'informazione particolarmente accurata che non era stata data.

Chirurgia refrattiva

I 110 casi (28%) di chirurgia refrattiva risultano dovuti ad interventi di PRK- LASIK (100 casi) e di cheratotomia radiale (10 casi risalenti al periodo 1994-1998).

A questi, come già riferito, vanno aggiunti circa altri 30 casi (di parte) nei quali non ho ravvisato gli estremi della responsabilità professionale, per cui non ho effettuato la relazione.

In 80 dei 100 casi di PRK-LASIK si tratta di pazienti i quali, in seguito all'intervento, hanno peggiorato la propria funzionalità visiva.

Nei restanti 20 casi il risultato è stato solo parziale con un errore refrattivo superiore al 15% del difetto d'origine o con una promessa di un risultato nettamente migliore.

Negli ultimi anni il numero d'interventi di chirurgia refrattiva è sicuramente diminuito.

La causa di tale fenomeno va ricercata in problemi di origine economica e negli effetti di alcune trasmissioni televisive nelle quali fu presa di mira proprio la chirurgia refrattiva.

A seguito di tali trasmissioni il Dott. Costantino Bianchi scrisse un articolo che, a mio avviso, rifletteva saggiamente, la situazione che si era venuta a creare:

“tutti si guardino allo specchio e si diano una regolata: gli oculisti smettendo di promettere i miracoli, i pazienti smettendo di pretendere sia i miracoli sia i grandi risarcimenti e infine i giornalisti i quali, diffondendo notizie poco attendibili, hanno il potere di portare alle stelle una persona ma anche di farla piombare nella più nera disperazione”.

In questi anni, parlando di chirurgia refrattiva, ai fini dell'eventuale obbligo di risultati, si è dibattuto se doveva essere intesa una chirurgia funzionale o estetica.

Attualmente il problema sembra superato poiché la dicotomia garanzia di mezzi o garanzia di risultati si basa essenzialmente sul tipo di consenso ottenuto.

Il punto nodale è quindi rappresentato dal tipo d'informazione che viene data al paziente.

Sono quindi le promesse che gli vengono fatte che porteranno poi a giudicare se il risultato ottenuto sia o meno confacente ad esse.

Quindi il chirurgo deve appurare che il paziente abbia perfettamente compreso il tipo d'informazione che gli è stata data nei giorni precedenti all'intervento.

Una recente pubblicazione su *Ophthalmology* riporta alcuni dati statistici sulle cause per responsabilità professionale coinvolgenti i chirurghi refrattivi.

Si può notare che la più alta percentuale di cause avviene a carico di quelli che effettuano tra i 300 e i 1000 interventi all'anno (30%) rispetto a quelli che ne effettuano tra i 100 e i 300 (19%), che la percentuale di chirurghi maschi è nettamente più colpita rispetto alle donne e che quelli con forte impatto commerciale, mediante pubblicizzazione della loro attività, sono nettamente più perseguitati.

Il paziente insoddisfatto riferisce che l'intervento gli è stato proposto come semplice e sicuro, che avrebbe abbandonato l'uso degli occhiali, che il consenso gli è stato fatto firmare pochi minuti prima dell'intervento e che i controlli effettuati nei giorni successivi all'intervento, a fronte delle sue lamentele, sono stati effettuati da dei collaboratori e che lui non si è più fatto vedere.

Spesso il chirurgo crede che aver fatto firmare un consenso informato rappresenti una liberatoria per qualsiasi cosa accada e che il non vedere più il paziente possa miracolosamente farlo sparire dalla propria vita professionale.

La formula "risultati certi con chirurgia di facile esecuzione" è quanto di più dannoso ci possa essere in tema di responsabilità professionale per il chirurgo refrattivo.

Riveste molta importanza la ricerca di tutte le controindicazioni all'intervento:

1. pregresse cheratouveiti, in particolare quelle di natura erpetica;
2. marcate alterazioni quali e quantitative del film lacrimale;
3. alterazioni della motilità oculare (strabismi latenti o manifesti);
4. glaucoma latente o manifesto (in particolare vanno ricercati i pazienti "cortico-responder" a causa della terapia post-operatoria);

5. marcate lesioni regmatogene della retina periferica;
6. alterazioni psico neurogene;

Inoltre:

Evitare i pazienti affetti da “sindromi perfezionistiche”

Far vedere al paziente con la montatura di prova come potrebbe risultare un'eventuale ipocorrezione, probabile esito finale dell'intervento.

Particolare importanza all'anamnesi, in particolare se affetto da malattie generali che possano alterare i normali processi di cicatrizzazione (per es. il morbo di Chron) e sull'uso di eventuali farmaci che possano causare dilatazione della pupilla a causa dei quali la visione notturna potrebbe risultare molto difficoltosa. Risulta indispensabile l'esecuzione di una pupillometria in varie condizioni di luce.

Far sospendere l'eventuale uso delle lenti a contatto un mese prima dell'intervento nel caso di lenti morbide e, nel caso di lenti semirigide, fino a quando la topografia corneale non risulti stabilizzata (due topografie sovrapponibili a distanza di un mese).

In alcuni pazienti, portatori di lenti a contatto rigide o semirigide da più di 10 anni può essere necessario anche un anno; non bisogna aver paura di perdere il paziente che non sa attendere tale lungo periodo.

Spesso dei risultati imprecisi sono dovuti al mancato rispetto di tali procedure.

Per quanto concerne l'aberrometria (recente metodica che valuta la qualità della visione) va rilevato che si sta diffondendo anche in Medicina Legale Oculistica per evidenziare e giustificare dei disturbi nella visione insorti dopo l'intervento a fronte di una buona acuità visiva.

Dal momento che tale metodica valuta le aberrazioni di tutto il diotetro oculare (salvo gli strumenti di ultimissima generazione che riescono a prendere in considerazione solo la cornea), non ha senso portare a prova di un danno un accertamento senza potere documentare, con la medesima metodica, la situazione pre-intervento.

E' stata individuato il minimo spessore corneale per non incorrere nel rischio di comparsa di un'ectasia corneale.

Al di sopra di 400 micron è ritenuta una zona di sicurezza, fra 400 e i 350 micron è ritenuta una zona boderline, al disotto dei 350 micron rappresenta un'imprudenza, per cui bisogna fare molta attenzione allo spessore originario e all'entità della miopia da correggere, in particolare molta attenzione nei reinterventi.

Come già affermato nella chirurgia della cataratta anche in questo settore riveste molta importanza la corretta e completa compilazione della cartella clinica con tutti gli esami pre-operatori, l'anamnesi e il visus.

La principale causa di errore è il decentramento, rilevabile con la topografia corneale, dovuto ad un malposizionamento del paziente e/o all'esperienza del chirurgo.

Quattro casi di responsabilità sono stati attribuiti a non aver effettuato pre-operatoriamente una visita ortottica che avrebbe potuto far prevedere il rischio di una diplopia insorta dopo l'intervento; ovviamente l'effettuazione di tale visita va riportata nella cartella clinica.

Dal punto di vista Medico Legale un risultato parziale (per es. una lieve ipocorrezione) può generare una responsabilità solo se il paziente può dimostrare che erano stati promessi dei risultati migliori, al contrario un errore di correzione superiore al 15% (proposta dalla SIOL) del difetto di origine o una diminuzione dell'acuità visiva corretta o della funzionalità visiva globale rappresentano sempre una possibile responsabilità.

In ultimo una particolare informazione va fornita sulle possibili metodiche chirurgiche (in particolare in questo settore PRK e LASIK), sui vantaggi e svantaggi di ciascuna e quale metodica risulta preferita dal chirurgo al quale il paziente si è rivolto

Un caso particolare giunto alla mia osservazione è quello di una ragazza di 28 anni, alla quale, in seguito all'intervento, era residuo un astigmatismo di 2,5 diottrie; il chirurgo ha ripetutamente sostenuto che era diventata normale per cui non aveva più bisogno di occhiali.

In seguito all'intervento la p. ha iniziato ad avvertire una marcata cefalea per cui, escludendo la causa oculistica, ha iniziato ad effettuare numerose visite Neurologiche, ORL ed accertamenti neuroradiologici (RX, TAC e duplice RMN), ovviamente tutte negative, finché un altro Oculista le ha fatto rilevare che era residuo un astigmatismo che necessitava di essere corretto.

Dopo aver ripreso l'uso degli occhiali la sintomatologia è immediatamente scomparsa.

Errore e/o mancata diagnosi e/o terapia

Si tratta di 57 casi che rappresentano il 15% della intera casistica (fig. 5):

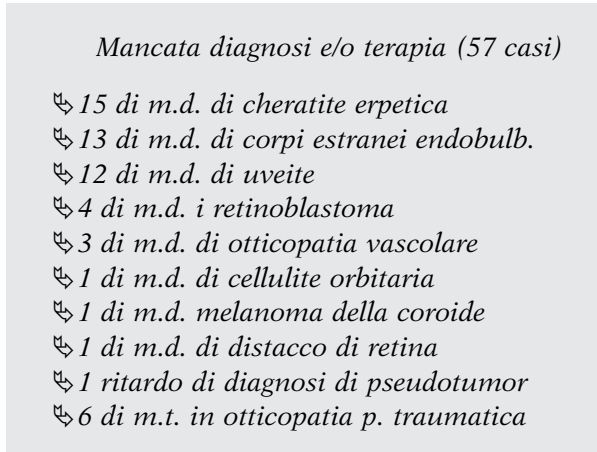


Fig. 5

Particolarmente interessanti sono i casi di otticopatìa post-traumatica e il ritardo di diagnosi di uno pseudotumor.

Per quanto concerne i casi di otticopatìa post-traumatica in Letteratura risulta che non esistono differenze significative tra praticare una massiccia terapia cortisonica, un intervento neurochirurgico di decompressione o non effettuare alcuna terapia.

A mio avviso quest'ultima eventualità va chiaramente discussa con il paziente il quale deve essere consapevole della decisione.

Il "non praticare alcuna terapia" e rimanere in osservazione può esporre maggiormente a dei contenziosi.

Il caso dello pseudotumor riguarda una donna di 50 anni obesa e ipertesa (condizioni spesso associate allo pseudotumor) e monocola, che nell'unico occhio vedente inizia a notare una diminuzione della funzionalità visiva.

Fu ripetutamente ricoverata in ambito prima oculistico con diagnosi di papillite e poi neurologico (medesimo Ospedale); tutti i numerosissimi accertamenti effettuati risultarono negativi, mentre il campo visivo denunciava un ingravescente aumento delle dimensioni della macchia cieca (tipico dello pseudotumor).

La completa negatività di tutti gli accertamenti doveva far sospettare la diagnosi dello pseudotumor. Il fatto che si trattava di una paziente monocola imponeva un'esasperata ricerca della diagnosi.

E' completamente mancato uno scambio di opinioni fra gli oculisti e i neurologi che, a mio avviso, risultano entrambi coinvolti.

Dopo oltre 3 mesi è stato un radiologo che in un referto ha avanzato il sospetto di un possibile pseudotumor.

La terapia specifica fu quindi iniziata con oltre 3 mesi di ritardo quando il danno del nervo ottico era irreversibile e, attualmente, la paziente è diventata cieca.

Varie

Rientrano in questo gruppo 40 casi (10% della intera casistica), così ripartiti (fig. 6):

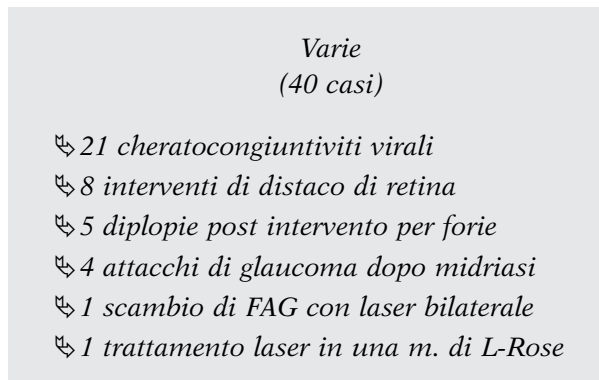


Fig. 6

In particolare:

- nei 21 casi di gravi cheratocongiuntiviti virali ve ne sono 16 insorti in seguito al rilievo del tono in corso di visite ergoftalmologiche per la legge 626, due gruppi di 5 e due di 3 e 5 casi presso i P.S. in seguito all'asportazione di corpi estranei .
- negli 8 casi in seguito ad intervento per distacco di retina non è mai stata riconosciuta la responsabilità.
- nel caso di laser bilaterale nella malattia di Leber Rose l'unica responsabilità fu la mancata informazione che il caso richiedeva.

Particolarmente interessanti sono i 4 casi di attacco di glaucoma in seguito alla somministrazione di colliri midriatici in corso di visita.

Ritengo che la responsabilità sia certa solo se, obiettivamente, era presente una camera anteriore ipopronda e/o ipertono, eventualità che avrebbero dovuto mettere “in guardia” l’Oculista dall’effettuare la dilatazione o di praticarla con le dovute precauzioni; altrimenti se, una volta avvenuto l’attacco di glaucoma (per altro molto raro in casi con camera anteriore e tono normale), l’Oculista sa gestire correttamente il caso, non ritengo sussistano elementi per la responsabilità.

Al di fuori di questi casi non è mai giunta alla mia osservazione una presunta responsabilità per la somministrazione di colliri midriatici (per esempio per reazioni allergiche o per inconvenienti dovuti alla difficoltà di visione nelle due-tre ore successive alla visita).

Conclusioni

Dall’analisi della presente casistica emerge chiaramente che i chirurghi del segmento anteriore e quelli refrattivi sono gli Oculisti più a rischio di richieste di risarcimento, mentre decisamente meno esposti sono i chirurghi del segmento posteriore e gli Oculisti che non praticano la chirurgia.

Sempre dall’analisi della presente casistica emergono alcuni consigli:

1. astenersi da commenti e considerazioni in corso di chirurgia in anestesia locale;
2. adeguata compilazione della cartella clinica con precisa annotazione del visus e
3. dell’obiettività pre e post-operatoria, degli esami complementari e fedele registrazione dell’avvenuta complicanza;
4. mantenere buoni rapporti con il paziente; evitare di non farsi trovare, evitare di delegare sempre dei collaboratori nell’effettuazione dei controlli;
5. evitare di enfatizzare i risultati e di minimizzare le complicanze;
6. acquisire personalmente il consenso alcuni giorni prima dell’intervento.

Resumo: Responsabilidade profissional

O autor apresenta uma análise detalhada de casos que avaliou pessoalmente relativos a negligência médica em oftalmologia. Analisa as diferentes técnicas cirúrgicas e as diferentes situações patológicas mais frequentemente envolvidas em processos de responsabilidade profissional.

Palavras-chave: Negligência médica; responsabilidade profissional; oftalmologia.

Summary: Professional responsibility

The author presents a detailed analysis of cases he personally discussed about medical malpractice in ophthalmology. He analyses the different surgical technique and the different diseases more involved in litigations.

Key-words: Medical malpractice; professional responsibility; ophthalmology.

Résumé: Responsabilité professionnelle

L'auteur présente une analyse détaillée des cas qu'il a personnellement évalué concernant la négligence médicale en ophtalmologie. Il analyse les diverses techniques chirurgicales et les diverses situations pathologiques les plus fréquentes dans les processus de responsabilité professionnelle.

Mots-clés: Négligence médicale; responsabilité professionnelle; ophtalmologie.

Pedido de separatas

G. VALDÈ

info@improntesrl.it

A perícia médica no direito do trabalho – Enquadramento jurídico¹

C. A. Guiné², P. Roberto³, J. E. Almeida³

1. A responsabilidade emergente de acidente de trabalho

A **obrigação de indemnização** consiste no dever de reparar os prejuízos provocados por um evento e visa reconstruir a situação que existiria se aquele não tivesse ocorrido; sempre que possível, cumpre-se pela **reconstituição natural**.

Ocorrido um acidente de trabalho, há que reparar o dano dele resultante, procurando reconstituir o bem atingido, tal como se apresentava antes desse acidente.

Esta responsabilidade é alheia a qualquer pressuposto de culpa do empregador, antes **baseada no risco natural inerente à prestação de trabalho por conta de outrem**. O risco é imputado, por razões de justiça distributiva, ao receptor e beneficiário desse trabalho: a entidade patronal.

O princípio subjacente à reparação é o de que a vítima do acidente **não** deve despendar nada com a sua recuperação e deve ser compensada economicamente para não vir a sofrer prejuízos por causa do acidente.

A reparação do dano emergente de um acidente de trabalho reparte-se, assim, em dois géneros de reparações que a lei denomina de **reparação em espécie** e **reparação em dinheiro**.

A primeira, com a finalidade de restabelecer o estado de **saúde** e a capacidade de **trabalho ou de ganho** do sinistrado e a sua **recuperação para a vida activa**. A segunda, com o objectivo de **compensar o sinistrado do dano** provocado pelo acidente, traduzido num determinado grau de incapacidade para o trabalho ou ganho.

¹ O presente texto corresponde ao apoio escrito à prelecção apresentada no Curso de Pós-Graduação em Medicina Legal Social e do Trabalho da Delegação de Coimbra do Instituto Nacional de Medicina Legal (Fevereiro de 2007).

² Procurador da República colocado no Tribunal do Trabalho de Coimbra (1.º Juízo).

³ Juiz de Direito, então no 2.º Juízo do Tribunal do Trabalho de Coimbra.

Em Portugal, a “*justa reparação*” dos trabalhadores, vítimas de acidentes de trabalho ou de doença profissional, e a *reabilitação*, são, direitos constitucionais, consagrados nos artigos 59.º, n.º 1, alínea f) e 71.º da Constituição da República Portuguesa.

Na lei ordinária, tais direitos são regulados no novo regime jurídico dos **acidentes de trabalho**, publicado pela Lei n.º **100/97**, de 13.09 (LAT) e seu DL regulamentar, o DL n.º 143/99, de 30.04 (RLAT); no **DL 247/99**, de 2/7 que estabelece o regime jurídico das doenças profissionais; no **DL 503/ 99**, de 20/11 que regulamenta os acidentes e doenças na Função Pública e no **DL 159/99**, de 11/15 que regulamenta os acidentes dos trabalhadores independentes.

Com maior relevo podemos destacar as seguintes linhas de força no nosso regime de acidentes de trabalho:

1. Atribuição da responsabilidade pela reparação e demais encargos às pessoas singulares ou colectivas de direito privado ou publico relativamente aos trabalhadores ao seu serviço (art.11º do RLAT).
2. Imposição às entidades empregadoras da obrigatoriedade de transferir a responsabilidade por danos emergentes de acidente de trabalho para entidades autorizadas a realizar o seguro (art. 37.º do LAT). São as seguradoras que gerem, sob tutela do ISP e concorrencialmente, o sistema de protecção infortunistica.
3. Reconhecimento do carácter social dos direitos emergentes de acidentes com índices de protecção acrescidos, designadamente através da obrigatoriedade das pensões serem determinadas num processo especial, que corre nos Tribunais do Trabalho e onde são estabelecidas várias medidas que visam acautelar os interesses do sinistrado, como sejam os casos da oficiosidade do processo e da concessão de patrocínio pelo Ministério Público.

Beneficiam deste regime – cf. art. 2.º da LAT – os trabalhadores por conta de outrem vinculados por contrato de trabalho ou equiparado, os administradores, directores e gerentes quando remunerados e, por remissão do regime específico, os trabalhadores independentes que celebrem seguro que aliás é obrigatório.

2. A reconstituição natural

Já nos referimos às duas modalidades da obrigação de indemnização – a reconstituição ou restauração e a compensação. Ocupemo-nos da primeira delas (cf. artigos 23.º a 40.º do RLAT).

O sinistrado tem direito às prestações de natureza médica, cirúrgica, farmacêutica, hospitalar e quaisquer outras desde que necessárias e adequadas ao restabelecimento do seu estado de **saúde** e da sua capacidade de **trabalho ou de ganho** e à **recuperação para a vida activa** (cf. art. 10.º da LAT). Estas prestações têm por objectivo a **reconstituição natural do dano** e estão discriminadas no art. 23.º do RLAT «Assistência médica e cirúrgica, geral ou especializada, incluindo todos os necessários elementos de diagnóstico e de tratamento; assistência farmacêutica, enfermagem, hospitalização e tratamentos termais, hospedagem, transportes e estadias para observação e tratamentos, fornecimento de aparelhos de prótese, ortótese, e ortopedia, sua renovação e reparação e reabilitação funcional».

Acontecido o acidente, a entidade patronal deve assegurar os imediatos e indispensáveis socorros médicos e farmacêuticos e transportes adequados ao sinistrado.

A entidade responsável – normalmente a seguradora – tem o direito de designar **médico assistente** que cuidará dos tratamentos e da recuperação do sinistrado e determinará as diferentes prestações em espécie **adequadas**.

O sinistrado, por seu lado, deve observar as suas prescrições clínicas e cirúrgicas sob pena de não ter direito às prestações por danos que forem consequência de injustificada recusa ou por não ter observado as prescrições por ele determinadas. O sinistrado, contudo, pode:

- **contestar** as prescrições, mediante conferência médica ou pedindo a intervenção do perito médico do Tribunal na solução de divergências quanto ao tratamento adequado;
- **recusar** cirurgia que ponha perigo a vida;
- **escolher cirurgião** em casos de alto risco ou perigo para a vida;
- **optar** por receber o valor correspondente ao aparelho indicado pelo médico assistente ou Tribunal quando pretenda adquirir outro de valor superior.

A reconstituição natural termina com a consolidação – a cura clínica – correspondendo ao momento a partir do qual nenhum tratamento será mais necessário, sendo então possível verificar um determinado coeficiente de incapacidade permanente que, assim, se constitui em prejuízo definitivo.

O médico assistente emite boletim de alta no qual deve indicar a causa da cessação e, se for o caso, a indicação discriminada da sequela ou sequelas resultantes do acidente com determinação do coeficiente de incapacidade. Se atribuir incapacidade permanente, seja qual for o grau a seguradora, obrigatoriamente, em oito dias, participa o acidente ao Tribunal do Trabalho da área onde ele ocorreu ou da área da residência do sinistrado. É neste processo que se irá avaliar a incapacidade do sinistrado com vista a determinar-se

o montante da pensão e fixar os demais direitos. A seguradora participa, igualmente, os acidentes cujo tratamento se prolongue mais de um ano.

3. A compensação económica

A reparação em dinheiro visa compensar a prejuízo provocado pelo acidente na capacidade de ganho do sinistrado. Toma a forma de indemnização durante a fase de tratamentos até à consolidação e de pensão ou capital de remição após essa fase.

Esta capacidade de ganho é confinada ao rendimento que o trabalhador auferia no contrato de trabalho em cuja execução o acidente ocorreu.

Sabe-se que o indivíduo não esgota as suas potencialidades de rendimento dentro dos limites da relação contratual. Pode haver todo um somatório de actividades geradoras de ganhos para o próprio e para o respectivo agregado familiar que integram a sua capacidade produtiva susceptíveis de serem valoradas e até quantificadas (v.g. as «carocas» ao fim de semana ou depois do dia de trabalho, o duplo emprego, o cultivo de courelas para abastecimento familiar, o serviço doméstico da mulher trabalhadora, etc...). Contudo, a medida legal da integridade produtiva tutelada na indemnização emergente de acidente de trabalho é, em cada caso, delimitada pelos benefícios económicos que o sinistrado conseguia extrair da relação de trabalho geradora do acidente. Daí a LAT definir como **retribuição** relevante todas as prestações que se recebem, com **carácter de regularidade**, como contrapartida ao trabalho dado – cf. art. 26.º -, que representem uma **vantagem económica expectável** e não se destinem a compensar o sinistrado por gastos aleatórios.

4. Avaliação do dano

As prestações em dinheiro representam, portanto, uma percentagem do salário relevante aferida pela incapacidade que, temporária ou definitivamente, o sinistrado for portador.

Como avaliar essa incapacidade? Avaliar o quê? Quem avalia?

Vejamos o que nos diz a Lei:

“É acidente de trabalho aquele que... produza directa ou indirectamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença **de que resulte redução na capacidade de trabalho ou de ganho ou a morte**” – art. 6.º, n.º 1 da LAT.

Esta formulação conduz-nos a questões conceptuais específicas do **dano** e do **nexo de causalidade**, típicas da responsabilidade por acidentes de trabalho

O dano que esteve na mira do legislador parece ter sido, não tanto a lesão ou perturbação corporal provocada pelo evento, mas antes a redução na capacidade de trabalho ou de ganho resultante daquela lesão, perturbação ou doença. Assim se poderão compreender um bom número de situações a que a TNI não atribui qualquer desvalorização e muitas outras cujo coeficiente de incapacidade está dependente da perturbação funcional que a sequela ocasiona concretamente no posto de trabalho que o sinistrado tinha antes do acidente. Isto é, a mesma sequela pode ser valorizada diferentemente e varia de acordo com a profissão que o sinistrado habitualmente exercia ao tempo do evento: a falta de uma falange é avaliada diversamente num pianista e num trabalhador rural. Por outro lado, “sempre que se verifique perda ou diminuição de função inerente ou imprescindível ao desempenho do posto de trabalho ... os coeficientes previstos são bonificados com uma multiplicação pelo factor 1,5” – Instrução 5 da TNI, aprovada DL 341/93, de 30/9).

O dano relevante é, pois, aquele que atinge o conjunto de aptidões funcionais do indivíduo com as quais ele realiza o seu trabalho e lhe potenciam a obtenção de um determinado rendimento. Protege-se a integridade produtiva do sinistrado e dos seus familiares.

Quanto ao nexo de causalidade deparamos com a exigência de duas condicionantes.

A primeira é que tem de haver um nexo de causa-efeito entre o evento lesivo, o acidente, e a lesão corporal, perturbação funcional ou doença. **A segunda** é que a lesão corporal, perturbação funcional ou doença dê, ela própria, cause a morte ou a uma incapacidade para trabalhar, permanentemente ou apenas temporariamente.

Entre as teorias da causalidade a mais aceita é a da causalidade adequada.

Para se estabelecer o nexo de causalidade na avaliação do dano corporal é necessário por exemplo que: a) a lesão seja produzida por determinado traumatismo, portanto, que seja real e apropriada àquelas circunstâncias; b) a lesão tenha efectivamente uma etiologia traumática; c) o local do traumatismo tenha relação com a sede da lesão; d) haja relação de temporalidade (um prazo legal e um prazo clínico), ou seja, exista uma coerência entre a idade da lesão e a ocorrência dos factos; ou ainda que e) exista uma lógica anatomoclínica de sinais e sintomas típicos.

5. Lesões relevantes

Informados destes princípios, podemos determinar quais sejam as lesões relevantes para a determinação do conteúdo reparatório. Desde logo as que tenham uma relação de causalidade directa com o acidente, **presumindo-se** consequência deste, a lesão corporal, perturbação ou doença que for reconhecida a seguir a um acidente (cf. art. 6.º n.º 5 da LAT). Se tiver manifestação posterior, competirá ao sinistrado ou aos familiares fazer a prova que aquela foi consequência deste (cf. art. 7.º, n.º 2 do RLAT).

Por outro lado, relevam igualmente as lesões que se manifestam no tratamento e que seja consequência desse tratamento.

Exige-se mais que uma simples relação de ocasionalidade; elas têm de ser uma consequência adequada do tratamento, uma relação directa ou indirecta com o tratamento (cf. art. 9.º, n.º5).

Mas outras há que podemos denominar de **lesões de causalidade indirecta** (cf. art. 9.º da LAT):

A predisposição patológica consiste num estado doentio do organismo humano, produzido por uma anormalidade do metabolismo ou de funções de nutrição que torna o indivíduo propenso para certas doenças ou para o agravamento dos de outras sob a influência de uma causa ocasional. A predisposição patológica num acidente não exclui o direito à reparação integral, salvo quando tiver sido ocultada pelo sinistrado.

Por razões praticas de justiça social e de dificuldade de prova em relação ao que resultava directamente do evento ou desse estado mórbido o legislador tem vido a afastar-se dos princípios gerais da responsabilidade extra-contratual segundo os quais ninguém deve ser responsável por um dano que não causou. Quando, por outro lado, a lesão ou doença **consecutiva** ao acidente for agravada por **doença anterior** ou quando esta for agravada pelo acidente a incapacidade, avaliar-se-á como se tudo dele resultasse a não ser que por ela o sinistrado esteja a receber pensão ou tenha recebido um capital de remição.

No caso do sinistrado estar afectado de **incapacidade permanente anterior** ao acidente a reparação será a correspondente à diferença entre a incapacidade anterior e a que for calculada como se tudo fosse imputado ao acidente.

6. Incapacidades e as prestações correspondentes

Conhecidas as **lesões relevantes**, o **perito avaliador** (médico assistente na fase de tratamento) fica habilitado as discriminar as sequelas que o sinistrado apresenta, seleccionando-as para as poder avaliar e determinar o coeficiente

de incapacidade de que é portador, socorrendo-se das regras estabelecidas na **T.N.I. – Tabela Nacional de Incapacidades**.

Ao contrário do carácter excessivamente rígido e taxativo da anterior Tabela, foi propósito do legislador publicar, através do DL n.º 341/93, de 30.09, um instrumento de determinação da incapacidade com **carácter indicativo**, permitindo tratar, com o equilíbrio que a justiça do caso concreto reclama, as várias situações presentes à peritagem e à decisão judicial e contribuir, assim, para a humanização da avaliação da incapacidade, numa visão não exclusiva do segmento do corpo atingido, mas do indivíduo como um todo físico e psíquico, em que seja considerada não só a função mas também a capacidade de trabalho disponível.

A tabela permite, portanto – n.º 7 das IGS – que o perito, em circunstâncias excepcionais, se afaste dos coeficientes previstos, inclusive nos valores iguais a 0,00 (zero), expondo claramente e fundamentando as razões que a tal afastamento o conduziram e indicando o sentido e a medida do desvio em relação ao coeficiente em princípio aplicável à situação concreta em avaliação.

Como é sabido, a equivalência de situações concretas nem sempre é fácil de atingir através de normas gerais e abstractas, particularmente nos casos em que está em causa a pessoa e se devem formular normas fundamentalmente técnicas, como, por exemplo, sob a forma de lista. E quando as incapacidades que derivem de disfunções ou sequelas não estiverem descritas na Tabela devem ser avaliadas pelo coeficiente relativo a disfunção análoga ou equivalente; ou seja, nos casos omissos o perito deve recorrer à analogia funcional.

Teremos então as seguintes situações de incapacidade e correspondentes prestações – artigo 17.º, n.º 1, alíneas a) a d) da LAT.

IPA – A disfunção total, com incapacidade permanente absoluta para todo e qualquer trabalho, é expressa, como se disse, pela unidade (100%). Nestes casos, o sinistrado tem direito:

- A uma **pensão anual** e vitalícia igual a 80% da sua retribuição, incluindo os subsídios de férias e de Natal, acrescida de 10% por cada familiar a cargo (os familiares descritos no artigo 45.º do Regulamento, que “com ele vivam em comunhão de mesa e habitação”) até ao limite da retribuição – artigo 17.º, n.º 1, a) da LAT;
- A um **subsídio de elevada incapacidade** permanente igual a 12 vezes a remuneração mínima mensal garantida à data do acidente – artigo 23.º da LAT;
- A uma **prestação suplementar** da pensão atribuída não superior ao montante da remuneração mínima mensal garantida (smn) para os trabalhadores de serviço doméstico, se não puder dispensar a assistência

- constante de terceira pessoa, situação a determinar pelo médico assistente no boletim de alta – artigo 19.º da LAT e artigo 48.º do Regulamento;
- A um **subsídio para obras de adaptação** da morada igual a 12 vezes a remuneração mínima mensal garantida à data do acidente – artigo 23.º da LAT.

IPATH – No caso da disfunção se reportar apenas ao trabalho normalmente executado pelo sinistrado, este terá um incapacidade absoluta (100%) para o trabalho habitual, associada a uma incapacidade permanente parcial para as restantes profissões. Tem direito:

- A uma **pensão** anual e vitalícia compreendida entre 50% e 70% da retribuição, conforme a maior ou menor capacidade funcional residual;
- Ao mesmo subsídio de elevada incapacidade permanente, ponderado de acordo com a incapacidade;
- Prestação suplementar, de acordo como grau de dependência de terceira pessoa;
- Subsídio para obras de adaptação, se necessário.

IPP – Estando em causa apenas a incapacidade parcial para o trabalho o direito reparador preenche-se atribuindo uma pensão igual 70% da redução sofrida na capacidade de ganho, podendo revestir a forma de um capital de remição nos casos de IPP inferior a 30% ou quando a pensão for de montante não superior a 6 x o salário mínimo nacional e podendo haver lugar a prestação suplementar ou subsídio de elevada incapacidade nos casos de IPP igual ou superior a 70%.

ITA e ITP – Enquanto se encontra em tratamento (antes da consolidação) o sinistrado recebe uma indemnização diária igual a 70% da redução sofrida na capacidade de ganho.

Acrescem às prestações em dinheiro as **prestações em espécie** que forem adequadas a cada caso (cadeiras de rodas, camas articuladas, tratamentos de fisioterapia, assistência farmacêutica, etc...).

7.0 perito avaliador

Durante os **tratamentos** a avaliação da incapacidade temporária para o trabalho (ITA ou ITP) é da competência do **médico assistente** podendo o sinistrado pedir a intervenção do perito médico do tribunal se discordar. A TNI (Instrução n.º 9) manda que a Incapacidade Temporária seja gradualmente reduzida até à estabilização definitiva, salvo recaída ou agravamento.

Cumprir referir que o contrato de trabalho fica suspenso enquanto houver uma situação de ITA ou ITP até 50% ou mesmo inferior, no caso da empresa ter menos de 10 trabalhadores. Durante o tempo de suspensão do contrato suspende-se o salário e o trabalhador **recebe em função da incapacidade**.

Se a redução de incapacidade tem em vista uma adaptação gradual ao trabalho, os Senhores Médicos Assistentes devem ter em conta que só abaixo de uma **ITP de 50%** é obrigatória a ocupação dos sinistrados pela empresa, em **trabalhos compatíveis** e desde que haja mais de **10 trabalhadores**. A atribuição de graus de IT reduzidos terá de ter em conta estes princípios sob pena de se frustrarem as finalidades da reparação.

Depois da **alta definitiva** é obrigatoriamente aberto um processo especial no Tribunal do Trabalho da área onde ocorreu o acidente ou da área da residência do sinistrado, iniciando-se com a participação que normalmente a seguradora faz. A seguradora deve fazer acompanhar a participação dos boletins de exame (exame e alta) de toda a documentação clínica e nosológica disponível (material radiográfico) e nota discriminativa das incapacidades e internamentos que se verificaram. Se a participação for efectuada por outra entidade – normalmente o sinistrado – é boa pratica indagar junto dele quais foram as instituições hospitalares e médicos que lhe prestaram assistência, requisitar todos os elementos clínicos e só depois o submeter a exame médico.

O art. 33.º do RLAT obriga as entidades responsáveis – seguradoras que tomaram conta do acidente – os estabelecimentos hospitalares, os serviços competentes da segurança social e os médicos a fornecerem aos tribunais do trabalho todos os esclarecimentos e documentos que lhes sejam requisitados, relativos a observações e tratamentos feitos a sinistrados ou por qualquer modo relacionados com o acidente. Não é demais recordar a importância dos elementos recolhidos através da observação do primeiro exame – o boletim da urgência hospitalar – que, por princípio, retratam com verdade as lesões verificadas imediatamente depois do acidente, designadamente, por beneficiarem da presunção do art. 6.º, n.º 5 da LAT (*se a lesão corporal, perturbação ou doença for reconhecida a seguir a um acidente, presume-se consequência deste*). De igual importância são os demais elementos da história clínica a recolher junto dos serviços de medicina do trabalho (médico da empresa), médico de família e outra qualquer fonte médica credível.

O exame médico para a determinação do dano corporal em acidentados do trabalho realiza-se ou no Tribunal do Trabalho pelo perito respectivo ou nos Institutos de Medicina Legais / Gabinetes Médico Legais, territorialmente competentes. Quando realizado no Tribunal o exame é presidido pelo magistrado do Ministério Público.

O exame é secreto e se o Perito não se considerar habilitado a dar laudo concludente, deverá sugerir os exames complementares de diagnóstico e os

pareceres de especialidade que julgue necessários (cf. art. 105.º do CPT). Realizados os exames complementares e/ou obtidos os exames de especialidade é marcado novo exame devendo o Senhor Perito indicar no respectivo auto – art. 116.º n.º 1 do CPT “ o resultado da sua observação e do interrogatório do sinistrado e, em face destes elementos e dos constantes do processo, considerará a lesão, a natureza da incapacidade e o grau de desvalorização correspondente”.

O Perito deverá, outrossim, pronunciar-se sobre as demais prestações se e que o caso exija. **Prestações em espécie** tais como enfermagem, farmácia, assistência psíquica, fisiátrica, camas articuladas, cadeiras de rodas, fraldas, próteses, ortóteses, óculos, etc... e outras como a ajuda permanente de **3.ª pessoa**, seja ela parcial ou integral (para determinar a percentagem da prestação suplementar, e mesmo para orientar a decisão sobre a necessidade de obras **de adaptação** da morada adequadas à situação de incapacidade).

Pela diferença de linguagem, de conceitos e procedimentos utilizados nunca é demais lembrar a importância que no âmbito da acção indemnizatória reveste – particularmente se emergente de acidente de trabalho – o estabelecimento de uma cada vez mais necessária colaboração entre o jurista e o médico que passará pelo diálogo constante do magistrado com o seu perito e do perito com o magistrado para desenvolverem uma linguagem comum e raciocínios que se possam complementar. Sem deixar de se orientar por critérios de objectividade o perito, quando efectua a perícia, não pode alhear-se das circunstâncias do acidente e da pessoa concreta do sinistrado – designadamente as suas condicionantes em relação ao mercado de trabalho.

No auto de exame o perito deve indicar o resultado da sua observação e do interrogatório do sinistrado e, em face destes elementos e dos constantes do processo, emitirá decisão sobre a natureza e grau de desvalorização, de acordo com a TNI.

A avaliação pressupõe, portanto, o conhecimento dos elementos relevantes do processo, de conceitos e da linguagem técnico jurídica utilizada na TNI que muitas das vezes escapam ao alcance da sua preparação científica. Realidade a reclamar um trabalho conjunto do magistrado com o perito inclusive no momento da avaliação. E inúmeras são as situações que o suscitam: probabilidades de nexos entre as circunstâncias do acidente e as lesões apresentadas na documentação clínica e outras que o sinistrado relata e que nunca constaram dos relatórios porque os peritos das seguradoras sempre as consideraram irrelevantes; nexos de causalidade entre lesões e queixas incapacitantes não directa nem imediatamente resultantes do acidente; doenças e lesões preexistentes agravadas pelo acidente; momento da cura clínica e os períodos de incapacidade temporária descritos pela seguradora (qual o parecer do perito, designadamente quando a participação é apresentada porque o sinistrado não concordou com o perito da seguradora?); situações

de recidivas com períodos intermitentes de falta de incapacidade com períodos de incapacidade e IPP final e igualmente interpretação e aplicação das instruções gerais e específicas (aplicação do chamado factor 1,5).

Nos casos em que o exame médico é efectuado nas Delegações do INML / GML – por não estar presente – o magistrado deverá fazer acompanhar a requisição de exame dos elementos que entende serem importantes para o conhecimento do perito e dos quesitos que considere pertinentes convocando o perito ao Tribunal para esclarecimentos complementares, sempre que entender necessário.

O resultado do exame médico singular é apresentado às partes. Se o aceitarem – se concordarem – passa-se à determinação da prestação em dinheiro – pensão, capital de remição e prestações acessórias. Quando qualquer das partes não aceite o resultado do exame médico efectuado pelo perito singular, quem dele discorde pode requerer exame por junta médica devendo para o efeito fundamentar o pedido ou formular quesitos.

A junta é formada por três peritos, dois indicados pelas partes e um pelo Tribunal e é presidida pelo Juiz. Se o caso tiver exigido pareceres especializados, intervirão pelo menos dois médicos dessa especialidade. Se a junta não se julgar habilitada poderá requerer novos exames e pareceres já que pode haver questões de incapacidade respeitantes a várias especialidades. A final, o Juiz fixa a incapacidade de acordo com os elementos relatados pelos peritos que decidem por maioria ou por unanimidade.

8. Prestações depois da consolidação / alta definitiva

A responsabilidade da seguradora (continuamos a supor que a responsabilidade emergente de acidentes foi transferida para uma seguradora) não se esgota com a alta ou cura clínica nem com o pagamento da pensão ou capital de remição. Efectivamente, “quando se verifique modificação da capacidade de ganho do sinistrado proveniente de agravamento, recidiva, recaída ou melhoria da lesão ou doença que deu origem à reparação ou de intervenção clínica ou aplicação de prótese ou ortótese, ou ainda de formação ou reconversão profissional, as prestações poderão ser revistas e aumentadas, reduzidas ou extintas, de harmonia com a alteração verificada” – art. 25.º da LAT.

Quer dizer, a responsabilidade mantém-se até à morte do sinistrado e em todas as suas vertentes, obrigando a seguradora a fornecer:

- **Prestações em espécie** – adequadas, em caso de recidiva, desgaste material dos aparelhos de prótese (cadeira de rodas, camas articuladas, sapatos, óculos...) tratamentos continuados (fisioterapia, assistência medicamentosa, consultas, acompanhamento psiquiátrico, enfermagem...)

- **Prestações em dinheiro** – que podem ser aumentadas e mesmo reduzidas, conforme agravamentos ou melhorias que ocorrerem na capacidade geral de ganho do sinistrado.

As **prestações em espécie** devem ser fornecidas pela seguradora mediante reclamação do sinistrado não sendo necessária a intervenção do Tribunal. Se a seguradora as recusar o sinistrado deverá apresentar o caso ao Tribunal através de requerimento ao processo dando conta da sua pretensão e da recusa da seguradora. O Tribunal implementará as diligências que considerar necessárias, designadamente, ouvindo o perito médico, e decidirá.

A alteração das **prestações em dinheiro** terá obrigatoriamente de ser decididas no Tribunal através de **exame de revisão**, valendo as mesmas regras e princípios já referidos para o exame médico inicial. A avaliação será assim feita em **exame singular** que, por questões de praticabilidade, normalmente se realiza no próprio Tribunal; em exame por **Junta Médica**, se qualquer das partes não aceitar o resultado do exame singular; findo o exame ou exames o Tribunal **fixa a incapacidade, aumentando, mantendo ou reduzindo a pensão**, em conformidade com o coeficiente atribuído.

Breves referências bibliográficas

- Alegre C. Processo Especial de Acidentes de Trabalho. Coimbra: Almedina; 1986.
- Alegre C. Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais – Regime Jurídico Anotado. 2.^a ed. Coimbra: Almedina; 2000.
- Carvalho PM. Um olhar sobre o actual regime jurídico dos acidentes de trabalho e das doenças profissionais: benefícios e desvantagens. Questões Laborais 2003; 10(21) p. 74 e ss.
- Pires, FA. Seguros de Acidentes de Trabalho. Lex; 1999.
- Resende FT. Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais. 2.^a ed. Coimbra: Almedina; 1988.
- Ribeiro V. Acidentes de Trabalho, Reflexões e Notas Práticas. Rei dos Livros; 1984.
- Santos JC. Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais – Nova legislação Anotada. Quid Júris; 2000.

Resumo: A perícia médica no Direito do Trabalho – enquadramento jurídico

A responsabilidade emergente de acidente de trabalho tem como objectivo reparar o dano resultante do acidente obrigando ao restabelecimento do estado de saúde e da capacidade de trabalho ou de ganho do sinistrado e à sua recuperação para a vida activa – prestação em espécie – e a uma compensação pela perda de rendimentos do sinistrado e/ou familiares – prestação em dinheiro.

São relevantes as lesões que resultam quer directa – causalidade adequada – quer indirectamente do acidente, nestas se incluindo as situações de predisposição patológica, lesões ou doenças preexistentes e consecutivas ao acidente e as resultantes do tratamento.

A dano a ter em conta é o que afecta a capacidade produtiva ou de ganho do sinistrado aferida pelo salário do contrato ou actividade em cuja execução o acidente ocorreu.

A avaliação do dano laboral é realizada em processo especial nos Tribunais do Trabalho em exame singular ou colectivo, nos termos da TNI. As incapacidades podem ser temporárias – parciais ITP, absolutas ITA- e permanentes – absolutas IPA, absolutas para o trabalho habitual IPATH e parciais IPP.

O dano futuro será posteriormente avaliado em exame de revisão.

Palavras-chave: Direito do Trabalho; perícia médica; compensação de danos.

Summary: Medical expertise in labour law – legal framing

The emergent responsibility of labour accident has the purpose to repair the resultant damage of the accident powerfully re-establishing the health condition and the work capacity of the victim as well as the victim's profit capacity and your recovery for the active life – specie compensation – and to provide a reimbursement for the loss of personal and/our family incomes – money compensation.

It is extremely important to evaluate the injuries that are directly – adequate causality – or indirectly connected to the accident, including all the situations of pathological predisposition, pre-existing diseases or injuries and the ones consequence of the treatment. The damage to take into account is the one that can affect the productive or profit capacity of the victim, surveyed by the contract or activity salary in which the accident occurred.

The labour damage evaluation is performed as a special procedure in the labour courts, by an individual or joint examination, through the TNI. The incapacities can be temporary – partials ITP, absolute ITA- and permanent – absolute IPA, absolute for regular work IPATH and partials IPP.

The future damage will be later evaluated in a review examination.

Key-words: Labour law; medical expertise; damage compensation.

Résumé: L'expertise médicale en droit du travail – encadrement juridique

La responsabilité émergente d'accident du travail a pour objectif de réparer le dommage résultant de l'accident obligeant au rétablissement de l'état de santé et de la capacité de travail ou de gain du sinistré et à sa récupération pour la vie active – prestation en espèce- et une compensation pour la perte de revenus du sinistré et/ou de membres de la famille – prestation en argent.

Les lésions importantes sont celles qui résultent soit directement – causalité adéquate – soit indirectement de l'accident, et dont font partie les situations de prédispositions pathologiques, de lésions ou de maladies préexistantes et consécutives à l'accident et celles qui résultent du traitement.

Le dommage à tenir en compte est celui qui affecte la capacité productive ou de gain du sinistré correspondant au revenu du contrat ou à l'activité pendant laquelle l'accident s'est produit.

L'évaluation du dommage corporel est effectuée selon un procédé spécial auprès des Tribunaux du Travail en examen particulier ou collectif, conformément au Barème National d'Incapacité. Les Incapacités peuvent être temporaires – partielles ITP, absolues ITA et permanentes – absolues IPA, absolues pour le travail habituel IPATH et partielles IPP.

Le dommage futur sera postérieurement évalué en examen de révision.

Mots-clés: Droit du travail; expertise médicale; compensation des dommages.

Pedido de Separatas :

CARLOS ALBERTO GUINÉ

carguine@iol.pt

Aplicación de los tests 16 PF y CAQ a una escala de valoración del daño psicológico

J. Gómez Gilabert¹; R. De Paz Sánchez¹; M.C. Tejerina Arreal¹; M.D. PérezCárceles¹;
A. Luna Maldonado¹

1. Introducción

La experiencia clínica evidencia la dificultad de cuantificar objetivamente los menoscabos recogidos en la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados, en materia de salud mental y aspectos psicosociales. Con la finalidad de solventar los problemas, hemos definido rasgos psicopatológicos mediante el uso de pruebas psicométricas, para objetivar la evaluación de esos trastornos.

Con frecuencia, la valoración del daño psicológico basada en la experiencia plantea dificultades con la evaluación cuando: el paciente muestra quejas desproporcionadas, síntomas de trastornos anteriores, magnifica su estado, los síntomas pertenecen a otros trastornos, o se produce un falso nexo causal. Frente a ello, el auxilio de los cuestionarios psicológicos goza de gran utilidad diagnóstica, al utilizar escalas de medida en las que la población general sirve como grupo de control, de este modo, se puede comparar a los pacientes con los no pacientes y realizar una extrapolación a la valoración del daño mental.

El hecho de poder demostrar la presencia de un trastorno incide necesariamente en la fiabilidad del perito y en la garantía objetiva para el enfermo, pues si el paciente expone la sintomatología del trastorno y esta se corresponde con las pruebas diagnósticas, para todos resulta clara la delimitación diagnóstica pericial.

Entre los síndromes psiquiátricos, son reconocidos como susceptibles de ser indemnizados, presuponiendo una causalidad traumática, los Trastornos de la personalidad: Síndrome posconmocional y el Trastorno orgánico de la personalidad; los Trastornos del humor: Trastorno depresivo reactivo; los Trastornos neuróticos: por Estrés postraumático y otros trastornos neuróticos; así como la agravación o desestabilización de otros trastornos mentales.

¹ Área de Medicina Legal y Forense, Facultad de Medicina, Universidad de Murcia, España.

Hipótesis de trabajo

Definir rasgos psicopatológicos, en los cuestionarios utilizados, para evaluar los trastornos de acuerdo a la Ley de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados de España.

Objetivos

Realización de análisis factoriales sobre los factores de primer orden del 16 PF-C, del CAQ, y la combinación de ambos; en los grupos mixto, varones y mujeres. Para la extracción de factores de segundo orden que permitan identificar trastornos mentales o síntomas de patologías; estos se utilizarán para la aplicación a los trastornos referidos en la valoración del daño y vincularlos a los baremos de la mencionada Ley.

2. Material y método

Tipo de estudio

- Observacional, descriptivo y transversal.

Material:

- Test de personalidad 16PF-C de Cattell (1988)[ad. esp. 1993]
- Cuestionario de Análisis Clínico CAQ de Krug (1980)[ad. esp. 1994]

Personas:

- 278 pacientes, 134 varones y 144 mujeres, de dos clínicas privadas.
- La muestra está aleatorizada por el estilo de espera, y por una extracción (blind) a ciegas del total de historias clínicas.
- Pacientes rechazados: Heroinómanos, esquizofrenias extremas, demencias.

Variables:

- Los factores de primer orden de los dos cuestionarios. En el 16 PF: sizotimia, inteligencia, poco yo, sumisión, desurgencia, poco superyó, cohibición, sensibilidad, confiable, realista, franco, adecuación imperturbable, conservador, dependencia grupal, autoconflictivo, relajado. En el CAQ: hipocondría, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, depresión baja energía, culpabilidad, apatía, paranoia, desviación psicopática, esquizofrenia, psicastenia, desajuste psicológico.

Método:

- Diseño estadístico a posteriori:
- Realización de análisis factoriales:
 - Finalidad: extracción de factores subyacentes.
 - La adecuación de los datos al análisis factorial se comprobó con el cálculo del determinante de la matriz de correlaciones, la prueba de Kaiser Meyer –Olkin de adecuación muestral, y el test de esfericidad de Bartlett.
 - Rotación: oblicua al considerar a los factores distintos pero estadísticamente dependientes, la oblicuidad obliga al cálculo de la regresión múltiple para ajustar los pesos para obtener las puntuaciones derivadas.
 - Con los resultados hallados se estableció una analogía semántica, para relacionar los factores de primer y segundo orden con los trastornos recogidos en la Ley.

3. Resultados

De los 42 factores obtenidos, 24 de ellos diferentes, se exponen únicamente los resultados de los factores que posteriormente serán utilizados para la aplicación a los trastornos recogidos en la Ley. En el anexo I se encuentran las etiquetas correspondientes a la identificación de cada una de las variables enumeradas, para el lector no familiarizado con su uso.

- **Ansiedad social – ajuste social:** aparece en el 16 PF-C y, en los combinados 16 PF-C y CAQ.
 - 16 PF-C:
 - Mixto: explica el 23% de la varianza, con las saturaciones de: A(0.337), C(0.567), L(-0.679), N(-0.567), O(-0.724), Q2(-0.268), Q3(0.429), Q4(-0.773).
 - Varones: expone el 24.3% de la varianza, con las saturaciones de: A(0.380), C(0.520), L(-0.647), N(-0.552), O(-0.623), Q2(-0.297), Q3(0.469), Q4(-0.728).
 - Mujeres: revela el 22.3% de la varianza, con las saturaciones de: A(0.362), B(0.374), C(0.449), L(-0.550), N (-0.479), O(-0.488), Q3(0.397), Q4(-0.547).
 - 16 PF-C y CAQ:
 - Mixto: expresa el 4.4% de la varianza, con las saturaciones de: A(0.416), L(-0.569), N(-0.639), O(-0.441), Q2(-0.334), Q3(0.290),

Q4(-0.505). Por su semejanza se considera equivalente a los anteriores.

- Mujeres: con la polaridad cambiada [Ajuste social- ansiedad social], manifiesta el 6.5% de la varianza, con las saturaciones de: B(-0.398), L(0.497), N(0.384), O(0.316), Q3(-0.342), Q4(0.525), As(0.262). Debido a su analogía se considera similar a los anteriores.

– **Poca fuerza del superyó – mucha fuerza [indulgente – obsesivo]:** emerge en el 16 PF-C, y en un combinado del 16 PF-C y CAQ.

- 16 PF-C:

- Mujeres: explica el 8.8% de la varianza, saturan las variables: G(0.611), O(0.258), Q3(0.323)

- 16 PF-C y CAQ:

- Mujeres: expone el 5.6% de la varianza, saturan las variables: E(-0.443), G(0.421), O(0.336), Q3(0.305), As(0.298). Debido a su similitud se le considera como equivalente al anterior.

– **Depresión psicótica o psicosis depresiva:** surge en el CAQ

- CAQ:

- Mixto: revela el 53.2% de la varianza, saturan las variables: D1(0.793), D2(0.784), D4(0.559), D5(0.821), D6(0.765), D7(0.748), Pa(0.719), Pp(-0.474), Sc(0.743), As(0.482), PS(0.803).
- Varones: expresa el 54.6% de la varianza, saturan las variables: D1(0.812), D2(0.736), D4(0.506), D5(0.751), D6(0.723), D7(0.744), Pa(0.810), Pp(-0.378), Sc(0.848), As(0.464), PS(0.804).
- Mujeres: manifiesta el 52% de la varianza, saturan las variables: D1(0.801), D2(0.803), D4(0.572), D5(0.890), D6(0.817), D7(0.754), Pa(0.696), Pp(-0.498), Sc(0.662), As(0.502), PS(0.828).

– **Cautela – agitación psicopática:** brota en el CAQ.

- CAQ:

- Mixto: explica el 10.5% de la varianza, saturan las variables: D3(0.279), Pp(0.265).
- Varones: expone el 10.5% de la varianza, saturan las variables: D3(0.321), D4(-0.324), Pp(0.398).
- Mujeres: revela el 10.9% de la varianza, saturan las variables: D3(0.616), D4(-0.291), Pp(0.439).

– **Temple – personalidad psicótica:** emerge en los análisis factoriales de la combinación de ambos cuestionarios.

- 16 PF-C y CAQ:

- Mixto: expresa el 31.7% de la varianza, saturan las variables: C(-0.557), Q3(-0.270), D1(0.893), D2(0.810), D4(0.431), D5(0.926),

D6(0.794), D7(0.691), Pa(0.613), Pp(-0.377), Sc(0.656), As(0.395), Ps(0.702).

- Varones: abarca el 34.3% de la varianza, saturan las variables: C(-0.501), Q3(-0.532), D1(0.822), D2(0.514), D5(0.689), D6(0.498), D7(0.622), Pa(0.723), Sc(0.778), AS(0.306), Ps(0.573).
- Mujeres: manifiesta el 29.4% de la varianza, saturan las variables: C(-0.483), O(0.334), D1(0.823), D2(0.832), D4(0.413), D5(0.918), D6(0.800), D7(0.661), Pa(0.458), Pp(-0.282), Sc(0.415), As(0.359), Ps(0.716).

– **Inhibición – impulsividad:** surge en el análisis factorial combinado de ambos cuestionarios en el grupo mixto.

- 16PF-C y CAQ:

- Mixto: aporta el 7.1% de la varianza, saturan las variables: E(0.522), F(0.541), H(0.622), Q2(-0.300), D3(0.381), D4(0.337), Pp(0.365).

4. Discusión

La valoración psicológica basada en la experiencia y la observación conlleva grandes riesgos con la evaluación objetiva de los pacientes cuando éstos presentan quejas desproporcionadas, los síntomas pertenecen a trastornos anteriores, exageran con ánimo rentista, los síntomas son comórbidos de otros trastornos o, tratan de establecer un falso nexo causal por siniestrosis.

La observación pasiva, a lo largo de años, de la presencia de combinaciones de factores de primer orden distintos a los recogidos en los estudios originales, constituye una señal que estimula la atención del espectador. Esta continua observación, a través de su reiteración se transforma en experiencia y, genera un paso de lo individual a la ley general que lo contiene [inducción] No obstante, es necesario realizar una experiencia a posteriori y someter las observaciones realizadas al tamiz del análisis de los datos.

El cuestionario psicológico frente a la mera observación y experiencia del perito, nos permite aprovechar la utilidad diagnóstica del test al utilizar escalas de medida, estudiar los resultados de los pacientes y compararlos con los no pacientes y extrapolar al daño psicológico los trastornos de los pacientes. Valga de ejemplo de la utilidad de los cuestionarios, cuando Seisededos (1985), dice, sic: "Las medidas logradas con el 16 PF son, en general, datos Q, y significan un determinado grado de profundidad en la penetración o diagnóstico de los rasgos de personalidad; esta penetración es mayor que en una observación

externa del sujeto...”². Asumen esta consideración los investigadores de pruebas proyectivas, (Exner, 1994)³ incidiendo en la necesidad del uso de baterías de pruebas, además de la ineludible entrevista, para estudiar las diferentes dimensiones o funciones del sujeto.

La ansiedad social se vincula a dificultades sexuales (Reich, 1985)⁴. “La fobia es un síntoma de la histeria de angustia subyacente, en la cual la libido es transformada en angustia” (Kohut, 1985)⁵. No obstante, es evidente que la ansiedad social también viene condicionada por las experiencias en las relaciones personales y, por la propia imagen corporal dañada a consecuencia de traumas físicos o enfermedades.

El superyó es fuente de sentimientos de culpa pero, a la vez, es objeto de amor, (Segal, 1993)⁶. Constituye al mismo tiempo un ideal y un objeto paranoide por sus elevadas exigencias de perfección, (Segal, 1993)⁷. “La severidad de un superyó puede establecerse independientemente de la real crueldad de la conducta de los padres” (Kohut, 1989)⁸. El superyó puede producir sentimientos de vergüenza como formación reactiva a las pulsiones narcisistas, en ocasiones con ausencia de sentimientos de culpa, (Kohut, 1989)⁹. “La conciencia autoritaria es la voz internalizada de una autoridad a la que estamos ansiosos de complacer y temerosos de desagradar. Este superyó representa las ordenes y prohibiciones del padre internalizadas y aceptadas por el hijo debido al temor” (Fromm, 1987)¹⁰. “El superyó es, simultáneamente, la ley y su destrucción. En esto es la palabra misma, el mandamiento de la ley, puesto que sólo queda su raíz” (Lacan, 1996)¹¹.

Entre los fenómenos que aparecen en la depresión psicótica está la hipocondría, la cual se manifiesta mediante la auto-percepción de objetos persecutorios externos o internos, que pueden llegar a somatizarse (Segal, 1993)¹²; la hipocondría en los psicóticos y prepsicóticos hipercatectiza funciones corporales o mentales (Kohut, 1989)¹³; la hipocondría se asocia con

² Seisdodos N. 16 PF Monografía Técnica. 3ª edición Madrid: Tea Ediciones: 1985. 148 p. (Publicaciones de psicología aplicada; 4)

³ Exner E. El Rorschach un sistema comprensivo volumen 1 fundamentos básicos. Madrid: Psimática: 1994. 60 p.

⁴ Reich W. La revolución sexual. Barcelona: Editorial Planeta: 1985. 33-34 p.

⁵ Kohut H. ¿Cómo cura el análisis? Buenos Aires: Editorial Paidós: 1985. 52 p.

⁶ Segal H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Ediciones Paidós: 1993. 78 p.

⁷ Segal H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Ediciones Paidós: 1993. 78 p.

⁸ Kohut H. Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu Editores: 1989. 51 p.

⁹ Kohut H. Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu Editores: 1989. 212 p.

¹⁰ Fromm E. Sobre la desobediencia y otros ensayos. Barcelona: Ediciones Paidós: 1987. 13 p.

¹¹ Lacan J. Los escritos técnicos de Freud. Barcelona: Editorial Paidós: 1996. 161 p. (Libro; 1)

¹² Segal H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Ediciones Paidós: 1993. 32 p.

¹³ Kohut H. Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu Editores: 1989. 198 p.

frecuencia a la paranoia. La depresión psicótica recoge la ideación suicida, la cual, como impulso de muerte es un instinto opuesto al de la vida y dirigido contra uno mismo (Fromm, 1991)¹⁴. También se aglutina la depresión ansiosa muchas veces relacionada con la indefensión (Seligman, 1995)¹⁵. La baja energía se relaciona con la pérdida de la energía de la conciencia vinculada a las psicosis (Jung, 1991)¹⁶; la ausencia de energía impide la confrontación entre lo irracional y lo racional de la personalidad (Fromm, 1993)¹⁷; la energía personal está íntimamente ligada a la capacidad de sentir y de pensar (Reich, 1985)¹⁸. Los sentimientos de culpabilidad se asocian a problemas morales (Fromm, 1991)¹⁹; se vinculan a la idea de la desobediencia a la autoridad (Fromm, 1992)²⁰; la idea de culpa se relaciona con la sexualidad (Bellack, 1979)²¹. La retirada de las relaciones personales proviene de una retracción de la libido mediante la represión (Freud, 1981)²²; y se gesta en numerosas ocasiones por el establecimiento de un doble vínculo en el mensaje (Lacan, 1999)²³. La paranoia, que se encuadra en las psicosis, es un delirio de persecución, suspicacia y susceptibilidad; puede enmarcarse en una crisis vital, es un delirio en las relaciones personales (Lacan, 1990)²⁴; en el psicoanálisis se vincula la paranoia a las dificultades de identidad sexual (Freud, 1981)²⁵. La esquizofrenia es una fragmentación del yo al cual puede llegar a desintegrar (Jung, 1991)²⁶, una disociación de la personalidad (Jung, 1991)²⁷; la ruptura con la realidad es palpable (Hathaway, McKinley, 1988)²⁸. La obsesividad constituye una regresión en cuyos casos extremos puede conllevar dificultades para trabajar, sexuales, y rigidez (Fromm, 1992)²⁹. La timidez es un senti-

¹⁴ Fromm E. El amor a la vida. Barcelona: Ediciones Paidós: 1991. 74-75 p.

¹⁵ Seligman M. Indefensión. Madrid: Editorial Debate: 1995. 22 p.

¹⁶ Jung C. La psicología de la transferencia. Barcelona: Ediciones Paidós: 1991. 43 p.

¹⁷ Fromm E. El arte de escuchar. Barcelona: Editorial Paidós: 1993. 32-33 p.

¹⁸ Reich W. La revolución sexual. Barcelona: Editorial Planeta:1985. 20 p.

¹⁹ Fromm E. La condición humana actual. Barcelona: Editorial Paidós: 1991. 82 p.

²⁰ Fromm E. Lo inconsciente social. Barcelona: Ediciones Paidós; 1992. 51 p.

²¹ Bellack L. El uso clínico de las pruebas psicológicas del TAT, CAT y SAT. México DF: Editorial Manual Moderno: 1979. 69 p.

²² Freud S. Obras completas. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva: 1981. 1523 p.

²³ Lacan J. Las formaciones del inconsciente. Barcelona: Editorial Paidós: 1999. 148 p. (Libro; 5)

²⁴ Lacan J. Las psicosis. Barcelona: Editorial Paidós: 1990. 31p. (Libro; 3)

²⁵ Freud S. Obras completas. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva: 1981. 1516 p.

²⁶ Jung C. Arquetipos e inconsciente colectivo. Barcelona: Editorial Paidós: 1991. 168 p.

²⁷ Jung C. La psicología de la transferencia. Barcelona: Ediciones Paidós: 1991. 35 p.

²⁸ Hathaway S, McKinley J. Cuestionario de personalidad MMPI. Madrid: Editorial Tea: 1988. 29 p.

²⁹ Fromm E. Lo inconsciente social. Barcelona: Editorial Paidós: 1992. 116 p.

miento de inferioridad ante los demás, fruto de un conflicto con el superyó y la represión de la agresividad, hasta su anulación..

La psicopatía a veces se relaciona con neurosis o psicosis, o como resultado de lesiones cerebrales, se caracteriza por un desprecio a las normas sociales (Nuñez, 1998)³⁰; la agitación le hace incansable.

La personalidad psicótica se conforma con el factor definido por las variables de la Depresión psicótica pertenecientes al CAQ ya relatadas y, por la afectación de las variables del 16 PF “Poco yo” y “Autoconflictivo”. La presencia de un “C- Poco yo” se relaciona con la presencia de ansiedad, psicosis y depresión (Cattell, 1989)³¹. “Autoconflictivo Q3-“ se relaciona con inestabilidad emocional y trastornos disociales (Cattell, 1993)³². El resto de la configuración del factor ya se ha discutido en la Depresión psicótica.

La inhibición conformada por: la sumisión es la subordinación a la autoridad y se gesta a través de la relación con ella (Klein, 1989)³³; la sobriedad de las personas privadas de afecto; la cohibición, la autosuficiencia del que ha sido rechazado, todo ello del 16 PF, se asocian con factores del CAQ, tales como, la “Cautela, la “Depresión ansiosa” y el severo respeto de las normas. Por el contrario la impulsividad viene definida por el carácter agresivo de E+, descuidado de F+, carente de inhibición conductual de H+, el gregarismo de Q2- (el cual le hará actuar en grupo), se asocian lógicamente con factores del CAQ, como son la agitación D3+, la ausencia de miedo de D4- y la tendencia sociopática de Pp+, valdrían para señalar una pulsión dirigida hacia el exterior y, rasgos compatibles con las aportaciones donde se asocia impulsividad con psicopatía y un déficit en la socialización (Garrido, 1993)³⁴.

A continuación se exponen con detalle los factores encontrados y que se proponen para la evaluación del daño:

- **Ansiedad social – ajuste social**, es similar en su composición al de Ajuste – ansiedad de la obra original, no obstante la adherencia de unas variables y la desaparición de otras en nuestros análisis factoriales, nos permite elaborar un significado específico para el factor hallado.
- **Ansiedad social**, definiría a una persona como reservada, alejada, inestable, suspicaz, desconfiada, astuta, con elevados sentimientos de culpabilidad, autosuficiente, autoconflictiva, con muy baja integración social, tensa, ansiosa y frustrada, con tendencia a la somatización.

³⁰ Nuñez, R. Aplicación del MMPI a la psicopatología. México DF: Editorial Manual Moderno: 1998. 7-8 p.

³¹ Cattell H. Lo profundo de la personalidad. México DF: Editorial Manual Moderno: 1993. 61 p.

³² Cattell H. Lo profundo de la personalidad. México DF: Editorial Manual Moderno: 1993. 273 p.

³³ Klein, M. Amor, culpa y reparación. Barcelona: Ediciones Paidós: 1989. 36 p.

³⁴ Garrido V. Psicopáta. Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch: 1993. 28 p.

- **Ajuste social**, definiría a la persona como: calmada, adaptable, emocionalmente estable, madura, confiable, franca, de adecuación imperturbable, dependiente del grupo, controlada y relajada.
- **Poca fuerza del superyó – mucha fuerza [indulgente – obsesivo]** coincide con el factor QVIII de Cattell (1988)³⁵, diferenciándose de él en que en nuestro grupo no aparece la variable F- Desurgente, y si aparece la variable O+ Sentimientos de culpabilidad, haciendo a la persona más inclinada hacia las obsesiones y menos cohibida. El factor de Seisdedos (1985)³⁶, de igual denominación, está más cargado de interacciones de otras variables. En los grupos mixto y de varones de nuestra obra no aparece. Así, es más específico del grupo clínico de mujeres.
- **Poca fuerza del superyó [indulgente]** subraya las características de una persona despreocupada de las normas y de la Ley, su Yo es su superyó, o tal vez su Ello, máxime cuando el Yo sea bajo; irreflexiva, enfrentada a la autoridad. Vive en un continuo conflicto interno, incapaz de controlar los impulsos; intolerante con las ideas ajenas.
 - **Mucha fuerza del superyó [obsesivo]** destaca la idealización de la perfección y la norma, el trabajo compulsivo y minuciosamente ordenado. En continua tensión para controlar las pulsiones inconscientes. Se asocia a estructuras masoquistas. Los sentimientos de culpabilidad le hacen obsesionarse. Intenta un control exagerado de sus emociones, sentimientos, de la imagen que da y de lo que piensen los demás. La sexualidad se encuentra reprimida.
- **Depresión psicótica o psicosis depresiva** es semejante en su configuración al factor I de los obtenidos en los diferentes grupos de la adaptación española, es también similar en su configuración a la de los grupos de varones y mujeres de nuestra obra. Aglutina dos grandes áreas clínicas la depresión y la psicosis, así pues, para un mayor discernimiento tendremos que analizar la combinación de las variables en cada persona. Ahora bien, cuando nos encontremos con puntuaciones altas en este factor, podremos diagnosticar la presencia de una depresión con elevados rasgos psicóticos o de una psicosis depresiva. Necesitaremos, obviamente, de la valoración personal y del juicio clínico.
- **El polo negativo**, delimita a una persona despreocupada, ágil, optimista, templada, confiada, entusiasta, con energía, flexible, relajada, cordial, adaptada, controlada, feliz, dueña de sus emociones.

³⁵ Cattell R, Eber H, Tatsuoka MM. Handbook for the sixteen personality factor questionnaire. Sixth ed. Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing Inc.: 1988. 116 p.

³⁶ Seisdedos N. 16 PF Monografía Técnica. 3ª ed. Madrid: Tea Ediciones: 1985. 19 p. (Publicaciones de psicología aplicada; 4)

- **Depresión psicótica o psicosis depresiva**, reúne las características de hipocondríaca, insatisfecha, con ideas autolíticas, ansiosa, miedosa, agotada, insomnio, anhedonia, sentimientos de culpabilidad, retraída, paranoide, obsesiva, se aleja de la realidad, compulsiva, rígida, con escasa autoestima.
- **Cautela – agitación psicopática** análogo en las variables que lo componen al factor II de la adaptación española en la muestra de adolescentes. También se equipara al factor II de la muestra clínica de mujeres y hombres de la adaptación española.
 - **Cautela**, define a una persona como cauta, prudente, que respeta las normas, ansiosa e inhibida. Puede existir una neurosis obsesiva compulsiva si las puntuaciones en Depresión ansiosa son muy altas.
 - **Agitación psicopática**, delimita las cualidades personales de un psicópata impulsivo. Relacionado con la conducta antisocial, amoral, inclemente e insensible al dolor; sin empatía, irresponsable, querulante, que no controla los impulsos. Puede darse una euforia desbocada cuando las puntuaciones en Depresión ansiosa son muy bajas.
- **Temple – personalidad psicótica** su configuración es similar al factor de depresión psicótica del CAQ del cual recoge la mayoría de sus componentes, pero al realizar el análisis factorial conjunto de ambos cuestionarios, se asocia a las variables C- y Q3- del 16PF-C. Subraya la relación existente entre la variable C Poco Yo – mucho YO y Q3 Autoconflictivo – controlado, con las depresiones y las psicosis.
 - **Temple**, aporta las características definitorias de una personalidad segura, equilibrada, que controla sus emociones, ordenada, minuciosa, vitalista, optimista, sin miedo, relajada, confiada, socializada. En el caso de que las puntuaciones en Pp Desviación psicopática, sean elevadas o extremas, presentará una conducta sociopática encubierta bajo un camuflaje de habilidades sociales y cordialidad.
 - **Personalidad psicótica**, la persona carece de un Yo, es asustadiza, inestable, sin autoestima, conflictiva, intolerante, hipocondríaca, autolítica, ansiosa, inhibida, agotada, anhedónica, fóbica social, apática, compulsiva. Se siente rechazada y ha sufrido algún daño moral, en la moral de los afectos, puede llegar a situaciones de desrealización y extrañamiento personal cuando Sc Esquizofrenia ofrezca puntuaciones elevadas o extremas. Existe una ambigüedad afectiva con las imagos parentales, de las que depende.
- **Inhibición – impulsividad** su composición se nutre de variables de los dos cuestionarios utilizados. La combinación de las variables

E+, F+, H+ y Q2+ son una reedición del factor Introversión – extroversión, repetidamente replicado. Al realizar la combinación con el 16 PF-C y el CAQ, se asocian con las variables D3+ Agitación, D4- Depresión ansiosa y Pp+ Desviación psicopática; estas variables del CAQ conforman el también replicado factor de Cautela – Agitación psicopática. De este modo se pone de relieve como un exceso de extroversión, con dominancia, surgencia, desinhibición y dependencia grupal; se asocia en ocasiones a conductas relacionadas con la sociopatía eufórica y temeraria.

- **Inhibición**, define las características de una persona sumisa, dócil, obediente, moderada, circunspecta, melancólica, triste, cohibida, tímida, huraña, áspera, evitativa, autosuficiente, empática, moderada, cautelosa, miedosa, que se siente indefensa. Inhibida, juiciosa y reflexiva.
- **Impulsividad**, está definida por las características de dominante, rebelde, terca, malhumorada, autoritaria, agresiva, irreflexiva, pasional, impredecible, eufórica, atrevida, impulsiva, diligente, gregaria, agitada, inamovible, imperturbable, temeraria. Insensible al dolor, inclemente, irresponsable, imprudente, querulante, desprecia la norma social y puede existir abuso de sustancias.

Aplicación a la ley

Uno de los problemas que plantea la actual redacción del vigente baremo de tráfico español, en la evaluación de las secuelas relativas a la afectación funcional de la personalidad, secundaria a las lesiones traumáticas, recae en la escasa definición de los distintos factores que determinan la operatividad de las funciones cognitivas. Cuando en el epígrafe correspondiente se habla de los trastornos de la personalidad se recogen, por ejemplo, dentro del síndrome posconmocional: las cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter, de la libido. Definir con precisión a que se llaman alteraciones del carácter y establecer una puntuación que, pueda recoger los aspectos cualitativos y cuantitativos de esos trastornos, requiere enfrentarse no ya al concepto operativo de carácter, sino aproximarnos a los factores que lo determinan e intentar identificar y establecer unas escalas que, permitan orientar nuestra puntuación.

Al hablar del trastorno orgánico de la personalidad o al referirnos a los trastornos neuróticos, volvemos a encontrarnos en el baremo con una ausencia clara y manifiesta de elementos objetivos y objetivables para establecer la identificación y caracterización del trastorno y su posterior cuantificación. Resulta claro que, establecer una puntuación en base a las limitaciones

para la vida de relación y para las actividades que realiza la persona supone introducir un factor de incertidumbre y ambigüedad excesivamente peligroso, y olvida la existencia de una serie de herramientas desde el punto de vista psicológico que nos pueden servir de ayuda inestimable para la objetivación, caracterización y cuantificación de los trastornos.

En nuestro trabajo hemos elegido una batería de pruebas que por su versatilidad, facilidad de aplicación y eficiencia diagnóstica permite que, con la ayuda imprescindible de un psicólogo clínico, podamos manejar un instrumento que resuelva de forma sustantiva gran parte de los problemas de indeterminación, que la actual redacción del baremo introduce en un terreno donde la excesiva psiquiatrización en unos casos, y el desconocimiento por parte de los médicos valoradores de las herramientas psicométricas definen un terreno, donde la imprecisión parece imponer su reino.

Es obvio que la baremización que proponemos responde a las posibilidades de las herramientas que hemos utilizado y que probablemente la utilización de otras herramientas alternativas puede o no coincidir de forma exacta con la propuesta que vamos a realizar. Se puede decir que si en este terreno, dos y dos no necesariamente tienen que ser cuatro, siempre se deben mover en torno a este valor no siendo asumible divergencias importantes con relación a este punto de referencia.

Nuestras herramientas nos proporcionan rasgos y, de entre ellos, vamos a extraer los que consideramos más adecuados para valorar los diagnósticos recogidos en la Ley del seguro. Estos rasgos disponen de una escala de evaluación, en decatipos, con una horquilla del uno al diez, los rasgos se corresponden con áreas de relación y de desarrollo socio-personal del paciente y expresan su capacidad de interacción con un ambiente que es preciso caracterizar para cada caso concreto. El peso de los rasgos no es uniforme a la hora de expresar las limitaciones psico-funcionales de la persona pero en cualquier caso aplicando factores de corrección ligadas a las circunstancias socio-profesionales y socio-familiares del lesionado nos aproximaremos mejor al objetivo de una valoración que recoja el principio de justicia, objetivo principal del baremo.

En el anexo II se encuentran los pesos y constantes para el cálculo de factores de segundo orden aportados.

Síndrome posconmocional

Para su valoración podemos utilizar el factor de segundo orden Ajuste-ansiedad original del test 16 PF-C, o la presencia en el CAQ de los factores de primer orden: Hipocondría, Depresión ansiosa, Depresión baja energía, Sentimientos de culpabilidad y, Retirada apatía.

16 PF-C Ajuste – ansiedad

CIE-10	DSM-IV	16PF-C Ajuste – ansiedad								
Cefalea, mareo, cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración, deterioro de la memoria, insomnio, baja tolerancia al estrés, a la excitación emocional y al alcohol. Depresivo, ansioso, baja autoestima. [hacen referencia a sintomatología compatible con neurosis; distimia; somatización]	Además introduce umbrales temporales de pérdida de conciencia, amnesia y patología convulsiva.	Inestable, afectado, cohibido, susceptible, suspicacia, inseguro, preocupado, inquieto. Se considera pertinente por su relación con: Cefaleas, mareos, cansancio, irritabilidad, insomnio, reducción de tolerancia al estrés y excitaciones emocionales, estado de ánimo ansioso y deprimido. <table border="1"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6,5-7,4</td> <td>1-5</td> </tr> <tr> <td>7,5-8,4</td> <td>6-10</td> </tr> <tr> <td>>=8,5</td> <td>11-15</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	6,5-7,4	1-5	7,5-8,4	6-10	>=8,5	11-15
Decatipo	Puntos									
6,5-7,4	1-5									
7,5-8,4	6-10									
>=8,5	11-15									

CIE-10 y DSM-IV	CAQ					
CIE-10: Temor a padecer una lesión permanente, algunos se vuelven hipocondríacos.	Hipocondría: Preocupada por la salud, los desarreglos y las funciones corporales.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>=7</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	>=7	1
Decatipo	Puntos					
>=7	1					
CIE-10; DSM-IV: Ansiedad y depresión.	Depresión ansiosa: Tenso, desmañado, perturbable, sueños molestos.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>=7</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	>=7	1
Decatipo	Puntos					
>=7	1					
CIE-10; DSM-IV: Cansancio y baja tolerancia al estrés; agotamiento, ansiedad, depresión.	Depresión baja energía: Preocupación, sin energía, sentimientos de intranquilidad.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>=7</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	>=7	1
Decatipo	Puntos					
>=7	1					
CIE-10; DSM-IV: Estado de ánimo depresivo o ansioso, con pérdida de la estimación de sí mismo; depresión.	Culpabilidad: Autocrítica, se acusa de los errores, con sentimientos de culpabilidad [pérdida de la autoestima].	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>=7</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	>=7	1
Decatipo	Puntos					
>=7	1					
CIE-10; DSM-IV: Cansancio; apatía, falta de espontaneidad, comportamiento social inapropiado.	Retirada – Apatía: Evita los contactos interpersonales, no se halla cómodo con los demás.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>>=7</td> <td>1</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	>=7	1
Decatipo	Puntos					
>=7	1					

Trastorno orgánico de la personalidad

Para su evaluación utilizaremos dos factores de segundo orden conseguidos en el análisis factorial de la combinación de 16 PF-C y del CAQ, en el grupo mixto; y de los dos factores de segundo orden obtenidos en los tres análisis factoriales realizados con el CAQ en exclusiva.

CIE-10	DSM-IV	CAQ Depresión psicótica o psicosis depresiva [CAQ]								
Suspiciosa, paranoia, obsesividad.	Apatía y no especificados.	<p>Depresión grave, desajuste de la personalidad, insatisfacción, autolisis, ansiedad, miedo, agotamiento, insomnio, sentimientos de culpa, somatizaciones, introversión, suspiciosa, obsesividad, compulsión.</p> <p><i>Se considera pertinente por su relación con: Apatía, suspiciosa, paranoia y obsesividad.</i></p> <table border="1" data-bbox="859 460 1087 611"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6,5-7,4</td> <td>1-10</td> </tr> <tr> <td>7,5-8,4</td> <td>11-20</td> </tr> <tr> <td>>=8,5</td> <td>21-40</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	6,5-7,4	1-10	7,5-8,4	11-20	>=8,5	21-40
Decatipo	Puntos									
6,5-7,4	1-10									
7,5-8,4	11-20									
>=8,5	21-40									
CIE-10		CAQ Cautela – agitación psicopática [CAQ]								
Ideación obsesiva y suspiciosa.		<p>Cautela, inhibición, prudencia, obsesión por el respeto a la norma.</p> <p><i>Pertinente por su relación con: ideación obsesiva y suspiciosa.</i></p> <table border="1" data-bbox="859 826 1087 977"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><=2,4</td> <td>21-40</td> </tr> <tr> <td>3,4 – 2,5</td> <td>11-20</td> </tr> <tr> <td>4,4 – 3,5</td> <td>1-10</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	<=2,4	21-40	3,4 – 2,5	11-20	4,4 – 3,5	1-10
Decatipo	Puntos									
<=2,4	21-40									
3,4 – 2,5	11-20									
4,4 – 3,5	1-10									
	DSM-IV	CAQ Cautela – agitación psicopática [CAQ]								
	Desinhibición y falta de control de los impulsos.	<p>Agitación psicopática, impulsividad, antisocial, amoral, indolente, inclemente, impío, sin empatía, insensible al premio o al castigo.</p> <p><i>Pertinente por su relación con: desinhibición y falta de control de los impulsos.</i></p> <table border="1" data-bbox="859 1215 1087 1366"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6,5-7,4</td> <td>1-10</td> </tr> <tr> <td>7,5-8,4</td> <td>11-20</td> </tr> <tr> <td>>=8,5</td> <td>21-40</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	6,5-7,4	1-10	7,5-8,4	11-20	>=8,5	21-40
Decatipo	Puntos									
6,5-7,4	1-10									
7,5-8,4	11-20									
>=8,5	21-40									

CIE-10	DSM-IV	16 PF-C y CAQ Temple personal – personalidad psicótica								
Susplicacia, paranoia, obsesividad.	Apatía, suspicacia, paranoia, lábil.	Ausencia de yo, miedo, labilidad, astenia, anhedonia, fobia social y compulsiones. <i>Se considera pertinente por su relación con: apatía, suspicacia, paranoia y obsesividad.</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6,5-7,4</td> <td>1-10</td> </tr> <tr> <td>7,5-8,4</td> <td>11-20</td> </tr> <tr> <td>>=8,5</td> <td>21-40</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	6,5-7,4	1-10	7,5-8,4	11-20	>=8,5	21-40
Decatipo	Puntos									
6,5-7,4	1-10									
7,5-8,4	11-20									
>=8,5	21-40									
CIE-10	DSM-IV	16 PF-C y CAQ Inhibición – impulsividad								
	Subtipo apático.	Inhibición , sumisión, docilidad, cohibición, timidez, fóbico social, cauteloso, miedoso, se siente rechazado. <i>Pertinente por su relación con: apatía.</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><=2,4</td> <td>21-40</td> </tr> <tr> <td>3,4 – 2,5</td> <td>11-20</td> </tr> <tr> <td>4,4 – 3,5</td> <td>1-10</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	<=2,4	21-40	3,4 – 2,5	11-20	4,4 – 3,5	1-10
Decatipo	Puntos									
<=2,4	21-40									
3,4 – 2,5	11-20									
4,4 – 3,5	1-10									
Falta de control de los impulsos, euforia, irritabilidad, ira, agresividad, y simpatía superficial.	Subtipo desinhibido y con falta de control de los impulsos.	Impulsividad , dominio, rebeldía, terquedad, autoritarismo, agresividad, euforia, impredecible, impulsivo, querulante, inclemente, impío, abuso de sustancias. <i>Pertinente por su relación con: Desinhibición y falta de control de los impulsos, euforia, irritabilidad, ira, agresividad, y simpatía superficial.</i> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6,5-7,4</td> <td>1-10</td> </tr> <tr> <td>7,5-8,4</td> <td>11-20</td> </tr> <tr> <td>>=8,5</td> <td>21-40</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	6,5-7,4	1-10	7,5-8,4	11-20	>=8,5	21-40
Decatipo	Puntos									
6,5-7,4	1-10									
7,5-8,4	11-20									
>=8,5	21-40									

Trastorno depresivo reactivo

Para su valoración haremos uso de diversos factores de primer orden aportados por el CAQ que en su conjunto conforman la sintomatología propia y característica de las depresiones. No obstante, cuando el paciente puntúe con un decatipo ≥ 6.5 en Depresión psicótica se le otorgaran directamente los diez puntos al considerar que se trata de una depresión más grave, por contener delirios psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

CIE-10 y DSM-IV:	CAQ		
DSM-IV: hipocondría [delirio congruente]	Hipocondría: preocupado por la salud, los desarreglos y funciones corporales	Decatipo >=7	Puntos 1
CIE-10 y DSM-IV: anhedonia e ideación suicida	Depresión suicida: insatisfecho de la vida, acoge pensamientos autodestructivos.	Decatipo >=7	Puntos 1
CIE-10; DSM-IV: insomnio, dificultades de concentración.	Depresión ansiosa: Tenso, desmañado, perturbable, sueños molestos.	Decatipo >=7	Puntos 1
CIE-10; DSM-IV: fatiga, agotamiento, ausencia de fuerzas; sentimientos de nihilismo [delirio congruente]	Depresión baja energía: Preocupación, sin energía, sentimientos de intranquilidad.	Decatipo >=7	Puntos 1
CIE-10; DSM-IV: baja autoestima, sentimientos de inutilidad y, de culpa [delirio congruente]	Culpabilidad: Autocrítica, se acusa de los errores, con sentimientos de culpabilidad [perdida de la autoestima].	Decatipo >=7	Puntos 1
CIE-10; DSM-IV: inhibición y apatía; nihilismo [delirio congruente]	Retirada – Apatía: Evita los contactos interpersonales, no se halla confortable con los demás.	Decatipo >=7	Puntos 1

CIE-10 y DSM-IV:	CAQ Depresión psicótica
<p>CIE-10 y DSM-IV: Fatiga, ausencia de fuerzas, agotamiento, inhibición, apatía; anhedonia, baja autoestima, sentimientos de culpa, ideación suicida, insomnio, alteración de la ingesta. Dificultades de atención y concentración.</p> <p>DSM-IV, delirios: Congruentes: sentimientos de culpa, hipocondría, nihilismo Incongruentes: paranoia, inserción del pensamiento, los demás pueden saber lo que piensa, ideas de ser controlado en la simbiosis.</p>	<p>Hipocondría, depresión suicida, depresión ansiosa, depresión baja energía, sentimientos de culpa, apatía retirada, paranoia, esquizofrenia, psicastenia, desajuste psicológico.</p> <p><i>Pertinente por: sintomatología psicótica de ideación delirante, alucinaciones, extrema inhibición comportamental, sentimientos de inutilidad o culpa, nihilismo, sentimientos de merecer un castigo.</i></p>

Trastorno por estrés postraumático

Para estimar su presencia, con las pruebas utilizadas establecemos una relación biyectiva semántica entre cada uno de los síntomas propuestos por el DSM-IV y las variables de primer orden de las dos pruebas, el procedimiento se realiza paso a paso, síntoma a síntoma con cada una de las variables que identifican o contienen esa sintomatología. Generalmente referida a las esferas de: privación, ansiedad, aversión y depresión.

Crterios DSM-IV	Factor en el cuestionario	El factor mide:
(a.1) existencia de un acontecimiento traumático.	Ninguno. Debe evaluarse en la entrevista.	
(a.2) la persona ha experimentado temor, horror o desesperanza.	D4 +; Depresión ansiosa del CAQ.	Ansiedad generalizada ante señales conscientes o inconscientes de riesgo en situaciones de indefensión o desesperanza, por desastres o infortunios.
(b.1) recuerdos que provocan malestar con imágenes, pensamientos o percepciones.	Q4 +; Mucha tensión energética del 16 PF.	Tenso, excitable, intranquilo, irritable, impaciente.
(b.2) sueños recurrentes del hecho traumático que producen malestar.	D4 +; Depresión ansiosa del CAQ.	Tenso, perturbable, sueños molestos.
(b.3) sensación de que el hecho traumático se está reproduciendo, <i>flashback</i> .	M +; Imaginación autística del 16PF.	Dado a la contemplación y la ensoñación, se refugia en la fantasía, poco estable.
(b.3)	Sc +; Esquizofrenia del CAQ.	Con impulsos repentinos o incontrolados se aleja de la realidad. Puede padecer fenómenos de desrealización y extrañamiento.
(b.4) malestar psicológico intenso ante estímulos o recuerdos asociados al trauma o que lo simbolizan.	Q4 +; Mucha tensión energética del 16 PF.	Tenso, excitable, intranquilo, irritable, impaciente.
(b.4)	QI +; Ansiedad del 16PF.	Insatisfecho con su posibilidad de responder a las urgencias de la vida. Desorganización de la acción y posibles alteraciones fisiológicas.
(b.5) respuestas fisiológicas ante la exposición a estímulos traumáticos.	QI +; Ansiedad del 16PF.	Desorganización de la acción y posibles alteraciones fisiológicas.
(b.5)	Q4 +; Mucha tensión energética del 16 PF.	Tenso, excitable, intranquilo, irritable, impaciente.
(c.1) evita pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.	No hay un factor específico.	

(c.2) evita actividades, lugares o personas que recuerdan el trauma.	A -; Sizotimia del 16 PF.	Reservada, alejada, crítica y fría. En relación con las personas.
(c.3) amnesia de aspectos del trauma.	No hay ningún factor específico que lo mida.	
(c.4) reducción acusada del interés y de las actividades.	F -; Desurgencia del 16 PF.	Sobria, prudente y taciturna.
(c.4)	H -; Cohibida del 16 PF.	Cohibida, reprimida, tímida y con falta de confianza.
(c.5) sensación de desapego o enajenación frente a los demás.	A -; Sizotimia del 16 PF.	Reservada, alejada, crítica y fría.
(c.5)	D7 +; Retirada apatía del CAQ.	Evita contactos interpersonales, no se encuentra a gusto con los demás.
(c.6) restricción de la vida afectiva. Incapacidad de amar.	Se recomienda el uso de pruebas proyectivas tales como: T.A.T.; el Rorschach o el test de Relaciones Objetales	
(c.7) sensación de futuro desolador.	En el CAQ cualquier puntuación indicadora de: D2 Depresión suicida, D4 Depresión Ansiosa, D5 Depresión baja energía.	Distintas formas de depresión.
(d.1) dificultades para conciliar o mantener el sueño.	D4 +; Depresión ansiosa del CAQ.	Tenso, perturbable, sueños molestos.
(d.2) irritabilidad o ataques de ira	L +; Suspica del 16 PF.	Desconfiado, vigilante, irritable, quisquilloso.
(d.2)	Q4 +; Mucha tensión energética del 16 PF.	Tenso, excitable, intranquilo, irritable, impaciente.
(d.3) dificultades para concentrarse.	B -; Inteligencia baja del 16 PF.	Inteligencia, supeditado a la evaluación de la congruencia de los resultados con la información adicional.
(d.4) hipervigilancia.	L +; Suspica del 16 PF.	Desconfiado, vigilante, irritable, quisquilloso.
(d.4) hipervigilancia.	Pa +; Paranoia en el CAQ.	Cree que se le persigue, controla, espía, maltrata.
(d.5) respuestas exageradas de sobresalto.	C -; Poca fuerza del Yo.	Turbable, fóbico, neurótico, con escasos mecanismos de control, con miedos.
(d.5) respuestas exageradas de sobresalto	Q4 +; Mucha tensión energética del 16 PF.	Tenso, excitable, intranquilo, irritable, impaciente.
(e.1) los síntomas anteriores se prolongan por más de seis meses.	A valorar mediante entrevista y seguimiento terapéutico.	
(f.1) Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.	Se evalúa mediante los resultados de los factores anteriores, la entrevista y seguimiento terapéutico.	

Cuando aparezcan los síntomas, y siendo tan escaso el margen de 1 a 3 puntos, se deja a juicio del perito la cuantificación.

Trastorno de ansiedad

Consideramos como más adecuado para estimar su presencia y cuantificarlo el factor original de segundo orden del 16 PF-C; QI Ajuste – ansiedad.

CIE-10 y DSM-IV:	16PF-C Ajuste – ansiedad								
<p>Agitación, inquietud, angustia, temor, intranquilidad, pánico.</p> <p>Sintomatología de: palpitaciones, taquicardia, taquipnea, dolor precordial, asfixia, mareo, vértigo, temblores, tensión muscular, sudoración, sequedad de boca [el vaso de agua], vértigo, cefaleas, etc.</p>	<p>Define a la persona como inestable, afectado, cohibido, susceptible, suspicaz, inseguro, preocupado e inquieto.</p> <p><i>Pertinente por relacionarse con: cefaleas, mareo, cansancio, irritabilidad, insomnio, reducción de tolerancia al estrés, ansiedad y depresión.</i></p> <table border="1" data-bbox="896 724 1125 873"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6,5 -7,4</td> <td>1-2</td> </tr> <tr> <td>7,5 – 8,4</td> <td>2-3</td> </tr> <tr> <td>>=8,5</td> <td>4-5</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	6,5 -7,4	1-2	7,5 – 8,4	2-3	>=8,5	4-5
Decatipo	Puntos								
6,5 -7,4	1-2								
7,5 – 8,4	2-3								
>=8,5	4-5								

Trastorno de ansiedad social

La emergencia en los análisis factoriales de un factor semejante al de QI Ajuste- ansiedad original del test, pero, que adhiere nuevas variables y elimina a otras, nos ha permitido definir un factor de segundo orden, específico para medir la ansiedad social. Para su valoración sólo es necesario utilizar el 16 PF-C.

CIE-10 y DSM-IV:	16PF-C Ansiedad social – ajuste social								
<p>Tiene la misma sintomatología que la ansiedad. Agitación, inquietud, angustia, temor, intranquilidad, pánico, referido a situaciones sociales.</p> <p>Sintomatología de: palpitaciones, taquicardia, taquipnea, dolor precordial, asfixia, mareo, vértigo, temblores, tensión muscular, sudoración, sequedad de boca [el vaso de agua], vértigo, cefaleas, etc</p>	<p>define a la persona como reservado, alejado, lábil, suspicaz, desconfiado, tenso, obsesivo, frustrado con sentimientos de culpabilidad.</p> <p><i>Pertinente por relacionarse con: cefaleas, mareo, cansancio, irritabilidad, insomnio, reducción de tolerancia al estrés, ansiedad y depresión. Temor a las situaciones sociales.</i></p> <table border="1" data-bbox="896 1461 1125 1610"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><=2,4</td> <td>4-5</td> </tr> <tr> <td>3,4 -2,5</td> <td>2-3</td> </tr> <tr> <td>4,4 -3,5</td> <td>1-2</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	<=2,4	4-5	3,4 -2,5	2-3	4,4 -3,5	1-2
Decatipo	Puntos								
<=2,4	4-5								
3,4 -2,5	2-3								
4,4 -3,5	1-2								

Trastorno ansioso – depresivo

Su presencia es evaluable utilizando el factor de primer orden del CAQ; D4 Depresión ansiosa. Aunque, hay que ponderar la elevada sensibilidad de esta variable en pacientes.

CIE-10 y DSM-IV:	CAQ D4 Depresión ansiosa								
<p>Tiene la misma sintomatología que la ansiedad: Agitación, inquietud, angustia, temor, intranquilidad, pánico, palpitaciones, taquicardia, taquipnea, dolor precordial, asfixia, mareo, vértigo, temblores, tensión muscular, sudoración, sequedad de boca [el vaso de agua], vértigo, cefaleas, etc.</p> <p>Sintomatología depresiva: reducido interés por la vida, inhibido, baja actividad, disminución del placer de vivir.</p>	<p>Tensión, perturbación, sueños molestos, inseguridad, desorientación, difícil adaptación a las exigencias de la vida cotidiana.</p> <p><i>Pertinente por relacionarse con: Cefaleas, mareo, cansancio, irritabilidad, insomnio, reducción de tolerancia al estrés, ansiedad y depresión.</i></p> <table border="1" data-bbox="857 644 1087 797"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7 – 8</td> <td>1-2</td> </tr> <tr> <td>8 – 9</td> <td>2-3</td> </tr> <tr> <td>9 – 10</td> <td>4-5</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	7 – 8	1-2	8 – 9	2-3	9 – 10	4-5
Decatipo	Puntos								
7 – 8	1-2								
8 – 9	2-3								
9 – 10	4-5								

Trastorno obsesivo – compulsivo

Podemos utilizar el 16 PF-C con el factor obtenido de Poca – mucha fuerza del superyó [Indulgente – obsesivo] en su polo positivo para mujeres y, en hombres la presencia de dos o más de los siguientes factores de primer orden G+, O+, Q3+ con decatipos ≥ 7 . En el CAQ el factor de primer orden As Psicastenia.

CIE-10 y DSM-IV	16PFC en mujeres Poca – mucha fuerza del superyó [Indulgente – obsesivo]				
<p>Inseguridad, cautela, minuciosidad, orden escrupuloso, perfeccionismo, rigidez, trabajo compulsivo, engreimiento, vanidad, terquedad, ideas intrusas</p>	<p>Idealiza la perfección, la norma y el reglamento, siempre en tensión, se obsesiona con facilidad, intenta ejercer un control férreo sobre sus emociones y sentimientos. La sexualidad se encuentra reprimida.</p> <table border="1" data-bbox="857 1388 1087 1463"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>$\geq 6,5$</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	$\geq 6,5$	5
Decatipo	Puntos				
$\geq 6,5$	5				

En hombres la presencia simultanea de decatipos ≥ 7 en los factores G, O y Q3, otorgaría 5 puntos. La presencia de al menos dos de ellos con decatipos ≥ 7 , lo deberá valorar el perito.

Con el CAQ, para hombres y mujeres

CIE-10 y DSM-IV	CAQ As Psicastenia								
Inseguridad, cautela, minuciosidad, orden escrupuloso, perfeccionismo, rigidez, trabajo compulsivo, engreimiento, vanidad, terquedad, ideas intrusas.	Ideas obsesivas, anclado en las dificultades, en alerta, inestable, minucioso, maniático, compulsivo, preocupado, maniático del orden y de la limpieza. <table border="1" data-bbox="895 444 1125 596"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7 – 8</td> <td>1 – 2</td> </tr> <tr> <td>8 – 9</td> <td>2 – 3</td> </tr> <tr> <td>9 – 10</td> <td>4 - 5</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	7 – 8	1 – 2	8 – 9	2 – 3	9 – 10	4 - 5
Decatipo	Puntos								
7 – 8	1 – 2								
8 – 9	2 – 3								
9 – 10	4 - 5								

Trastorno hipocondríaco

Cuantificaremos la presencia de un trastorno hipocondríaco con el factor original de primer orden del CAQ, D1 Hipocondría.

CIE-10 y DSM-IV	CAQ D1 Hipocondría								
Preocupación por padecer enfermedades, teme la aparición de otros trastornos, nosofobia.	Define a la persona como preocupada por la salud y los desarreglos y funciones corporales. Se relaciona con ansiedad, depresión y otros trastornos más severos. <table border="1" data-bbox="895 1021 1125 1173"> <thead> <tr> <th>Decatipo</th> <th>Puntos</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>7 – 8</td> <td>1 – 2</td> </tr> <tr> <td>8 – 9</td> <td>2 – 3</td> </tr> <tr> <td>9 – 10</td> <td>4 – 5</td> </tr> </tbody> </table>	Decatipo	Puntos	7 – 8	1 – 2	8 – 9	2 – 3	9 – 10	4 – 5
Decatipo	Puntos								
7 – 8	1 – 2								
8 – 9	2 – 3								
9 – 10	4 – 5								

Conclusiones

Asumir los cuestionarios como herramientas complementarias en la exploración.

Las baterías psicométricas nos proporcionan una mayor objetividad.

Se aprecia la complementariedad de los cuestionarios y del baremo.

La adecuación no se considera homogénea.

Existe una correspondencia lo suficientemente intensa como para justificar una relación aritmética aproximada con el epígrafe del baremo y la escala en decatipos.

Anexo I

A Sizotimia – afectotimia
B Inteligencia baja – alta
C Poco Yo – mucho Yo
E Sumisión – dominancia
F Desurgencia – surgencia
G Poco superyó – mucho superyó
H Cohibido – no inhibido
I Sensibilidad dura – blanda
L Confiable – suspicaz
M Realista – imaginación autística
N Franco – astuto
O Adecuación imperturbable – culpabilidad
Q1 Conservador – radical
Q2 Dependiente grupal – autosuficiencia
Q3 Autoconflictivo – controlado
Q4 Relajado – tensión energética
D1 Hipocondría
D2 Depresión suicida
D3 Agitación
D4 Depresión ansiosa
D5 Depresión baja energía
D6 Culpabilidad y resentimiento
D7 Apatía retirada
Pa Paranoia
Pp Desviación psicopática
Sc Esquizofrenia
As Psicastenia
Ps Desajuste psicológico

Anexo II – Tabla de cálculo para **hombres** para las puntuaciones en los factores de segundo orden

VARONES	Ansiedad social – ajuste	Depresión psicótica	Cautela – agitación psicopática	Temple personal – personalidad psicótica	Inhibición – impulsividad
A	0,10			-0,01	0,03
B	0,04			-0,01	-0,04
C	0,18			-0,06	0,01
E	-0,01			0,01	0,16
F	-0,05			0,01	0,31
G	-0,01			-0,01	-0,05
H	0,02			-0,01	0,34
I	0,01			-0,01	-0,01
L	-0,28			0,02	0,06
M	-0,03			-0,01	0,00
N	-0,15			0,00	-0,01
O	-0,19			-0,01	0,06
Q1	-0,04			0,00	-0,01
Q2	-0,08			0,00	-0,12
Q3	0,12			-0,08	-0,04
Q4	-0,27			0,02	0,05
D1		0,17	0,00	0,19	0,04
D2		0,10	-0,05	0,07	0,05
D3		0,00	0,13	0,01	0,09
D4		0,06	-0,23	0,02	-0,18
D5		0,15	-0,19	0,15	-0,02
D6		0,10	-0,15	0,08	0,00
D7		0,11	0,00	0,09	-0,04
Pa		0,12	0,22	0,14	0,07
Pp		-0,04	0,25	0,01	0,22
Sc		0,14	0,15	0,16	0,08
As		0,04	-0,06	0,03	0,03
Ps		0,12	0,03	0,09	-0,08
Constante	10,77	-2,98	6,02	-2,05	0,99

Anexo II – Tabla de cálculo para **mujeres** para las puntuaciones en los factores de segundo orden

MUJERES	A. social – ajuste	Indulgente – obsesivo	Depresión psicótica	Cautela – a. psicopá- tica	Temple p. – p. psicótica	Inhibición – impulsi- vidad
A	0,18	0,08			0,02	0,03
B	0,08	0,07			-0,01	-0,04
C	0,27	-0,09			-0,01	0,01
E	-0,02	-0,20			0,01	0,16
F	-0,19	0,16			-0,02	0,31
G	0,03	0,46			0,01	-0,05
H	-0,09	-0,01			0,05	0,34
I	-0,08	-0,06			0,01	-0,01
L	-0,21	-0,07			-0,02	0,06
M	-0,08	0,05			0,00	0,00
N	-0,22	0,06			-0,05	-0,01
O	-0,27	0,22			0,03	0,06
Q1	0,06	0,03			0,00	-0,01
Q2	-0,12	-0,17			-0,01	-0,12
Q3	0,16	0,22			-0,02	-0,04
Q4	-0,16	0,05			0,00	0,05
D1			0,12	-0,09	0,15	0,04
D2			0,04	0,00	0,12	0,05
D3			0,05	0,42	0,01	0,09
D4			0,09	-0,20	0,05	-0,18
D5			0,31	-0,02	0,39	-0,02
D6			0,14	0,10	0,17	0,00
D7			0,09	0,10	0,10	-0,04
Pa			0,14	0,18	0,05	0,07
Pp			-0,07	0,38	-0,01	0,22
Sc			0,09	0,17	0,01	0,08
As			0,01	0,06	0,01	0,03
Ps			0,20	-0,18	0,16	-0,08
Constante	11,21	1,39	-4,29	1,68	-4,20	0,99

Bibliografía

- Alejos JD, Manuel MT, Abejaro F. Estudio de los perfiles en el EPQ de un grupo de pacientes psiquiátricos. *Phronesis* 1988; 9: 316-321.
- Aluja A. Medida de la personalidad en adultos mediante el EPQ y el 16 PF y la relación con las actitudes sociales. *Psiquis* 1995; 16: 210-6
- Brotos J, Hernández J. Estudio de personalidad en enfermos hemodializados mediante el 16 PF test de Cattell. *Anales de Psiquiatría* 1992; 8: 27-31.
- Bellack L. El uso clínico de las pruebas psicológicas del TAT, CAT y SAT. México DF: Editorial Manual Moderno: 1979.
- Carrera J. La simulación del daño psíquico. *Cuadernos de Medicina Forense* 1997; 8: 23-7.
- Cattell H. Lo profundo de la personalidad. México DF: Editorial Manual Moderno: 1993.
- Cattell RB, Eber HW, Tatsuoka MM. Handbook for the sixteen personality factor questionnaire. Sixth ed. Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing, Inc.: 1988.
- Díaz A, Pérez J, Martínez MT, et al. Influencias de la personalidad materna sobre el estilo conductual infantil, implicaciones para la atención temprana: *Anales de Psicología* 2000; 16: 101-110.
- Escolar MV. Aportaciones al uso del cuestionario de Eysenck (EPQ) para adultos en la población española. *Comunicación Psiquiátrica* 1981; 8: 267-331.
- Fiori A. Experiencia y reflexión sobre la valoración médico legal del daño psíquico. *Cuadernos de Medicina Forense* 1997; 9:24-45.
- Freud S. Obras completas. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva: 1981.
- Fromm E. Sobre la desobediencia y otros ensayos. Barcelona: Ediciones Paidós: 1987.
- Fromm E. El amor a la vida. Barcelona: Ediciones Paidós: 1991.
- Fromm E. La condición humana actual. Barcelona: Editorial Paidós: 1991.
- Fromm E. Lo inconsciente social. Barcelona: Editorial Paidós: 1992.
- Fromm E. El arte de escuchar. Barcelona: Editorial Paidós: 1993.
- García AL, Astolfi J. La valoración médica de la invalidez laboral por daño psíquico. *Cuadernos de Medicina Forense* 1997; 8:60-8.
- Garrido V. Psicópata. Valencia: Editorial Tirant Lo Blanch: 1993.
- González-Pinto A, González-Pinto R. Comparación entre las puntuaciones al cuestionario EPI de Eysenck y al 16 PF de Cattell en una muestra de estudiantes universitarios. *Psiquis* 1987; 8: 242-6.
- González JM, Crespo J. Aspectos psicosociológicos de la incapacidad laboral (por daño psíquico) en el curso y la evolución de la enfermedad psíquica. *Cuadernos de Medicina Forense* 1997; 8: 69-72.
- Herrera A. Valoración del daño moral. *Cuadernos de Medicina Forense* 1997; 8: 83-6.
- Hathaway S, McKinley J. Cuestionario de personalidad MMPI. Madrid: Editorial Tea: 1988.
- Jung C. Arquetipos e inconsciente colectivo. Barcelona: Editorial Paidós: 1991.
- Jung C. La psicología de la transferencia. Barcelona: Ediciones Paidós: 1991.
- Kohut H. ¿Cómo cura el análisis? Buenos Aires: Editorial Paidós: 1985.
- Kohut H. Análisis del self. Buenos Aires: Amorrortu Editores: 1989.

- Klein M. Amor, culpa y reparación. Barcelona: Ediciones Paidós: 1989.
- Lacan J. Los escritos técnicos de Freud. Barcelona: Editorial Paidós: 1996.
- Lacan J. Las formaciones del inconsciente. Barcelona: Editorial Paidós: 1999.
- Lacan J. Las psicosis. Barcelona: Editorial Paidós: 1990.
- Lledó CL. El daño moral. Cuadernos de Medicina Forense 1998: 0: 15-27.
- Monleón PJ, Rojo J, García ML, et al. Estudio mediante el 16 PF de Cattell de la personalidad de los estudiantes de Medicina y el retraso académico. Anales de Psiquiatría 2001: 17:1-7.
- Nieto J, García C, Morales JM. El perfil neurótico a través del cuestionario de personalidad 16 PF de Cattell. Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines 1985: 13: 183-190.
- Nieto J, García C, Morales JM. Factorización de segundo orden del cuestionario 16 PF de Cattell en pacientes neuróticos. Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España 1985: 20: 43-55.
- Nieto J, Ortiz M, Abad MA. Análisis discriminante con el cuestionario 16 PF entre un grupo de pacientes neuróticos y sujetos normales. Anales de Psiquiatría 1985: 1: 220-4.
- Núñez R. Aplicación del MMPI a la psicopatología. México DF: Editorial Manual Moderno: 1998.
- Orengo F. Aspectos clínicos comunes entre síntomas de conversión y el síndrome de Antón-Babinski. Archivos de Neurobiología 1990: 53: 177-188.
- Orengo F. Psicofisiología y clínica histérica. Archivos de Neurobiología 1992: 56: 144-151.
- Rojo J, Rojo M, Valdemoro C, et al. Análisis de las tendencias vocacionales en estudiantes universitarios mediante el 16 PF de Cattell. Anales de Psiquiatría 1989: 5: 233-9.
- Rojo J, Rojo M, Valdemoro C, et al. Evaluación y autoconcepto en estudiantes universitarios mediante el análisis de los factores de primer orden del 16 PF de Cattell. Anales de Psiquiatría 1989: 5: 90-6.
- Ruiz M, Samada P. Estructura familiar y esquizofrenia. Un estudio sobre la madre del esquizofrénico. Psiquis 1981: 2: 54-60.
- Ruiz E. El daño psíquico en la reforma del código penal. Cuadernos de Medicina Forense 1997: 9:73-89.
- Reich W. La revolución sexual. Barcelona: Editorial Planeta: 1985.
- Seisdedos N. 16 PF Monografía Técnica. 3ª ed. Madrid: Tea Ediciones: 1985.
- Serrano F. Cuestionario del 16 PF para el estudio y diferenciación de las características de personalidad en familiares de esquizofrénicos y de normales. Psiquis 1985: 6: 9-22.
- Segal, H. Introducción a la obra de Melanie Klein. Buenos Aires: Ediciones Paidós: 1993.
- Seligman M. Indefensión. Madrid: Editorial Debate: 1995.
- Valdemoro C, Rojo J, Catalá M. Tendencias vocacionales en estudiantes de odontología mediante el cuestionario de personalidad 16 PF de Cattell. Archivos de Odontomatología 1995: 11: 551-8.
- Villanueva E. Peculiaridades de la prueba pericial en la valoración del daño psíquico. Cuadernos de Medicina Forense 1997: 8: 3-22.
- Zabalegui L. El sentimiento de culpa: concepto y medida. Tesis Doctoral. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, España:1987

Resumo: Aplicação dos testes 16 PF e CAQ a uma escala de avaliação do dano psicológico

Tentamos resolver a dificuldade em avaliar os prejuízos psicológicos mencionados na Lei de Ordenação e Supervisão dos Seguros Privados de Espanha, desenvolvendo um fácil manual de avaliação. Realizaram-se análises factoriais às variáveis de primeira ordem do teste de personalidade 16 PF de Cattell, do questionário de análise clínica de Krug e da combinação de ambos em três grupos de pacientes: mixto, 134 homens e 144 mulheres. O estudo é analítico, descritivo e transversal. O método é estatístico, a posteriori. Calculou-se a adequação dos resultados à análise factorial; nas análises efectuaram-se sempre rotações oblíquas, escolhendo as soluções mais simples. Obtiveram-se 42 factores de segunda ordem, 24 deles diferentes entre si, tendo utilizado somente 6 para o nosso manual: Ansiedade social – ajuste social, Pouca – muita força do superego [indulgente – obsessivo], Depressão psicótica, Precaução – agitação psicopática, Calma – personalidade psicótica, Inibição – impulsividade. Utilizando uma analogia semântica estabelece-se a relação entre os critérios diagnósticos do CIE-10 e da DSM-IV e os factores obtidos; também se usam factores de primeira ordem originais dos questionários. Anexam-se as fórmulas de cálculo dos factores e as tabelas de avaliação do dano.

Palavras-chave: Avaliação do dano; dano psicológico; tabelas de avaliação.

Summary: 16 PF and CAQ TESTS application to an assessment scale of psychological damage

We have tried to solve the difficulty of evaluating the psychological detriments gathered in the Spanish Law of Rule and Supervision for Private Insurance by developing a simple evaluation manual. Factor analyses have been carried out on primary variables of the 16 PF Cattell's Personality Test, Krug's Clinical Analysis Questionnaire and the combination of both in three groups of patients: mixed, 134 men and 144 women. The study is observational, descriptive and cross-sectional. The method is statistical, a posteriori. The adaptation of the data to the factor analysis has been calculated; oblique rotations have always been carried out in the analyses, choosing the simplest solutions. 42 secondary factors, from which 24 are different from each other, have been obtained. Only 6 of them have been used for our manual: Social anxiety – social adjustment, Low – high super-ego strength [indulgent – obsessive], Psychotic depression, Caution – psychopathic agitation, Calmness – psychopathic personality, Inhibition – impulsivity. The connection between the diagnostic criteria of the CIE-10 and the DSM-IV with the obtained factors has been established by making use of a semantic relation; original primary factors of the questionnaires have also been used. Calculus formulae of the factors and scale tables of the damage have been attached.

Key-words: Damage evaluation; psychological damage; valuation scales.

Résumé: Application des tests 16 PF et CAQ à une échelle d'évaluation du dommage psychologique

On a essayé de résoudre la difficulté d'évaluer les préjudices psychologiques présentés dans la Loi d'Aménagement et Supervision des Assurances Privées en Espagne, en développant un manuel d'évaluation simple. On a réalisé des analyses factorielles sur les variables de premier

ordre du test de personnalité 16 PF de Cattell, le Questionnaire d'Analyse Clinique de Krug et la combinaison de tous les deux en trois groupes de patients: mixte, 134 hommes et 144 femmes. L'étude est en observance, descriptive et transversal. La méthode est statistique, a posteriori. On a calculé l'adéquation des données à l'analyse factorielle; on a toujours effectué des rotations obliques dans les analyses, en choisissant les solutions les plus simples. On a obtenu 42 facteurs de deuxième ordre, il y en a 24 qui sont différents entre eux-mêmes et on n'en a utilisé que 6 pour notre manuel: Anxiété sociale – ajustement social, Peu – beaucoup de force du sur-moi [indulgent – obsessionnel], Dépression psychotique, Précaution – agitation psychopathe, Calme – personnalité psychotique, Inhibition – impulsivité. Par analogie sémantique on établit la relation entre les critères diagnostiques du CIE-10 et ceux du DSM-IV avec les facteurs obtenus; on utilise aussi des facteurs de premier ordre originaux des questionnaires. Les formules de calcul des facteurs et les tables de barème du dommage son joints.

Mots-clés: Evaluation du dommage; dommage psychologique; barème d'évaluation.

Pedido de separatas:

JAIME GÓMEZ GILABERT

jaimegomezgilabert@ono.com

Valutazione medico-legale della fenomenologia neuropsicologica post-traumatica¹

G. Cannavò², L. Mastroberto³, F. Mela⁴, G. Tucci⁵

Evoluzione storica del concetto di danno alla persona

L'inquadramento medico-legale della fenomenologia neuropsicologica post-traumatica non può prescindere da un breve excursus storico sulla evoluzione del modo di intendere giuridico del concetto di "danno alla persona in responsabilità civile".

L'apprezzamento medico e giuridico del danno alla persona e le attività risarcitorie ed indennitarie ad esso connesse hanno origini molto antiche, risalenti addirittura al millennio precedente la nascita di Cristo. Da allora e fino ad epoche relativamente recenti, i vari impianti dottrinari sviluppati nel corso dei secoli hanno mantenuto sostanzialmente immutato il concetto secondo cui il valore dell'uomo sia da concepire primariamente – se non addirittura esclusivamente – in relazione alla sua capacità lavorativo-lucrativa.

Tale concezione del valore dell'uomo trova la sua migliore codificazione nell'opera di Melchiorre Gioia (1767-1829), uomo politico di idee liberali, filosofo, economista, studioso di statistica tanto da esserne considerato uno dei fondatori. Di questo studioso, uno dei primi ad occuparsi estesamente del risarcimento del danno alla persona, va ricordata la celebre "regola del ciabattino" che citiamo testualmente: "... un calzolaio, per esempio, eseguisce due scarpe ed un quarto al giorno, voi avete indebolito la sua mano in modo che non riesce più a fare che una scarpa. Voi gli dovete allora il valore della fattura di una scarpa ed un quarto, moltiplicato per il numero di giorni che gli restano di vita, meno i giorni festivi ..." [www.giovannicannavo.it].

¹ Artigo publicado na revista Tagete 2006; 12 (1).

² Médico legista, Secretário-geral da Associação "M. Gioia".

³ Médico legista, Consultor da Direção da UNIPOL, Bolonha, Itália.

⁴ Médico legista, Bolonha, Itália.

⁵ Consultor médico da Linear Assicurazioni.

Nella storia della Medicina Legale italiana, è unanimemente riconosciuto al pensiero di Cesare Gerin il merito di aver introdotto un elemento nuovo nel concetto di danno alla persona, elemento che – elaborato nei decenni successivi – rappresenta il fondamento della attuale Dottrina del danno biologico: il concetto di “danno alla validità psico-fisica” [Gerin, 1952; 1973]. Tale importante riformulazione concettuale pone al centro della valutazione del danno alla persona non già il soggetto inteso solo come elemento produttivo di un bene economico, bensì l’uomo in tutte le sue dimensioni e manifestazioni del vivere quotidiano.

In verità, nonostante l’opera di Gerin, l’impostazione rigidamente legata a criteri esclusivamente patrimonialistici per decenni è rimasta sostanzialmente immutata nella prassi giudiziaria e, conseguentemente, anche in quella valutativa medico-legale. Soltanto verso la metà degli anni ‘70, vennero emanate due sentenze dai Tribunali di Genova e di Pisa, subito sostenute dalla Dottrina delle locali sedi universitarie. In particolare il Tribunale di Genova nel ‘74 [II Sez. Civ., 30 maggio 1974], sancì che “nell’ipotesi di lesioni fisiche della persona occorre considerare due distinti profili, per la determinazione del danno: da un lato il pregiudizio di ordine patrimoniale subito (da accertarsi nella sua concreta effettività), dall’altro e cumulativamente il pregiudizio non patrimoniale consistente nel <<danno biologico>>, cioè nella lesione dell’ integrità psico-fisica in sè e per sè considerata, il cui risarcimento deve variare solo con il variare dell’età del danneggiato” [Bessone M, Roppo E, 1975]

Il nuovo principio fu accolto anche dalla Corte di Cassazione nel 1981, secondo cui “... il danno cosiddetto biologico deve essere considerato risarcibile ancorché non incidente sulla capacità di produrre reddito, ed anzi indipendentemente da quest’ultima, le cui menomazioni vanno indipendentemente risarcite” [Cass., 6 giugno 1981, n. 3675] .

Nel contempo, si è andato affermando il principio consequenziale che il valore economico del “bene salute”, essendo un valore identico per qualsiasi individuo, una volta leso, debba essere economicamente reintegrato con un parametro monetario uguale per tutti e, quindi, non più rapportato a specifici requisiti economici posseduti dal soggetto danneggiato prima dell’evento lesivo. Il momento di passaggio definitivo dalla fase di studio ed elaborazione teorica a quella della piena legittimazione giuridica di questo diverso modo di intendere il danno alla persona in responsabilità civile è formalmente individuato nella sentenza della Corte Costituzionale n.184 del 14/7/86.

Parallelamente all’evoluzione del pensiero giuridico, si è compiuta l’evoluzione della dottrina medico-legale, nel rispetto della sua propria finalità di individuare ed elaborare i punti di raccordo con il diritto. In questi anni, infatti, ha cercato di enucleare quegli strumenti teorico-pratici che consentissero di supportare questa nuova concezione del danno alla persona, non più

incentrata sulla stima della riduzione delle “capacità produttive” del soggetto leso, ma primariamente sulla valutazione del nocumento prodotto al bene salute, nella più vasta accezione del termine. Si è così giunti alle più recenti formulazioni – sostenute anche da pronunce della Cassazione Civile e della Corte Costituzionale – che comprendono nell’azione risarcitoria delle lesioni a beni primari (definiti di “rango costituzionale”) anche il “danno esistenziale”.

Tuttavia, il percorso applicativo nell’attività risarcitoria per danni da responsabilità di terzi della sopra descritta moderna concezione sul valore dell’uomo (peraltro, unica nel mondo industrializzato) si è sviluppato in assenza di condivisione sul territorio nazionale. Molti tribunali cittadini, infatti, hanno creato proprie tabelle, diverse da quelle di altre città e, talvolta, addirittura diverse fra sezione e sezione dello stesso tribunale. La medesima frammentazione si è verificata anche nell’ambito della valutazione medico legale del valore percentuale del danno permanente biologico, con produzione di “guide” elaborate da autori diversi, talvolta, con differenze sostanziali. Di conseguenza, un medesimo danno può avere ricevuto valutazioni basate su differenti parametri, a seconda che abbiano fatto riferimento all’una piuttosto che all’altra guida.

Si è resa pertanto necessaria l’emanazione di alcuni provvedimenti legislativi (segnatamente la Legge 57/2001 e la Legge 273/2002) per superare le diseguità generate da prassi giudiziarie “locali” nella fissazione dei parametri economici per risarcire il danno alla salute. Le due leggi sopra menzionate hanno dunque avuto lo scopo di fissare i riferimenti nazionali dei parametri sia economici che medico legali.

Ma, nella pratica, tale uniformità è stata circoscritta ai danni cosiddetti “micropermanenti”, cioè, quelli che comportano invalidità biologiche permanenti comprese fra 1 e 9 punti percentuali. Soltanto il 14 settembre 2004, ai sensi della Legge 273/2002, è stata costituita dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Giustizia, una nuova commissione tecnica con il compito di fissare i parametri di valutazione medico legale ed economici anche per i danni “macropermanenti”, cioè, quelli che comportano invalidità biologiche permanenti comprese fra 10 e 100 punti percentuali.

Tipologie di danno risarcibile

Il diritto al risarcimento del danno alla persona (“danno biologico”) trova il suo primo fondamento in una lesione della “salute” che rappresenta l’essenza stessa del danno (in tal senso definito anche con il termine “danno evento”), nonché il presupposto indispensabile affinché si possano eventualmente riconoscere gli altri due tipi di danno risarcibile (definiti anche “danni conseguenza”), ovvero, il “danno patrimoniale” ed il “danno morale”.

Il danno biologico

Secondo la definizione proposta da Bargagna e Busnelli [1986], il danno biologico si riferisce ad una “compromissione dell’intero modo di essere della persona e cioè del suo stato di benessere, delle sue consuete attività lavorative ed extralavorative, comprese quelle del tempo libero e di svago e quindi quei nocimenti alla vita sessuale, alla integrità dell’aspetto esteriore e più in generale ai rapporti sociali”.

In tale affermazione è compreso un chiaro riferimento al concetto di “salute” espresso già nel 1946 nel preambolo alla costituzione della Organizzazione Mondiale della Sanità nei termini seguenti: “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste soltanto nella assenza di malattia o infermità”.

La suddetta concezione del significato di danno alla persona ha imposto un sostanziale adeguamento dei contenuti dell’accertamento medico-legale, non più circoscritti alla valutazione delle conseguenze del danno sulla capacità lavorativa, bensì estesi a tutte le conseguenze di una determinata menomazione della integrità psico-fisica sulla sfera di vita del soggetto leso.

Il concetto è stato ulteriormente ribadito dalla Legge 57/2001 la quale definisce testualmente il danno biologico come “la lesione alla integrità psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento medico legale”, precisando altresì che “ il danno biologico è risarcibile indipendentemente dalla sua incidenza sulla capacità di produzione di reddito del danneggiato”.

Anche tra i criteri applicativi delle tabelle delle menomazioni alla integrità psico-fisica contemplati dal D.M. del 3/7/03 si riafferma che “... il danno alla persona in ambito di responsabilità civile, per come esso è stato delineato negli ultimi venti anni dalla giurisprudenza e dalla dottrina e, da ultimo, da due provvedimenti legislativi [DL 38/2000 che regola l’attività indennitaria dell’INAIL e la Legge 57/2001] si fonda sul concetto di danno biologico, che consiste nella menomazione temporanea e/o permanente all’integrità psico-fisica della persona, la quale esplica una incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti personali dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito”.

Un ulteriore aspetto basilare della sopra descritta concezione del diritto in materia di risarcimento del danno alla persona è che – basando il sistema risarcitorio sul danno biologico – si pone al centro dell’azione di ristoro il bene salute del soggetto leso, prescindendo da eventuali ripercussioni sulla sua capacità o potenzialità produttiva di reddito. Ne deriva che, in sede di monetizzazione di tale danno, non vi può essere differenza fra soggetto e soggetto, essendo implicito che il valore economico del bene tutelato, ossia la salute, deve essere uguale per tutti.

Si è posto quindi il problema di stabilire quale debba essere il parametro monetario per dare equo ristoro al danno biologico inteso come danno alla salute. Fino a qualche anno fa, i metodi maggiormente seguiti in giurisprudenza sono stati quelli adottati dai magistrati di Genova e Pisa. Nel 1995 i magistrati milanesi hanno messo a punto una tabella indicativa per il valore a punto del danno permanente biologico che varia progressivamente in funzione dell'entità della menomazione residua (più grave è il danno, maggiore è il valore economico del singolo punto percentuale) ed in misura inversa in rapporto all'età (a parità di menomazione, maggiore è l'età del soggetto leso, minore è l'entità del risarcimento).

Tale criterio è stato recepito dalla già citata Legge 57/2001, sia pur limitatamente ai danni "micropermanenti" (cioè, quelli compresi fra 1 e 9 punti di invalidità) e, con ogni verosimiglianza, verrà seguito anche dalla Commissione che, come previsto dalla Legge 273/2002, dovrà stabilire il parametro economico unitario col quale risarcire i danni permanenti biologici "macropermanenti" (cioè, quelli compresi fra il 10% ed il 100%).

Il danno patrimoniale

Il danno patrimoniale è stato definito, nella già citata sentenza della Corte Costituzionale n. 184 del 1986, un "danno conseguenza", cioè, un danno solo eventuale che, in presenza di un danno biologico permanente o temporaneo, va risarcito autonomamente, soltanto qualora sussistano evidenze certe e documentabili; dunque, questa voce di danno rappresenta una specifica conseguenza delle lesioni, che però si realizza solo in alcuni casi.

Classicamente, il danno patrimoniale viene distinto in due categorie: il danno patrimoniale emergente e il danno patrimoniale da lucro cessante.

Il danno patrimoniale emergente si riferisce alle spese sostenute dal soggetto per sottoporsi alle cure rese necessarie dalle lesioni, oppure per acquistare presidi sanitari che lo aiutino a limitare le conseguenze delle stesse nel corso della vita quotidiana, oppure ancora per ottenere aiuto da parte di altre persone (quest'ultimo aspetto verrà approfondito in altro paragrafo di questo capitolo).

Col termine danno patrimoniale da lucro cessante ci si riferisce, invece, alle ripercussioni che hanno avuto le lesioni sulla capacità del soggetto di attendere a quelle sue abituali occupazioni che producono utilità di rilievo economico, quelle attività, cioè, la cui interruzione temporanea (come avviene nella fase evolutiva iniziale delle lesioni) o la sua interruzione o riduzione permanente (come avviene qualora il trauma abbia generato un'invalidità permanente) hanno prodotto un pregiudizio di natura economica, per un

temporaneo mancato guadagno ovvero, in caso di postumi permanenti, per la abolizione o riduzione della capacità di produrre lo stesso reddito che il leso produceva prima del trauma.

A differenza del danno permanente biologico, la cui individuazione e quantificazione sono strettamente e quasi esclusivamente legate all'accertamento medico legale, il danno patrimoniale da lucro cessante soggiace ad un più articolato sistema di verifica: al medico legale spetta solo accertare se i postumi residuati interferiscano o meno con la gestualità lavorativa del leso ed è invece compito del giudice (o di chi per lui nel caso il risarcimento avvenga in sede extragiudiziale) stabilire se a tale riduzione della capacità lavorativa si correla realmente una riduzione della capacità di guadagno (in assenza della quale non vi è il presupposto per riconoscere un vero danno patrimoniale da lucro cessante) e di quale entità sia alla fine il pregiudizio economico che eventualmente ne consegue.

Il danno morale

Il danno morale è una voce di danno che ancora oggi resta tra le più controverse. Nonostante nel nostro ordinamento giuridico questa entità sia vincolata all'esistenza di un illecito che abbia le caratteristiche del fatto di rilevanza penale, tuttora prevale una prassi risarcitoria che, nella pratica, rappresenta una semplice maggiorazione economica del danno permanente biologico.

In altri termini, nella quasi totalità dei casi, il danno morale è risarcito indipendentemente dal tipo di danno oggettivamente subito dal soggetto leso e dal tipo di sofferenze che le lesioni gli hanno provocato, mediante un semplicistico calcolo secondo cui il valore economico del danno morale è pari ad una percentuale (solitamente compresa tra il 30% e il 50%, a seconda dell'entità dei postumi) del danno permanente biologico. Tutto questo, nonostante negli ultimi anni, come meglio si dirà nel paragrafo successivo, il pensiero giuridico e la giurisprudenza si stiano orientando verso una differente interpretazione del risarcimento del danno alla persona, diverso da quello patrimoniale.

Problemi di valutazione delle disfunzioni neuropsicologiche di natura post-traumatica

Nell'attività medico-legale, oltre alle questioni di ordine generale sopra esposte, le menomazioni secondarie a patologie del sistema nervoso cen-

trale – soprattutto se di natura post-traumatica – presentano difficoltà di inquadramento dal punto di vista sia interpretativo che più strettamente valutativo. Di seguito sono sinteticamente analizzati alcuni dei fattori che nella pratica medico-legale contribuiscono a rendere complicato il compito interpretativo e valutativo.

Innanzitutto, vi è da considerare la peculiare complessità e multiformità dei disturbi conseguenti ad eventi cerebrolesivi: le sequele possono interessare tanto la sfera strettamente neurologica (deficit sensitivo-motori), quanto quella neuropsicologica (deficit cognitivo-comportamentali “focali” o deterioramento cognitivo “globale”), o quella più specificamente psicopatologica (disfunzioni dell’umore, alterazioni della personalità, ecc.). I principali barèmes di riferimento attualmente in uso, tra i quali la “Guida orientativa per la valutazione del danno biologico” [Bargagna et al., 2001], operano una distinzione tra le sindromi di prevalente interesse “neurologico” e quelle di prevalente interesse “psichiatrico”. Ma, nella pratica, se è vero che l’inquadramento delle sequele neurologiche generalmente non comporta problemi, dato che di norma possono essere documentate e comprovate da reperti clinico-strumentali “obiettivi” (RMN, TAC, EEG, PET, ecc.), al contrario, l’identificazione e la corretta quantificazione delle sequele psicopatologiche (nell’ambito delle quali sono confusivamente comprese anche quelle di natura più specificamente neuropsicologica) presentano maggiori dubbi ed incertezze e, spesso, si rende indispensabile l’acquisizione di ulteriori approfondimenti specialistici di pertinenza neuropsicologica ed eventualmente anche psichiatrica.

In secondo luogo, al problema relativo alla caratterizzazione nosologica del danno neuro-psichico si aggiunge quello relativo al giudizio prognostico circa il livello di gravità entro cui il quadro menomativo tenderà a stabilizzarsi in maniera permanente. A tal proposito, è necessario operare una netta distinzione tra i disturbi neurologici e/o neuropsicologici e/o psicopatologici di tipo “transitorio” (cioè, quelli con completa remissione dei sintomi a distanza variabile di tempo dall’evento traumatico e che, in quanto tali, sul piano valutativo concretizzano esclusivamente un danno biologico temporaneo) e i disturbi neurologici e/o neuropsicologici e/o psicopatologici certamente “permanenti”, ancorché il loro decorso clinico possa essere caratterizzato da transitori miglioramenti alternati a temporanei peggioramenti.

Pertanto, nell’ambito della valutazione medico-legale della condizione menomativa, il giudizio prognostico circa la guarigione, il miglioramento, la cronicizzazione, il peggioramento o la persistenza inalterata dei disturbi post-traumatici rappresenta un compito tanto importante quanto arduo se si considera che, spesso, la valutazione deve essere espressa entro lassi cronologici troppo brevi (nel caso dei traumi cranici maggiori, di norma nell’ordine di uno-due anni dall’evento traumatico).

Talvolta, un orientamento prognostico è compreso nella stessa quantificazione percentuale proposta dai barèmes di riferimento, come nel caso, ad esempio, di grave deterioramento cognitivo da danno assonale diffuso. Ricordiamo che l' "assone" è il prolungamento di maggior lunghezza del "neurone", ossia la cellula nervosa. La lesione non-focale o diffusa si può verificare a seguito di un trauma che comporta la rotazione del cranio rispetto all'encefalo: in tale caso si può determinare il cosiddetto danno assonale diffuso, non evidenziabile con le attuali valutazioni strumentali morfometriche (TC e RMN) in fase acuta e consistente nello stiramento, torsione e strappamento degli assoni.

In altri casi, invece, l'indicazione tabellare deve essere integrata dal giudizio prognostico formulato sulla base di criteri statistico-nosologici che tengano conto sia di consolidate conoscenze epidemiologico-cliniche circa la patologia in questione (attese sul decorso clinico post-lesionale, responsività ai trattamenti farmacologici e/o riabilitativi, ecc.), sia delle caratteristiche socio-demografiche del traumatizzato cranico (età, livello di scolarizzazione, stato socio-economico, ambiente socio-culturale).

Infine, in caso di gravi menomazioni derivanti da lesioni cerebrali e/o spinali, spesso al medico legale è richiesto un giudizio sulle spese di assistenza ausiliaria che si renderanno necessarie nell'arco della vita del disabile/danneggiato (assistenza medica e infermieristica, assistenza medica specialistica, terapie farmacologiche, terapie fisiche, adeguamento dell'ambiente domestico in funzione delle menomazioni/disabilità del soggetto, acquisto dei presidi di supporto, ecc.).

Sulla base delle considerazioni fin qui esposte, nella valutazione medico-legale del danno post-traumatico non si può prescindere dall'accertamento consequenziale dei fattori ed elementi descritti nei punti seguenti.

1. Giudizio sul nesso di causalità

In primo luogo, si impone un giudizio sul nesso di causalità tra l'evento di rilievo giuridico (sinistro stradale, infortunio sul lavoro, trauma sportivo, ecc.), il trauma cranico e le manifestazioni sintomatologiche (neurologiche e/o neuropsicologiche e/o psicoemotive) ad esse correlabili attraverso un'accurata analisi della compatibilità patogenetica, sintomatologica soggettiva e semeiologica oggettiva. Ma, a rendere complicata la formulazione di tale giudizio vi è il fatto che l'entità dell'evento traumatico (trauma cranico "lieve/minore", "moderato/medio", "grave/maggiore") e la gravità delle fenomenologie cliniche successive assumono rapporti di tipo tutt'altro che lineare. E' così possibile che ad un trauma cranio-encefalico classificabile come "grave/maggiore" in base ai parametri clinici iniziali (profondità e durata del coma,

estensione della lesione cerebrale, ecc.) segua un'evoluzione assai favorevole della sintomatologia, senza residue menomazioni particolarmente invalidanti. Viceversa, un trauma cranico classificabile come "lieve/moderato" (in quanto, ad esempio, ha prodotto uno stato di coma piuttosto superficiale e di breve durata, non sussistono macroscopiche lesioni neuro-anatomiche, ecc.) può esitare in una sindrome psicorganica con significativi disturbi neuropsicologici che influenzano negativamente la competenza lavorativa del soggetto.

2. Stima del danno biologico

Soltanto dopo all'accertamento del nesso di causalità tra evento traumatico e fenomenologia clinica successiva, è possibile procedere alla stima percentuale del danno biologico "temporaneo" e "permanente".

Come abbiamo più sopra riferito, i principali barèmes di riferimento sono oggi rappresentati dalla "Guida orientativa per la valutazione del danno biologico" [Bargagna et al., 2001] e dalla tabella delle menomazioni alla integrità psicofisica allegata al D.M. 3/7/03.

Tra i danni psichici che possono comportare menomazioni comprese tra 1 e 9 punti di invalidità sono espressamente previsti i seguenti:

- "postumi soggettivi di trauma cranico commotivo eventualmente con frattura cranica semplice" (invalidità permanente compresa tra 2-4%);
- "riduzione dell'olfatto fino alla perdita totale" (invalidità permanente prevista fino all'8%);
- "disturbo somatoforme indifferenziato lieve o disturbo dell'adattamento cronico lieve" (invalidità permanente prevista fino al 5%).

Il D.M. 3/7/03, relativamente ai criteri applicativi della tabella, specifica che "le voci previste fanno riferimento a condizioni psicopatologiche con consolidata connotazione diagnostica. L'accertamento medico legale della loro esistenza e del loro rapporto causale con l'evento a cui è attribuito il danno da valutare si basa sulla verifica della analisi di compatibilità fra le manifestazioni cliniche accertate e i contenuti psico-traumatizzanti dell'evento a cui le stesse manifestazioni si possono far risalire".

La norma applicativa sopra citata riveste particolare importanza per diversi ordini di motivi. Innanzitutto, essendo il danno permanente biologico di natura psichica una materia di difficile apprezzamento, viene esplicitato l'imperativo di una precisa identificazione delle entità nosologiche previste dalla tabella ("disturbo somatoforme", "disturbo dell'adattamento") mediante rigorosi accertamenti diagnostici della reale esistenza dello specifico quadro psicopatologico, se necessario anche con l'ausilio di specialisti.

Inoltre, recependo le più recenti ed accreditate impostazioni dottrinarie sull'argomento, la norma ben stigmatizza il concetto in base al quale la rapportabilità causale di queste forme morbose al fatto traumatico deve fondarsi su un preciso giudizio di "compatibilità fra le manifestazioni cliniche accertate ed i contenuti psico-traumatizzanti dell'evento". In altri termini, anche qualora venga accertata la reale sussistenza di una delle due psicopatologie, affinché esse possano essere ricondotte causalmente al sinistro da valutare, occorre che l'evento sia pienamente idoneo a determinarle, cioè, deve trattarsi di un evento dotato di oggettiva capacità psico-traumatizzante.

Per ciò che concerne più strettamente il deficit cognitivo, un eventuale danno resta di difficile valutazione medico-legale. L'esame neuropsicologico dovrebbe essere in grado di accertare se il soggetto in questione presenti attualmente una capacità cognitiva simile a quella precedente al trauma, o se, invece, abbia subito un deterioramento. Solo così può essere stabilito il nesso di causalità tra evento lesivo ed eventuali anomalie osservate. La difficoltà sta innanzitutto nel valutare il livello cognitivo pre-trauma: utili sono le informazioni anamnestiche (livello scolastico, attività lavorativa, familiarità, interessi ed hobbies); esistono test poco influenzabili dal danno neurologico come il TIB (Test d'Intelligenza Breve che esplora l'abilità di lettura di parole ad accentazione irregolare) e il Subtest di Vocabolario della Scala WAIS. Complessa e soprattutto incerta resta tale tipo di valutazione, che è tema di riflessioni scientifiche, senza che al momento, siano emersi chiari criteri di definizione di tale tipo di danno nell'ambito di un accertamento medico-legale.

Per quanto riguarda specificamente le sindromi di prevalente interesse psichiatrico, la "Guida" si limita a distinguere i "disturbi minori" ("sindrome soggettiva del traumatizzato cranico", "disturbo post-traumatico da stress", "disturbi somatoformi", "disturbi fittizi") e i "disturbi maggiori" ("disturbi psicotici post-traumatici", "sindrome prefrontale psico-organica", "stati deficitari semplici", "deterioramento mentale").

Tra le sindromi di prevalente interesse neurologico considerate nella "Guida" vi sono comprese le seguenti:

- sindromi a focolaio, suddivise a seconda della sede della lesione anatomica cerebrale
- sindrome cerebellare emisferica e vermiana
- idrocefalo post-traumatico
- turbe della comunicazione (afasia, disartrie, disfonie)
- epilessia post-traumatica

3. Quantificazione delle future spese di assistenza

Infine, nel processo medico legale di valutazione del danno nel caso di gravi cerebrolesioni vi è da comprendere il momento della quantificazione delle spese di assistenza future. Trattandosi di condizioni con gravi disabilità, l'onere risarcitorio assume valori particolarmente consistenti e, talvolta, addirittura superiori all'ammontare del quantum dovuto a titolo di danno permanente biologico.

Il calcolo per la capitalizzazione delle spese future si basa essenzialmente su due parametri intercorrelati:

- il costo annuale delle cure, la cui stima quantitativa deve comprendere le voci seguenti:
- assistenza sanitaria (attività specialistica, medica, infermieristica)
- acquisto di farmaci
- adeguamento dell'ambiente domestico
- acquisto di presidi di supporto
- assistenza ausiliaria (attività non specialistica, supporto di collaboratori interni o esterni)
- l'aspettativa di vita del cerebroleso

Analizziamo innanzitutto le questioni relative alla determinazione del costo delle future spese assistenziali.

Vi è da premettere che l'attuale situazione è caratterizzata da un'estrema disomogeneità fra i diversi Tribunali nell'interpretazione dei criteri per la quantificazione di tale onere. Anche in ambito medico legale sussiste la carenza di strumenti che consentano la determinazione oggettiva dell'entità del bisogno di assistenza del macroleso, sia per quanto concerne l'assistenza sanitaria specialistica sia, soprattutto, per l'assistenza non specialistica o ausiliaria. Peraltro, nonostante quest'ultima forma assistenziale rappresenti il supporto primario nell'espletamento dei comuni atti di vita quotidiana nel caso di residue gravi menomazioni neuro-motorie, anche in sede giudiziaria è spesso scarsamente considerata, oppure viene calcolata con criteri del tutto generici, o, addirittura, può risultare da giudizi sommari ed arbitrari.

La stima quantitativa del costo delle future spese assistenziali sanitarie ed ausiliarie implica una precisa valutazione della gravità del quadro clinico in termini di menomazioni/disabilità e del livello di autonomia/dipendenza del traumatizzato cranico in termini di capacità di esecuzione delle attività quotidiane e di soddisfacimento dei bisogni primari (controllo sfinterico, igiene e cura personale, mobilità, alimentazione).

Al fine di pervenire ad una definizione equa ed obiettiva del grado di dipendenza del soggetto che consenta di stabilire la quantità di ore di

assistenza necessarie per ogni singolo individuo, sono di indubbia utilità pratica le scale funzionali disponibili in letteratura. Un sistema pratico di valutazione è il seguente. Si considerano le varie attività elementari della vita quotidiana, come vestirsi e svestirsi, farsi il bagno o la doccia e l'igiene del corpo in genere, alimentarsi, muoversi, continenza degli sfinteri,; per ogni voce vengono previsti 3 gradi di dipendenza da terzi. Per vestirsi, ad esempio, nessun grado indica che il soggetto è totalmente autonomo, parziale significa che è necessaria assistenza per vestirsi o svestirsi o per la parte superiore o per la parte inferiore del corpo, completo quando è necessaria un'assistenza completa, sia per la parte inferiore che superiore del corpo. Procedendo analogamente per tutte le voci, si attribuisce un punteggio che va da 0 a 10, in base al quale si quantificano le ore di supporto necessarie quotidianamente (Mastroroberto & Mela).

La questione relativa al secondo parametro precedentemente citato, ovvero, la determinazione della "aspettativa di vita" del traumatizzato cranico, assume un'importanza primaria nei casi in cui le sequele post-lesionali siano di particolare gravità. Si pensi, ad esempio, agli stati vegetativi permanenti, oppure ai quadri clinici con gravi disabilità sensitivo-motorie o gravi deficit cognitivi: in questi casi, sono prevedibili onerose ripercussioni a livello familiare (sconvolgimento del sistema-famiglia), sociale (pianificazione di servizi assistenziali) e più propriamente medico-legale (quantificazione del danno e del relativo risarcimento).

Numerosa è la letteratura scientifica sull'aspettativa di vita nelle patologie di tipo "congenito" come, ad esempio, nel ritardo mentale, oppure nelle cerebrolesioni acquisite perinatali o ad eziologia vascolare [Eyman et al., 1990; Hutton et al., 1994; Crichton et al., 1995; Blair et al., 2001; Mastroroberto & Mela, 2004]. Per le varie condizioni cerebrolesive dell'età evolutiva, sulla base di precisi studi clinico-epidemiologici sull'incidenza e prevalenza è stato possibile creare tabelle di riferimento dell'aspettativa di vita quanto più possibile "mirate" e "personalizzate" su ogni singolo caso, a seconda di una serie di fattori, quali la tipologia e il grado di compromissione del quadro motorie e/o cognitivo, l'impatto familiare e sociale, ecc.

Piuttosto scarsi sono invece gli studi sull'aspettativa di vita a lungo termine negli esiti dei gravi traumi cranici. Inoltre, le casistiche disponibili riguardano soprattutto soggetti in età pediatrica, quindi, non propriamente generalizzabili alla popolazione adulta. Pertanto, resta ancora incerta e controversa la valutazione del peso esercitato dai diversi fattori (età, durata dello stato di coma, sede ed estensione delle lesioni cerebrali, gravità del quadro clinico generale.) sulla sopravvivenza dei soggetti affetti da gravi esiti cerebrolesivi di natura post-traumatica, soprattutto in età adulta (si veda anche quanto è riferito al Capitolo 1 del testo su questi argomenti specifici).

Pur tenendo conto delle sopra citate incertezze e carenze, particolare attenzione merita uno studio condotto su un campione di circa 1000 soggetti con gravissimi esiti post-traumatici e di età compresa tra 5-21 anni [Strauss et al., 1999]. La variabile più sensibile per la determinazione delle aspettative di sopravvivenza risulta non tanto la presenza/assenza di uno stato vegetativo, né la sua durata nel tempo, né la presenza/assenza di epilessia post-traumatica, né tanto meno il grado di compromissione cognitiva del soggetto, bensì, il livello di motricità spontanea residua: quanto più è ridotta la capacità del soggetto di muoversi nell'ambiente, tanto più abbreviata sarà la sua aspettativa di sopravvivenza, indipendentemente dal livello di gravità generale degli esiti post-traumatici.

4. Il risarcimento del danno ai familiari dei gravi cerebrolesi

L'evoluzione della giurisprudenza successiva alla definitiva legittimazione della figura del danno biologico, con un'altra storica sentenza della Cassazione Civile [sentenza n. 372/94] ha legittimato un'ulteriore categoria di pregiudizio alla persona, il cosiddetto "danno da rimbalzo" ai famigliari delle vittime di fatti illeciti.

Nell'ambito della discussione sulla legittimità o meno di individuare un danno biologico intrinseco all'evento morte e trasmissibile agli eredi della vittima, la Cassazione Civile ha negato l'ipotesi di un danno biologico risarcibile iure hereditatis ai congiunti. Nel contempo, però, ha affermato il principio secondo cui, nel caso il decesso di una persona per responsabilità di altri cagioni nei suoi stretti congiunti un danno alla salute, tale danno possa essere risarcito a pieno titolo, oltre il risarcimento del danno morale, come se si trattasse di un soggetto direttamente leso dal fatto antiggiuridico in discussione (ovvero, ha riconosciuto un danno biologico dei congiunti risarcibile iure proprio).

E' interessante leggere il passaggio fondamentale di questa sentenza che ben fa comprendere quale sia stato in quella circostanza, il ragionamento sviluppato dagli estensori: "...Il danno alla salute (il riferimento è al pregiudizio che subiscono i familiari delle vittime) è qui il momento terminale di un processo patogeno originato dal medesimo turbamento dell'equilibrio psichico che sostanzia il danno morale soggettivo e che in persone predisposte da particolari condizioni (debolezza cardiaca, fragilità nervosa, ecc.), anziché esaurirsi in un patema d'animo o in uno stato di angoscia transeunte, può degenerare in un trauma fisico o psichico permanente, alle cui conseguenze in termini di perdita di qualità personali, e non semplicemente al pretium doloris in senso stretto, va allora commisurato il risarcimento...".

La Corte in sostanza, sia pur in un linguaggio più di tipo giuridico che medico, ben recependo le problematiche connesse alla elaborazione del lutto, nell'affermare la legittimità di risarcire questi danni anche nelle perone non direttamente lese dal fatto illecito, ha proposto una distinzione netta su ciò che rappresenta "turbamento transeunte" (in pratica, la serie di perturbazioni psico-emotive legate alla reazione acuta che si manifesta a seguito dell'evento luttuoso), da risarcire a titolo di danno morale, da quel danno aggiuntivo di natura permanente che si realizza solo in alcuni casi, allorquando, per la mancata elaborazione del lutto, si struttura una vera e propria patologia psichica cronica, nosograficamente definita, tale da rappresentare un danno biologico permanente.

Nella prassi forense degli anni successivi alla pronuncia della Cassazione, il principio ha avuto un'applicazione crescente ed una ulteriore evoluzione, fino alla estensione del diritto al risarcimento del danno iure proprio anche per i congiunti di soggetti resi gravemente invalidi da eventi dovuti a responsabilità di terzi.

Inoltre – ed è questa la più recente frontiera della discussione medico-giuridica in atto – nell'elaborazione dei vari principi di legittimazione del risarcimento, l'attenzione si sta oggi focalizzando su un principio più generale, secondo il quale il "danno alla persona" non sarebbe più inquadrabile nella "classica" tripartizione precedentemente descritta (danno biologico, danno patrimoniale e danno morale), bensì ristretto a due sole categorie:

- il "danno patrimoniale da lucro cessante" che resta inteso come "danno conseguenza", solo eventuale, da risarcire sulla base della dimostrazione del pregiudizio economico che il soggetto ha ricevuto a seguito del fatto illecito;
- il cosiddetto "danno evento" (ovvero, la condizione senza la quale non si può parlare di danno alla persona), che, invece, non è più rappresentato unicamente dal danno alla integrità psico-fisica, bensì da qualsiasi "... lesione di un interesse costituzionalmente protetto..." [sentenze della Cassazione Civile n. 7713/2000; n. 8827 e 8828/2003; n. 2050/2004, nonché Corte Costituzionale n. 233/2003]. In altri termini, secondo l'attuale interpretazione, il momento fondante di un danno alla persona non è più identificato solamente in un fatto che determini una lesione della integrità psico-fisica, ma anche in qualsiasi fatto lesivo di beni primari, la cui tutela è esplicitamente indicata dalla nostra Costituzione, quali ad esempio: il diritto alla libertà, il diritto alla immagine, il diritto alla serenità familiare, ecc.

In conclusione, in base alla attuale impostazione della giurisprudenza, il diritto al risarcimento dei famigliari dei gravi cerebrolesi, partendo da una

situazione in cui, sino a pochi anni fa, era quasi costantemente negato, trova oggi dei margini sempre più ampi per un ristoro pressoché totale, al pari di quello previsto per le vittime dirette del fatto da responsabilità di terzi. Il diritto al risarcimento, infatti, è attualmente riconosciuto non solo e non tanto per le spese che la famiglia deve sostenere per l'assistenza e la gestione del proprio congiunto traumatizzato cranico, non solo per eventuali danni alla loro salute in senso strettamente clinico (danno biologico iure proprio), ma anche per quel complessivo perturbamento della vita che comporta la gestione quotidiana di un parente prossimo gravemente menomato, anche se ciò non provoca alcuna menomazione dell'integrità psico-fisica del caregiver convivente, ossia della persona che vive con il soggetto handicappato e si prende cura di lui.

Tradizionalmente tale figura era ed è in genere rappresentata da un familiare. Recentemente è stata finalmente introdotta anche in Italia la figura dell' "Amministratore di sostegno". Tale figura è stata istituita con la Legge 9 gennaio 2004, n. 6, con la finalità (Art.1) "di tutelare, con la minore limitazione possibile della capacità di agire, le persone prive in tutto o in parte di autonomia nell'espletamento delle funzioni della vita quotidiana, mediante interventi di sostegno temporaneo o permanente".

Istituita dapprima in Francia, nel 1968, poi in Austria e quindi in Spagna nel 1983, in pratica "l'amministrazione di sostegno è una forma di tutela ampia (non meramente patrimoniale ma comprendente anche la cura della persona), propositiva e non interdittiva, espansiva e non inibitoria, personalizzata, modulabile e non standardizzata"[Montserrat Pappalettere E. 2004].

La persona da assistere è semplicemente un soggetto in difficoltà ad operare in certe situazioni per motivi contingenti. Si pensi alla persona anziana e sola, che deambula con difficoltà, alle prese con denunce fiscali, depositi bancari, riscossione di canoni ed altro: per un tale soggetto, poter disporre di un amministratore che in sua vece possa consultare professionisti, redigere o far redigere denunce di redditi, richieste di pensioni e simili, è solo e soltanto un vantaggio che non incide per nulla sulle sue capacità ma anzi le potenzia.

Rispetto all'interdizione e all'inabilitazione, l'amministrazione di sostegno si presenta così in maniera diametralmente opposta: mentre per le prime "è stabilita una generale incapacità o semincapacità del soggetto, tranne che per gli atti espressamente individuati dal giudice; nell'amministrazione di sostegno, invece, è affermata una generale capacità di agire del beneficiario, tranne che per gli atti espressamente menzionati" [Campese G. 2004].

In pratica "il giudice tutelare viene avvertito (dai vicini di casa, dagli operatori dei servizi sociali) che una persona si trova in difficoltà: entra in azione allora, s'informa tramite gli assistenti sociali, dispone eventualmente una perizia, se occorre va a parlare con la persona, consulta chi le sta intorno. Alla

fine emetterà un decreto – anticipandone magari una parte, in via d’urgenza – in cui provvede a nominare qualcuno (tratto dalla famiglia, dal volontariato, dagli amici) amministratore di sostegno: indicando quali operazioni costui potrà compiere in nome e per conto dell’interessato, precisando date d’inizio e fine dell’incarico” [Cendon P].

Come ricorda Magda Naggar l’interdizione è un istituto antichissimo, che risale al 452 avanti Cristo e di cui si parla nelle dodici tavole: si tratta quindi di un istituto che ha 2500 anni e che, pur mantenendo da allora lo stesso termine, sempre con una accezione negativa, ha subito radicali trasformazioni e trattamenti.

Dal punto di vista etimologico interdire significa vietare, proibire di fare una cosa ed in origine si è scelto di adottare questo termine perché all’epoca la preoccupazione principale non era quella di tutelare il soggetto incapace, bensì i beni di famiglia (bloccando l’incapace che avrebbe potuto dilapidare il patrimonio) oppure tutelare i soggetti terzi, capaci, che entravano in contatto con lui e garantire così una regolare circolazione dei beni: andava quindi impedito a quel soggetto di agire e di porre in essere atti che potevano creare caos o disordine nel mondo giuridico, economico e sociale. Il termine “interdizione” è praticamente lo stesso da molti anni. La stessa vecchia legge manicomiale 14.2.1936 n. 34 aveva stabilito il collegamento tra ricovero in ospedale psichiatrico e stato di interdizione.

In realtà dei disabili psichici viventi in Italia (circa 700.000) solo una piccola parte versa “in condizioni di abituale infermità di mente”, tale da essere incapace di provvedere ai propri interessi.

Come sintetizza Lisella, si tratta di una misura di protezione che, nel recepire le indicazioni della dottrina più avveduta, consente di individuare da parte del giudice un trattamento fortemente personalizzato della persona che ha bisogno di aiuto, soddisfacendo ad un tempo l’esigenza di proteggere i suoi interessi, quella di non escluderla per quanto possibile dalle attività civili e quella di valorizzarne le residue energie psicofisiche. In effetti, il soggetto conserva la capacità per tutti gli atti per i quali non è prevista la rappresentanza esclusiva o l’assistenza necessaria dell’amministratore di sostegno (art. 409 c.c.), mentre questo ha il dovere di assisterlo (artt. 405, comma 5, n. 4, e 412, comma 2, c.c.) e il potere di compiere in suo nome e per suo conto esclusivamente gli atti esplicitamente presi in considerazione nel decreto istitutivo (artt. 405, comma 5, n. 3, e 412, comma 1, c.c.): in ogni caso, il beneficiario può compiere gli atti necessari a soddisfare le esigenze della vita quotidiana (art. 409, comma 2, c.c.).

In sintesi tre sono gli istituti di tutela nel nostro ordinamento:

- 1) interdizione la persona abitualmente inferma di mente è sostituita da un tutore nel compimento degli atti che la concernono, con l'eccezione di alcuni atti di ordinaria amministrazione che sia stata autorizzata a compiere senza l'intervento o con l'assistenza del tutore;
- 2) inabilitazione, quando la persona interessata dal provvedimento non può compiere senza l'assistenza di un curatore gli atti eccedenti l'ordinaria amministrazione, ma può essere autorizzata a compiere alcuni atti senza tale assistenza;
- 3) amministrazione di sostegno, in cui la persona menomata o inferma conserva intatta la propria sovranità ed i suoi diritti, in quanto la misura riguarda solo determinati atti specificamente menzionati nel provvedimento.

L'applicazione della legge sull'Amministrazione di sostegno, pur recentissima, ha già suscitato polemiche e controversie. Il problema fondamentale è stabilire il grado di autonomia delle persone. Se questo è relativamente semplice per persone affette da menomazioni fisiche, ma mentalmente capaci, diventa, invece, difficile per coloro che presentano deficit psico-intellettivi border-line, ossia non sono in grado di svolgere solo alcune attività della loro vita. Si pensi ad alcuni malati di Morbo di Alzheimer che spesso non hanno la consapevolezza di alcuni loro limiti, ma che a momenti o fasi di lucidità alternano comportamenti che possono diventare critici, se non addirittura pericolosi, per sé e per gli altri.

La legge, a nostro avviso, era necessaria per far fronte ai cambiamenti sociali che sono sotto gli occhi di tutti. Nell'ormai scomparso modello di famiglia allargata una o più persone si occupavano dell'anziano o dell'andicappato; oggi essi vivono spesso in condizione di solitudine e di abbandono. Ci sembra quindi opportuno che se ne faccia carico la società con provvedimenti in grado di tutelarli con il maggior rispetto possibile.

Bigliografia

- BARGAGNA M., BUSNELLI F.D. (1986): La valutazione del danno alla salute. Profili giuridici, medico legali ed assicurativi. CEDAM, Padova.
- BARGAGNA M., M. CANALE M., CONSIGLIERE F., et al. (2001): Guida orientativa per la valutazione del danno biologico. Giuffrè Editore, Milano.
- BESSONE M-ROPPPO E (1975): Lesione all'integrità fisica e "diritto alla salute" Una giurisprudenza innovativa in tema di valutazione del danno alla persona. *Giurisprudenza Italiana*, 1975, I, 2, 54
- BLAIR E., WATSON .L, BADAWI N., et al. (2001): Life expectancy among People with cerebral palsy in Western Australia. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43(8): 508-515.

- CAMPESE G. (2004): L'istituzione dell'amministrazione di sostegno e le modifiche in materia di interdizione e inabilitazione Fam. E Dir. 131.
- CENDON P. (2004): Un nuovo diritto per i malati di mente (e non solo) www.altalex.com
- CRICHTON J.U. MACKINNON M., WHITE C.P. (1995): The life-expectancy of persons with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 37: 567-576.
- EYMAN R.K., GROSSMAN H.J., CHANEY R.H. et al. (1990): The life expectancy of profoundly handicapped people with mental retardation. *The New England Journal of Medicine*, 323: 584-589.
- GERIN C. (1954): La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile. *Atti delle Giornate medico-legali triestine*, Trieste 14-15 settembre 1952 *Arti Grafiche Villaggio del Fanciullo Ed. Trieste*.
- GERIN C. (1973): La valutazione del danno alla persona in responsabilità civile, Ed. Giuffrè, Milano.
- HUTTON J.L., COOKE T., PHAROAH P.O.D. (1994): Life expectancy in children with cerebral palsy. *British Medical Journal*, 309: 431-435.
- LISELLA G. (2005) I poteri dell'amministratore di sostegno www.forumsalutementale.it
- MASTROBERTO L., MELA F. (2004): L'aspettativa di vita dei pazienti con paralisi cerebrale nella valutazione medico legale delle spese di assistenza. *Tagete*, 10(2) www.melchiorregioia.it
- MONTERRAT PAPPALETERE E. (2004): L'amministrazione di sostegno come espansione delle facoltà delle persone deboli. www.forumsalutementale.it
- NAGGAR M (2005): Note ed osservazioni sulla amministrazione di sostegno. www.ordineavvocatorino.it
- STRAUSS D.J., SHAVELLE R.M., ANDERSON T.W. (1998): Long-term survival of children and adolescents after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 70: 1095-1100.

Resumo: Avaliação médico-legal de sequelas neuropsicológicas pós-traumáticas

Este trabalho fornece instrumentos úteis para a avaliação e indenização de sequelas neuropsicológicas.

Depois de uma resenha histórica acerca dos danos pessoais no âmbito do Direito Civil, o autor centra-se nas dificuldades em avaliar incapacidades devidas a patologias do sistema nervoso central. É também discutido o problema da quantificação de futuras despesas de assistência relativas à esperança de vida em indivíduos afectados por estas incapacidades. Além disso, os autores analisam o problema da indenização dos membros da família da vítima, tendo em conta os esforços diariamente dispendidos com a pessoa incapacitada.

Palavras-chave: Avaliação médico-legal; responsabilidade civil; sequelas neuropsicológicas.

Summary: Medico-legal evaluation of post-traumatic neuropsychological phenomenology

The present work provides useful tools for assessment and compensation of post-traumatic neuropsychological phenomenology.

After an historical excursus regarding the personal injury within Civil Liability, the authors focus on the difficulties in evaluating disability due to pathologies concerning central nervous system. The problem of the quantification of future assistance expenses related to life expectancy in subjects affected by this kind of disability is also discussed.

Moreover, authors analyze the issue of compensation to the family members of the injured person, considering their efforts in daily life assistance to the disabled person.

Key words: Medico-legal evaluation; civil liability; neuropsychological sequels.

Résumé: Évaluation médico-légale de séquelles neuropsychologiques post-traumatiques

Ce travail fourni les instruments utiles à l'évaluation et à l'indemnisation de séquelles neuropsychologiques.

Après un compte-rendu historique des dommages personnels dans le cadre du Droit Civil, l'auteur se centre sur les difficultés à évaluer des incapacités dues à des pathologies du système nerveux central. Il discute également le problème de la quantification de futures dépenses d'assistance relatives à l'espérance de vie d'individus affectés par ces incapacités. En outre, les auteurs analysent le problème de l'indemnisation des membres de la famille de la victime, en tenant compte des efforts quotidiennement fournis à la personne souffrant d'incapacité.

Mots-clés: Évaluation médico-légale; responsabilité civile; séquelles neuropsychologiques.

Pedido de separatas :

GIOVANNI CANNAVÒ

info@improntesrl.it

Orohanditeste: uma nova metodologia para avaliação do dano orofacial

I. Morais Caldas¹, C. Hammonet², E. Matos³, A. Afonso¹, T. Magalhães^{3,4,5}

Introdução

O processo de avaliação e reparação do dano corporal tem vindo, ao longo dos tempos, a sofrer profundas alterações. Neste contexto, identificam-se alguns marcos importantes, designadamente a substituição de certos tipos de sanções penais por modalidades de reparação em dinheiro ou bens e a introdução da *teoria do risco*, que dá origem à noção de que todo o dano deve ser indemnizado independentemente da culpa do agente, considerando-se suficiente o risco que a actividade em causa possa criar (1).

Mas não foi apenas o processo de reparação do dano corporal que sofreu transformações. Também a avaliação médico-legal deste dano, designadamente no âmbito do Direito Civil, associada às novas tipologias de lesões e sequelas e às novas perspectivas da noção de *dano corporal*, tem evoluído, respondendo assim às actuais exigências legais e sociais que obrigam a contemplar na valoração das sequelas as diversas esferas que constituem a pessoa (“Corpo”, “Funções” e “Situações”), tendo sempre em conta os factores pessoais e do meio que as podem influenciar. Trata-se, portanto, de avaliar os *danos na pessoa*, mais do que apenas no corpo (2).

Todas estas profundas mudanças no processo de avaliação e reparação do dano na pessoa foram suscitando alterações no que concerne aos tipos de danos valorados, começando a considerar-se danos que outrora não o eram. O dano orofacial é um exemplo desta situação, dado que as novas

¹ Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto

² Faculdade de Medicina Paris 12

³ Instituto de Ciências Biomédicas “Abel Salazar” da Universidade do Porto

⁴ Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

⁵ Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. – Delegação do Norte

perspectivas sócio-culturais e técnico-científicas relativamente à saúde oral sofreram mudanças profundas nos últimos anos.

Assim, actualmente reconhece-se que as consequências resultantes das lesões sofridas no sistema orofacial, bem como as suas implicações para a vida da vítima, constituem aspectos relevantes a ter em conta na avaliação e reparação dos danos, importando considerar também aqui as três dimensões deste dano: a orgânica, a funcional e a situacional (3). Todavia, apesar de se reconhecer esta necessidade, a verdade é que o dano orofacial continua, muitas vezes, reduzido ao seu componente orgânico (4;5), o que gera erros de avaliação que, naturalmente, poderão conduzir a resultados negativos na concretização dos objectivos da reparação do dano.

Importa, pois, repensar a metodologia tradicionalmente utilizada para avaliação e valoração do dano orofacial, o que constitui o objectivo do presente trabalho.

Material e Métodos

No sentido de contribuir para o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação do dano orofacial global, personalizada e válida, procurou-se, tendo por base a análise da literatura relevante, bem como de relatórios periciais relativos a traumatizados orofaciais e avaliações de dano orofacial por medicina dentária, construir um inventário preliminar para avaliação do dano orofacial, tendo como base o modelo tridimensional: “Corpo”, “Função” e “Situação” (6).

O motor de busca *PubMed* foi usado para realizar uma revisão bibliográfica, usando as seguintes palavras-chave: *oral, orofacial, maxilofacial, injurias, sequelae e functions*. Os critérios de inclusão foram: (a) disponibilidade do texto integral; (b) artigo de revisão, (c) escrito em inglês, (d) publicado nos últimos 10 anos e (e) relativo a sujeitos humanos.

Realizou-se, ainda, uma análise retrospectiva dos relatórios finais relativos aos exames realizados nos serviços médico-legais do Porto, entre Janeiro de 1998 e Dezembro de 2002, relativos ao Direito Civil, em vítimas de acidentes de viação com traumatismo orofacial.

Por último, efectuou-se a análise dos relatórios relativos aos traumatizados orofaciais examinados na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto, realizados entre Novembro de 2002 e Julho de 2003.

As publicações seleccionadas e os relatórios periciais foram revistos e analisados quanto à natureza das consequências das lesões orofaciais. Estas consequências, ou sequelas, foram agrupadas de acordo com o seu impacto no “Corpo”, nas “Funções” e “Situações de vida”, tal como feito anteriormente

nos estudos de validação do “*Inventário de Avaliação Tridimensional do Dano Corporal*” (7).

Os itens seleccionados foram, então, organizados nos 3 níveis já referidos (“Corpo”, “Funções” e “Situações”) e, após um pré-teste, foi construído um instrumento de avaliação preliminar que foi aplicado a uma população de 265 traumatizados orofaciais, vítimas de acidentes de viação, maiores de 13 anos, apresentando as lesões consolidadas e cujo processo judicial era de natureza civil; este estudo teve como objectivo a validação do instrumento. Optou-se pelo Direito Civil por ser este ramo do Direito a que se associam as lesões mais frequentes e mais graves a nível orofacial; escolheram-se vítimas de idade superior a 13 anos de forma a excluir lesões de desfecho imprevisível, na sequência de factores inerente ao próprio crescimento.

Para o nível “Corpo”, a escala de gravidade utilizada foi: 0 – normal; 1 – sequelas mínimas; 2 – sequelas médias; 3 – sequelas importantes; 4 – sequelas muito importantes. Para os níveis “Funções” e “Situações”, a escala de gravidade utilizada foi a seguinte: 0 – sem dificuldade; 1 – com dificuldade mínimas (desconforto, lentidão); 2 – com dificuldades médias (necessidade de ajuda medicamentosa ou técnica); 3 – com dificuldades importantes (necessidade de ajuda humana parcial); 4 – Impossibilidade ou ajuda humana total (de substituição).

Antes de se proceder aos estudos de validação, os itens dos níveis “Funções” e “Situações” foram submetidos a uma análise prévia, no sentido de se verificar a sua relevância; para o nível do “Corpo”, por se considerar que cada item descreve apenas uma dimensão, apenas se excluírem os itens que não foram preenchidos em nenhum dos casos. De resto, igual procedimento já tinha sido anteriormente adoptado por outros autores (6).

Assim, para os níveis “Funções” e “Situações”, previamente à realização dos estudos de validade, excluíram-se os itens que:

- a) não ocorreram em nenhum participante;
- b) usando o coeficiente de *Spearman*, mostraram uma fraca relação ($r < 0.2$) com a nota final;
- c) após análise factorial com rotação *varimax* mostraram *loadings* inferiores a 0.5;
- d) utilizando o coeficiente *alfa* de *Cronbach*, obtiveram pontuações inferiores a 0.7 ou que, quando removidos, provocaram uma subida do valor de *alfa*.

Procedeu-se, depois, aos estudos de fiabilidade, os quais consistiram na avaliação da fiabilidade intra e inter-observador utilizando o teste *kappa*. A

fiabilidade intra-observador foi estudada através da análise dos mesmos 30 participantes, seleccionados aleatoriamente, pelo mesmo examinador, num intervalo de uma semana; o estudo da fiabilidade inter-observador foi feito através do estudo de 30 participantes, igualmente escolhidos aleatoriamente, por 2 examinadores no mesmo dia.

A validade foi estudada analisando:

- a) A validade interna do constructo, explorando a validade factorial (designadamente, a adequação da amostra e extracção de factores segundo os critérios de Kaiser), e avaliando a consistência interna (utilizando o coeficiente *alfa* de *Cronbach* e a correlação de *Spearman* inter-item).
- b) A validade externa do constructo, considerando a validade convergente (estudando, usando a correlação de *Spearman*, a relação entre o total de cada nível e a Incapacidade Permanente para o dano orofacial, calculada usando a Tabela de Incapacidades do *Concours Médical* [8]) e a validade discriminante (usando o teste U de Mann-Whitney, através da determinação que diferentes factores obtendo diferentes notas produzem diferentes notas globais).

Por último, procedeu-se ao estudo dos resultados finais, de acordo com os grupos de gravidade definidos pela *Barème des Invalidités Post-Traumatiques de Melenéc* (9). As notas do níveis “Funções” e “Situações” finais foram convertidas num intervalo a variar entre 0 e 4 e adicionadas ao resultado mais alto obtido no nível do corpo; a média deste resultado constituiu o Coeficiente de Dano Orofacial (CDO). Este, utilizando a correlação de *Spearman*, foi comparado com a incapacidade permanente para o dano orofacial, calculada utilizando a *Tabela Nacional de Incapacidades* em Direito Civil (Apêndice II do *Decreto-Lei* 352/2007, 23 de Outubro).

Resultados

a) Construção do inventário inicial

A revisão da literatura teve por base 207 publicações que, após uma detalhada análise de conteúdo foram reduzidas a 17; escolheram-se as publicações mais actuais e mais orientadas para a problemática em causa. A análise retrospectiva dos relatórios baseou-se em 108 relatórios elaborados nos serviços médico-legais do Porto e 70 relatórios elaborados na Faculdade de Medicina Dentária da Universidade do Porto. Depois da análise de conteúdo destes artigos e relatório, seleccionaram-se uma série de itens passíveis de descrever o dano orofacial.

Assim, o nível do “Corpo” ficou constituído por 9 itens: dentes e periodonto; gengiva e mucosa oral; lábios superior e inferior; língua; tecidos moles orofaciais; ossos faciais; mandíbula; articulação temporo-mandibular; glândulas e ductos salivares.

O nível das “Funções” foi constituído por 16 itens: mastigação; deglutição; vomitar; cuspir; digestão; continência oral; paladar; percepção de estímulos; discriminação do conteúdo oral; articulação de palavras; mímica facial; preensão com os dentes; preensão com os lábios; competência velo-faríngea; respiração; soprar.

O nível “Situações” compreendeu 28 itens: comer; beber; reter uma prótese; fazer a higiene oral; fazer tratamentos dentários; colocar implantes dentários; morder; roer as unhas; mascar pastilha elástica; lamber um gelado; falar; assobiar; fumar; telefonar; comer em público; discursar; sorrir e rir; cantar; tocar um instrumento; mergulhar; relacionar-se socialmente; relacionar-se com o(a) cônjuge/companheiro(a); beijar; relações sexuais; comer no trabalho e/ou na escola; relacionar-se no trabalho e/ou na escola; usar o computador.

b) Características da população estudada

As 265 vítimas de acidentes de viação estudadas eram predominantemente homens (75.1%), casados ou em situação similar (44.2%), com uma média de idade de 30.5 anos (mínimo 14, máximo 73, desvio padrão 12.026).

A maioria dos acidentes dizia respeito a colisões envolvendo um carro (44.1%) ou um motociclo (25.7%), ou a atropelamentos (30.2%).

A face foi o local mais frequentemente atingido (n=116), seguida dos membros (n=72), cabeça e pescoço (n=45), tórax e abdómen (n=32).

c) Seleção final dos itens

No nível “Corpo”, o item glândulas e ductos salivares foi excluído por não ter sido referido por nenhuma das vítimas.

Para o nível “Funções”, 6 dos 16 itens iniciais foram excluídos, considerando os seguintes critérios: (a) Os itens *cuspir*, *vomitar*, *digestão* e *respirar* não foram referidos por nenhuma vítima; (b) Os itens *ter competência velo-faríngea* e *soprar* foram excluídos por apresentarem uma fraca correlação com a nota global ($r < 0.2$, $p = 0.023$ e, $p = 0.007$, respectivamente).

Para o nível “Situações” foram excluídos 4 dos 28 itens iniciais, segundo os seguintes critérios: (a) Os itens *usar o computador*, *telefonar* e *mergulhar* não foram referidos por nenhuma vítima; (b) O item *ter tratamentos dentários* foi excluído por apresentar uma fraca correlação com a nota global ($r < 0.2$, $p = 0.0001$).

d) Estudos de fiabilidade

A fiabilidade intra e inter-observador foi confirmada nos três níveis (*Kappa* >0.81).

e) Estudos de validade

Para o nível “Corpo”, por se considerarem essenciais as características descritivas do exame médico-legal, foram mantidos todos os itens, só se estudando a correlação de *Spearman* entre o total do nível e a incapacidade permanente para o dano orofacial. O resultado obtido mostrou uma forte correlação ($r=0.558$, $p<0.001$).

Para os níveis “Funções” e “Situações”, verificou-se a validade da análise factorial, bem como a consistência interna, com razoáveis valores do coeficiente de *alfa* de *Cronbach* ($\alpha=0.611$ para o nível funcional, e $\alpha=0.567$, para o nível situacional). Uma vez que os valores do coeficiente de *alfa* de *Cronbach* foram apenas razoáveis, procedeu-se à correlação entre cada item e respectivo factor. Os resultados obtidos obedecem às recomendações de Briggs e Cheek (10) que referem que o valor óptimo de correlação deverá variar entre 0.2 e 0.4.

A validade convergente foi verificada usando a correlação de *Spearman* entre os resultados dos níveis funcional e situacional e a incapacidade permanente para o dano orofacial ($r=0.660$, $p<0.001$, e $r=0.534$, $p<0.001$).

A validade discriminante também foi confirmada, com o teste U de *Mann-Whitney* a mostrar uma boa diferenciação entre grupos extremos ($p<0.009$).

f) Resultados finais e graus de gravidade do dano orofacial

O inventário final (*Orohanditeste*) ficou constituído por 42 itens (tabela 1) que podem ser classificados numa escala de 0 a 4 de gravidade crescente. Nesta perspectiva, a nota final do *Orohanditeste* pode variar entre 0 e 168, o que difere da maioria das tabelas de incapacidade que variam entre 0 e 100. No entanto, utilizando a fórmula que se segue, poder-se-á proceder à conversão do resultado final do *Orohanditeste*, numa escala de 0 a 100 pontos:

$$\frac{\text{Nota final do Orohanditeste} \times 100}{168}$$

Por último, a gravidade do dano orofacial pode ser compreendida utilizando o CDO. Tal como Magalhães T (6), também se criou uma nota final respeitante à gravidade do dano orofacial sofrido. Assim, tendo em consideração os cinco grupos de gravidade utilizados no “*Inventário de Avaliação Tridimensional do*

Dano Corporal”, transformou-se a soma das pontuações finais de cada nível, e a sua divisão por três, num único coeficiente de 5 graus, como se descreve:

- a) Grau 0: Ausência de sequelas orofaciais;
- b) Grau 1: Dano orofacial ligeiro, podendo haver dor ou desconforto;
- c) Grau 2: Dano orofacial médio, havendo necessidade de ajudas técnicas ou medicamentosas;
- d) Grau 3: Dano orofacial importante, havendo necessidade de ajuda parcial de terceira pessoa;
- e) Grau 4: Dano orofacial muito importante, havendo necessidade de substituição por terceira pessoa.

Discussão

O objectivo do presente estudo foi contribuir para a promoção da qualidade da avaliação e caracterização do dano orofacial. Efectivamente, existem poucas referências na literatura quanto a esta matéria. Isto acontece porque: (a) existem nos traumatismos frequentemente lesões mais graves (por vezes, potencialmente letais), o que relega as lesões orofaciais para um segundo plano (4;11), levando a um registo inadequado das mesmas; (b) as vítimas, ao terem que lidar com outras sequelas altamente perturbadoras da sua qualidade de vida, não valorizam as sequelas orofaciais (12); todavia, à medida que o tempo passa, as sequelas orofaciais podem tornar-se importantes, justificando, muitas vezes, a sua avaliação para efeitos de atribuição de indemnização.

No presente estudo, optou-se por estudar os acidentes de viação devido à sua importância enquanto factor etiológico do dano orofacial. Vários estudos referem que os acidentes de viação (13;14), juntamente com a violência interpessoal (15;16), constituem os principais factores etiológicos dos traumatismos orofaciais. Tendo estudado ambos os eventos, concluímos que em Portugal, a taxa de incidência é similar (15.8% e 11.6%, respectivamente), mas os acidentes de viação produzem sequelas mais graves.

Outro aspecto que importará salientar diz respeito à exclusão de alguns itens (como *respirar* e *vomitar*). Trata-se de sequelas raras, pelo que a sua consideração e estudo implicaria a utilização de uma amostra maior.

O *Orohanditeste* foi elaborado no sentido de responder à crescente demanda na área de avaliação do dano orofacial, indo ao encontro ao principal objectivo da avaliação médico-legal: repor a vítima na situação mais próxima possível daquela que era a sua antes da ocorrência das lesões. Esse objectivo pode ser alcançado através da implementação da metodologia tridimensional de avaliação do dano em que se baseia, impedindo a sua limitação apenas ao

componente orgânico e permitindo uma avaliação global e personalizada da pessoa.

Todavia, deverá ser sublinhado que o *Orohanditeste* não foi desenvolvido no sentido de ser utilizado isoladamente, mas antes como uma ferramenta adicional, complementar do processo tradicional de avaliação. Efectivamente, o *Orohanditeste* pode ser usado como um auxiliar, orientando e sistematizando a descrição do dano, permitindo assim uma avaliação mais completa, exacta e fiável.

Este inventário pode, ainda, ser usado na quantificação do dano orofacial sofrido, na medida em que, ao contrário da maioria das tabelas de incapacidade, não se centra apenas no componente orgânico do dano. O seu resultado final pode ser convertido num valor compreendido entre 0 e 100, o que favorece a harmonização das metodologias, e facilita a interpretação e comparação dos dados.

Conclusões

O instrumento *Orohanditeste*, aqui apresentado:

1. Permite a avaliação do dano orofacial em três níveis distintos (“Corpo”, “Funções” e “Situações”), conduzindo a uma visão global e personalizada do dano real sofrido;
2. Orienta o exame da pessoa traumatizada, permitindo a descrição sequencial e pormenorizada do dano;
3. Para os níveis “Corpo” e “Funções” utiliza uma linguagem e conceitos simples e compreensíveis para qualquer profissional de saúde;
4. Para o nível “Situações” utiliza uma linguagem acessível a todos, incluindo à vítima, o que é fundamental para uma correcta avaliação deste nível;
5. É de fácil utilização e de interpretação simples, permitindo uma rápida e eficaz avaliação da pessoa a examinar;
6. Constitui uma metodologia válida e fiável, dado que:
 - a) Possui fiabilidade intra e inter-observador;
 - b) Possui validade construtural interna (validade factorial e consistência interna);
 - c) Possui validade externa (validade convergente e validade discriminante).
7. Permite a obtenção de um resultado final (*Coefficiente de Dano Orofacial*) que reflecte as consequências do dano sofrido, traduzindo-o numa escala de cinco graus de gravidade crescente.

Orohanditeste

1. Dados pessoais

Nome.....		
Residência		
1. Número	2. Data do exame (dia) (mês) (ano)	3. Data de nascimento (dia) (mês) (ano)
4. Sexo	5. Estado civil.....	
1. Masculino 2. Feminino 3. Outro	1. Solteiro(a) 2. Casado(a) 3. Divorciado(a) 4. Viúvo(a) 5. Outro	
ACTIVIDADE		
6. Antes do acidente.....		7. Actual.....
1. Profissões científicas, técnicas, artísticas e similares	2. Directores e Quadros superiores administrativos	
3. Empregados administrativos e similares	4. Indústria de extracção e transformação e condutores de máquinas fixas e de transportes	
5. Serviços de protecção e segurança, serviços pessoais e domiciliários e similares		
6. Agricultores, criadores de animais, sivicultura, pesca e caça 7. Comerciantes e vendedores		
8. Desemprego	9. Reforma	10. Estudante 11. De baixa por doença 12. Outra
7. Data do acidente (dia) (mês) (ano)	8. Tipo de acidente.....	
	1. Colisão em veículo de 2 rodas	2. Colisão em veículo de 4 rodas
	3. Atropelamento	4. Outro
9. Localização da lesão mais grave		
1. Crânio e pescoço 2. Face 3. Ráquis e medula 4. Membros (pelve óssea incluída) 5. Torác e abdómen (conteúdo pélvico e períneo incluídos)		
10. Severidade da lesão mais grave		11. Exclusivamente orofacial
Escala de severidade: 1. Sim 2. Não		
0 – Sem lesões		
1 – Escoriações, equimoses, soluções de continuidade, etc – GRAVIDADE LIGEIRA		
2 – Lacerações cutâneas, fracturas e outras lesões que não exijam tratamento cruento – GRAVIDADE MÉDIA		
3 – Lesões que não sendo potencialmente mortais exijam tratamento cruento – GRAVIDADE IMPORTANTE		
4. Lesões de elevada gravidade e potencialmente mortais – GRAVIDADE MUITO IMPORTANTE		

2. Acidente de viação

SEQUELAS

		Antes do Evento					Depois do Evento					
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
CORPO	Dentes e periodonto	12					13					
	Mucosa Oral	14					15					
	Lábios	16					17					
	Língua	18					19					
	Tecidos moles orofaciais	20					21					
	Ossos faciais	22					23					
	Mandíbula	24					25					
	Articulação temporo-mandibular	26					27					
FUNÇÕES	Mastigação	28					29					
	Deglutição	30					31					
	Continência oral	32					33					
	Paladar	34					35					
	Percepção de estímulos	36					37					
	Discriminação do conteúdo oral	38					39					
	Articulação de palavras	40					41					
	Mímica facial	42					43					
	Preensão com os dentes	44					45					
Preensão com os lábios	46					47						
SITUAÇÕES	Actividades da vida diária	Comer	48					49				
		Beber	50					51				
		Reter uma prótese	52					53				
		Fazer higiene oral	54					55				
		Colocar implantes dentários	57					57				
		Morder	58					59				
		Roer as unhas	60					61				
		Mascar pastilha elástica	62					63				
		Lamber um gelado	64					65				
		Falar	66					67				
	Actividades da vida afectiva, social e de lazer	Assobiar	68					69				
		Fumar	70					71				
		Comer em público	72					73				
		Discursar	74					75				
		Sorrir e Rir	76					77				
		Cantar	78					79				
		Tocar um instrumento	80					81				
		Relacionar-se socialmente	82					83				
		Relacionar-se com a família	84					85				
		Relacionar-se com conjuge/companheiro(a)	86					87				
Actividades da vida profissional e/ou de formação	Beijar	88					89					
	Ter relações sexuais	90					91					
	Comer no trabalho (escola)	92					93					
	Relacionar-se no trabalho (escola)	94					95					

Referências

- (1) Dantas EVS. Aspectos históricos da responsabilidade civil médica. <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=4288> . 2004. 12-4-2004.
- (2) Magalhães T, Pinto da Costa D. Avaliação do dano na pessoa em sede de Direito Civil. Perspectivas actuais. Revista da Faculdade de Direito da Universidade do Porto 2007; 4:417-452.
- (3) Magalhães T. O Trauma e o Dano na Pessoa. Para uma avaliação global e personalizada do dano corporal. Bol Med Leg Tox For 1999; XIII(1):13-26.
- (4) Guyonnet JJ, Soulet H. La réparation médico – legal du dommage odonto – stomatologique. Rev Franç Dommage Corp 1993; 19(1):5-12.
- (5) Muller M, Quadrehomme G, Bolla M, Jasmim JR, Ollier A. Les traumatismes alvéolo-dentaires en denture temporaire. Evaluation du dommage corporel en droit commun. Rev Franç Dommage Corp 1996; 22(1):41-57.
- (6) Magalhães T. Estudo tridimensional do dano corporal: lesão, função e situação. Coimbra: Almedina, 1998: 48-83; 94-104; 133.
- (7) Magalhães T, Carneiro de Sousa MJ, Pinto da Costa J, Matos E, Hamonet Cl. Avaliação tridimensional do dano corporal em acidentados de viação em fase de reintegração sócio-profissional. Boletim Medicina Legal Toxicologia Forense 1994; VIII(1):17-26.
- (8) Le Concours Médical. Barème indicatif ´évaluation des taux d´incapacité en droit commun. 2002.
- (9) Pérez BP, Garrido BR, Sanchez JAS. Metodología para la valoración del daño bucodental. Madrid: Foundation MAPFRE Medicina, 1996: 61-111.
- (10) Briggs SR, Cheek, JM. The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. J Personality 1986; 54:106-148.
- (11) Cianfarani F, Franceschi P. Difficultés de l´appréciation du dommage dentaire. Rev Franç Dommage Corp 1991; 17(2):183-191.
- (12) Bussac M, Carbonnie Cl. Le dommage dentaire et son évaluation. Rev Franç Dommage Corp 1997; 23(4):437-454.
- (13) Ansari MH. Maxillofacial fractures in Hamedan province, Iran: A retrospective study (1987-2001). J Craniomaxillofac Surg 2004; 32(1):28-34.
- (14) Al-Khateeb T, Abdullah FM. Craniomaxillofacial Injuries in the United Arab Emirates: A Retrospective Study. J Oral Maxillofac Surg 2007; 65:1094-1101.
- (15) Bakardjiev A, Pechalova P. Maxillofacial fractures in Southern Bulgaria – A retrospective study of 1706 cases. J Craniomaxillofac Surg 2007; 35:147-150.
- (16) Lee KH, Snape L, Steenberg LJ, Worthington J. Comparison between interpersonal violence and motor vehicle accidents in the aetiology of maxillofacial fractures. ANZ J Surg 2007; 77:695-698.

Resumo: Orohanditeste: Uma nova metodologia para avaliação do dano orofacial

Ainda que frequentes, as lesões orofaciais e suas sequelas nem sempre são correctamente avaliadas. Contudo, sabe-se que estas podem traduzir-se em importantes consequências na vida das vítimas que as sofrem.

Assim, o presente trabalho tem como objectivo propor uma metodologia que permita uma melhor descrição e valoração do dano orofacial.

Para tal, identificaram-se variáveis (itens) relacionadas com o dano orofacial e, portanto, passíveis de o avaliar, através de: (a) revisão bibliográfica, utilizando o motor de busca PubMed; (b) análise de relatórios relativos a vítimas de acidentes de viação com lesões orofaciais, elaborados nos serviços médico-legais da Delegação do Norte do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.; (c) análise de relatórios de avaliação do dano orofacial em vítimas de acidentes de viação, realizados na Faculdade de Medicina Dentária do Porto. Os itens seleccionados foram organizados em 3 níveis: "Corpo", "Funções" e "Situações". Procedeu-se, depois, à realização dos estudos de validação (fiabilidade e validade), aplicando aquele instrumento de avaliação a uma população de 265 vítimas de acidentes de viação, com lesões orofaciais. Os estudos de fiabilidade consistiram na avaliação da fiabilidade intra e inter-observador, utilizando o teste kappa; os estudos de validade analisaram a validade factorial, a consistência interna, a validade convergente e a validade discriminante.

O estudo inicial de selecção dos itens permitiu identificar 9 itens a nível do "Corpo", 16 a nível das "Funções" e 28 a nível das "Situações". Depois dos estudos de validade, foram eliminados alguns destes itens, construindo-se um inventário final a que se chamou Orohanditeste, por permitir medir o handicap resultante do dano orofacial. Cada item é avaliado de acordo com uma escala de 5 graus de gravidade crescente.

A metodologia apresentada é válida e permite uma descrição sistematizada e rigorosa e uma quantificação do dano orofacial fiável, podendo ser utilizada como uma ferramenta auxiliar no processo clássico de avaliação do dano orofacial.

Palavras-chave: Orofacial; sequelas; avaliação; dano.

Summary: Orohanditeste: A new methodology to assess orofacial damage

Orofacial injuries and sequelae are frequent; however, sometimes, they are poorly assessed. Nevertheless, nowadays, it is recognized that orofacial sequelae are very important to the victim's quality of life.

Thus, the present study aims to contribute to a better orofacial damage assessment and description. For this, several items related (and, therefore able to assess it) with orofacial damage were identified, through: (a) a bibliographic revision using PubMed; (b) the analysis of clinical forensic reports about victims of road traffic accidents involving orofacial injuries, conducted in the North Branch of the National Institute of Legal Medicine; (c) the analysis of reports about victims of road traffic accidents involving orofacial injuries, conducted in the Dentistry Faculty of Oporto University. The selected items were grouped into three levels: "Body", "Functions" and "Situations". Then, validation studies (validity and reliability) were conducted using that instrument in the assessment of 265 road traffic accident victims with orofacial trauma. Reliability studies were made assessing intra- and inter-observer using

kappa test; validity was study assessing factorial validity, internal consistency, convergent validity and discriminant validity.

The initial analysis allowed the selection of 9 “Body” items, 16 “Functional” and 28 “Situational”. After validation, some items were excluded, and the final inventory was constructed. It was named Orohanditeste since it allows assessing orofacial handicap. Each item is assessed using a 5 grade scale of increasing severity.

The presented methodology is reliable and has validity, allows a more reliable, exact and complete orofacial damage description and quantification, and can be useful as an auxiliary tool in the traditional orofacial damage assessment process.

Key words: Orofacial; sequelae; assessment; damage.

Résumé: OROHANDITESTE: Une nouvelle méthodologie pour l'évaluation du dommage orofacial

Bien que fréquent, les blessures orofaciaux ne sont pas toujours correctement évaluées. Toutefois, il est connu qu'elles peuvent se traduire en conséquences sur la vie des victimes. Ainsi, l'objectif de la présente étude est de proposer une méthodologie qui puisse permettre une meilleure description et évaluation du dommage orofacial.

Pour répondre à cette objectif, les variables liés au dommage orofacial ont été identifiés par: (a) une révision de la littérature, utilisant le moteur de recherche PubMed; (b) l'analyse des rapports établis sur les victimes d'accidents de la circulation, présentant blessures orofaciaux, observés à la Délégation du Nord de l'Institut National de Médecine Légale; (c) l'analyse des rapports d'évaluation des victimes d'accidents de la circulation présentant dommages orofaciaux, qui ont été tenue à la Faculté de Médecine Dentaire de l'Université de Porto. Les variables sélectionnées ont été organisés dans un outil composé par 3 niveaux: le “Corps”, les “Capacités” et les “Situations de la vie”. Des études de validation (fiabilité et la validité) ont été faites appliquant cet outil à une population de 265 victimes d'accidents de la circulation, présentant blessures orofaciaux. On a étudié la fiabilité (intra et inter-observateur) et la validité (validité factorielle, cohérence interne, validité convergente et validité discriminante).

L'étude initiale a identifié 9 variables pour le niveau “Corps”, 16 pour les “Capacités” et 28 pour les “Situations de la vie”. Après la validation, ont a éliminé quelques variables et il y a résulté un outil final, l'Orohanditeste, qui permet évalué le handicap résultant du dommage orofacial. Chaque variable est évalué selon une échelle de 5 degrés.

La méthode présentée est valide et permet une description et quantification du dommage orofacial plus fiables, exactes et complètes, et peut être utilisé comme un outil auxiliaire dans l'évaluation traditionnelle du dommage orofacial.

Mots-clés: Dommage orofacial; séquelles; évaluation médico-légale.

Pedido de separatas:

INÊS CALDAS

inescaldas1@gmail.com

Revue Française du Dommage Corporel

Resumos dos artigos publicados no vol. 32, nº4, 2006

Martre, P.; pp 261-264 – *O futuro da peritagem e a sua organização*

Este tema apresenta um particular interesse e preocupação não só no domínio da peritagem médica mas também no que respeita a toda a medicina em geral.

O Conselho Nacional da Ordem dos Médicos prevê a falta de médicos em 2012 e na “especialidade” da peritagem já em 2009. Os jovens médicos privilegiam as formas de exercício com justaposição de várias actividades: liberal, assalariada, part-time em hospitais ou em estabelecimentos de ensino, actividades de consulta ou mesmo actividades extra médicas, com o objectivo de conseguirem uma melhor qualidade de vida. Estes elementos devem fazer repensar a rede nacional de gabinetes de peritagem e a sua disponibilidade. E o perito de amanhã deverá associar a actividade de peritagem com a actividade de cuidados de saúde.

A peritagem do futuro não se limitará à reparação do dano corporal. As necessidades serão multiplicadas pelo aparecimento de novos riscos, pelo princípio de precaução, pelo aumento de acções legais, pelo descomprometimento dos organismos sociais na gestão do pequeno risco, dos acidentes de trabalho e doenças profissionais.

O gabinete de peritagem tal como existe na actualidade desaparecerá provavelmente devido à pluriactividade do médico e à falta de médicos em geral, e deveríamos orientar-nos para gabinetes de grupo ou reagrupados e gabinetes secundários.

Béjui-Hugues, H.; pp 265-269 – *A doutrina médico-legal no futuro e as relações com a Europa. Alguns aspectos particulares*

A reparação do dano corporal evolui. O desejo de todos os seus actores deverá ser atingir uma harmonização se possível europeia, visando obter uma segurança jurídica e um tratamento equitativo das vítimas.

O perito médico tornou-se um especialista cada vez mais preciso, cuja prática é indissociável da disciplina inicialmente escolhida por ele para a sua prática diária. Para manter esta competência, a sua formação torna-se essencial.

A competência do perito reflecte-se também no procedimento de inscrição nas listas (judiciárias, lista nacional de peritos em acidentes médicos, redes médicas das sociedades de seguros, lista IRCA...). Elas têm em comum a procura incessante de peritos competentes, de qualidades incontestáveis e independentes.

O melhor conhecimento da reparação do dano corporal traduz-se numa necessária transparência (em particular envio de relatórios de peritagem às pessoas examinadas) e uma descrição concreta dos danos, razão da elaboração de uma nova missão de peritagem, inspirada no grupo de trabalho Dintilhac, e que entrará em vigor em 31/12/2006.

Finalmente, como já foi mostrado em certos países europeus, são necessários referenciais únicos do ponto de vista médico, como as tabelas de avaliação de IPP e tabelas de indemnização da ONIAM ou da FIVA, que devem permitir tratar de maneira igual vítimas com os mesmos danos.

Pansier, F. J.; pp 271-274 – *A “judicialização” da medicina*

O autor, magistrado, revê o passado para melhor compreender a evolução deste fenómeno irreversível. Considera três causas essenciais: a vontade do Conselho Nacional da Ordem dos Médicos de romper com o modelo um pouco paternalista do médico em risco de evoluir para “prestador de serviço”, a focalização da prática judicial americana em matéria de responsabilidade médica, finalmente a tendência geral da sociedade francesa em não aceitar o menor risco e de sempre querer designar um responsável e conseqüentemente exigir uma indemnização.

Em 2006, um certo número de indicadores permitiram avaliar a “judicialização” da responsabilidade médica de maneira objectiva: o número crescente de declarações de litígios. Deveremos assistir nos próximos anos a um aumento de queixas. O número de condenações em Direito Penal está a aumentar, revelando a perda de prestígio do médico. A atribuição de prestação

de cuidados ao generalista poderá constituir um novo risco (responsabilidade de prescrição ou de procedimento expondo o médico por não ter dado uma boa orientação ao seu paciente). Pelos riscos acrescidos, destacam-se três especialidades: a cirurgia, a anestesia e a obstetrícia.

São propostas algumas soluções: sensibilizar os profissionais de saúde para os riscos crescentes no exercício da sua profissão, definir o montante das indemnizações por especialidade, desenvolver um sistema de mutualismo de cotas em que os riscos são partilhados pelas especialidades.

Mattei, J. F.; pp 275-282 – *Até onde pode ir a avaliação do ser humano?*

Numa notável exposição combinando filosofia, história, genética e direitos do homem, Jean-François Mattei realça a dificuldade de avaliar o ser humano: “o homem é o animal que avalia enquanto ele mesmo escapa a toda a tentativa de avaliação”.

Contra a tentação difusa e persistente de reduzir o homem a um instrumento, a uma mercadoria, ou a um simples composto de partículas materiais, a filosofia humanista sublinha que o homem tem um valor incondicional, a dignidade. O homem não pode ser avaliado, ele não tem preço, todos os homens têm o mesmo valor.

Apesar destas considerações, a necessidade de avaliar surge por vezes, conduzindo a um conflito de valores entre liberdade e dignidade. Moralmente, a tendência actual é de relativizar o valor da dignidade, igual para todos segundo a lei, para melhor consagrar o valor incondicional da liberdade (exemplos: eutanásia, mães de aluguer).

O autor opõe os princípios éticos de justiça e de equidade na repartição dos bens disponíveis, nomeadamente em matéria de direito à saúde, ao carácter limitado dos nossos recursos.

Aborda a questão perturbadora do custo exorbitante de certos novos tratamentos à custa obrigatoriamente da prevenção dos acidentes ou da malnutrição de um grande número (se é dispensado em um não é atribuído ao outro), do desperdício dos recursos orçamentais, conduzindo à ruptura do sistema de cobertura universal dos cuidados de saúde.

A ética utilitarista obriga-nos a colocar questões sobre a repartição dos meios ao serviço de todos e de cada um.

Bébéar, C.; pp 283-286 – *Até onde a responsabilização por danos?*

O autor, que conhece particularmente bem o domínio dos seguros por ter criado e dirigido o Grupo AXA, realça a evolução muito importante das mentalidades que se traduz por uma recusa sistemática da fatalidade, ou seja a recusa do risco, e a procura sistemática de um “responsável”, que estão na origem de uma judicialização da Sociedade e das pesadas consequências económicas para os seguradores.

Estando esta situação claramente identificada, propõe algumas medidas concretas: banir a retroactividade das leis que não permitem trabalhar de maneira segura e duradoura, frenar a judicialização da Sociedade, fazer com que os Estados se responsabilizem por parte do risco em determinadas circunstâncias extremas (tremores de terra, guerras, atentados), tentar no domínio médico moderar a passagem da obrigação dos meios para a de resultados.

Posteriormente discute o bem fundamentado princípio da precaução, propõe a reorganização, de maneira mais responsável, do sistema de protecção social e do investimento na prevenção, domínio que tem sido desde há muito negligenciado.

Dartigues, J.F.; pp 287-301 – *Estado dos conhecimentos e medidas de prevenção na doença de Alzheimer e síndromas semelhantes*

A doença de Alzheimer e os síndromas semelhantes (sobretudo as outras causas de demências) tornaram-se um problema major e prioritário de Saúde Pública devido ao envelhecimento da população.

Estas doenças atingem hoje em dia 855 000 pessoas, com mais de 255 000 novos casos por ano. Se a situação não evoluir, 1 300 000 pessoas serão atingidas em 2020.

O objectivo deste artigo é apresentar as mais fiáveis estimativas da prevalência, incidência e duração da demência, de propor projecções para o futuro próximo, e de fazer o ponto da situação relativamente às pistas de prevenção possíveis.

Em França, nos indivíduos de idade igual e superior a 75 anos, a prevalência é estimada em 13,2% para os homens e em 20,5% para as mulheres no estudo PAQUID. Estes casos surgirão em 72% das mulheres e em 73% das pessoas com idade igual e superior a 80 anos.

Relativamente à incidência, o número de novos casos anuais de demências pode ser estimado em 225 263.

As projecções sobre o número de pessoas atingidas pela doença de Alzheimer e síndromes semelhantes nos próximos anos revelam que, para

1000 habitantes, a taxa que seria de 14,5 por 1000 em 2004, deverá ser de 21,3 em 2020 e 36,3 em 2040 em caso de baixa fertilidade, e de 20,3 em 2020 e 31,9 em 2040 em caso de alta fertilidade.

As estimativas para as demências moderadamente graves e graves em indivíduos de 75 anos ou mais serão de 500 330 casos em 2020 e 877 910 (superior ao actual número total de demências) em 2040 (sob reserva da ausência de um tratamento eficaz até lá e da não modificação da prevalência).

Relativamente à prevenção, o autor relembra os numerosos factores de risco incriminados no aparecimento da doença de Alzheimer. Até à actualidade, nenhum ensaio terapêutico conseguiu confirmar a verdadeira eficácia de um tratamento preventivo.

Le Huec, J.C.; Aunoble, S.; pp 303- 309 – *Estratégia terapêutica da lombalgia crónica. O lugar das próteses discais*

Os autores relembram o percurso terapêutico da lombalgia, frequentemente decepcionante, situando o lugar das próteses discais. Actualmente, a indicação é clara: a discopatia dolorosa pura no indivíduo jovem, com uma boa função articular posterior. Os resultados são satisfatórios aos 5 anos, com uma baixa taxa de complicações.

Flory-Reverberi, M.; Gabriel, CH.; pp 311- 318 – *A “saga” das convenções de seguros*

Discutidos em França desde o início de 2006, os eventos mediáticos suscitados pela nova convenção de seguros de graves riscos de saúde reforçam a constante “evolução desejada” ou “evolução sofrida” nos seguros pessoais.

Este artigo recorda a história e a cronologia das convenções de seguros, com a convenção Seguro e Sida assinada em 1991, depois a convenção Belorgey promulgada dez anos mais tarde e por fim a nova convenção AERAS (para Segurar e Emprestar num grave risco de saúde) de Julho de 2006 cujo objectivo é melhorar as condições de acesso ao crédito e ao seguro de pessoas com graves riscos de saúde.

As disposições desta nova convenção serão aplicadas em 1 de Janeiro de 2007 por um período de três anos, com um necessário enquadramento legal.

Resumos dos artigos publicados no vol. 33, nº1, 2007

De Mol, J.; pp 9-17 – *Conversões post-traumáticas: da clínica à prática pericial*

Após um breve resumo sobre a histeria traumática e os estigmas históricos como manifestações patognomónicas da doença, o autor focaliza a atenção sobre a problemática das conversões históricas post-traumáticas.

Em primeiro lugar são explicadas as reacções de conversão agudas e transitórias que surgem no contexto emocional de um traumatismo psíquico e de seguida as conversões históricas post-traumáticas de longa duração apesar de instaladas insidiosamente no decurso de um trauma.

É este último caso que suscita mais questões médico-legais e que motivou o estudo retrospectivo de 30 casos de conversão post-traumática. Através dos relatórios de peritagem, foram relevadas as características da amostra: predominantemente homens, trabalhadores manuais, praticamente sem antecedentes psiquiátricos.

Todos foram vítimas de um acidente (geralmente acidente de trabalho) resultando um dano corporal que motivou uma intervenção cirúrgica em 7 casos. A evolução clínica não foi favorável, tendo sido diagnosticada uma algoneurodistrofia em 9 casos.

Apenas 3 indivíduos rapidamente retomaram a sua anterior actividade profissional. A conversão histórica relacionada com a área corporal traumatizada e que foi diagnosticada segundo os critérios da DSM-IV-TR expressa-se principalmente sobre a forma de algia e/ou de impotência funcional. Uma significativa indiferença foi demonstrada em 18 casos.

Os testes psicométricos mostraram sobretudo uma personalidade neurótica ou narcísica e um comportamento defensivo histero-fóbico.

Comparando os resultados do estudo com os dados da literatura, o autor realça a dificuldade no diagnóstico de uma conversão post-traumática e as questões médico-legais que se colocam perante esta patologia psiquiátrica: a imputabilidade e a posterior indemnização.

Milecan, Ch.; pp 19-24 – *Avaliação das sequelas psiquiátricas post-traumáticas: a problemática do exagero histórico*

A peritagem médico-legal tem por objectivo “reparar o dano, nada mais que o dano”. Para atingir este objectivo, ou seja para avaliar de forma justa as sequelas psiquiátricas post-traumáticas, deve ser realizada uma série de exames psicológicos, nomeadamente uma entrevista clínica aprofundada e uma avaliação psicométrica. Durante este exame, confrontado com atitudes

de exagero histérico, o perito psicólogo não poderá iludir a delicada questão da avaliação exagerada das perturbações psíquicas, quer sejam psico-afectivas ou cognitivas. Nestes casos, em que a dramatização e a teatralização são o cerne do quadro clínico, a avaliação “mais aproximada” das sequelas psíquicas post-traumáticas torna-se uma tarefa ainda mais árdua.

Steinbach, G.; pp 25- 29 – *Histeria, neuropsicologia e peritagem*

Enquanto que as perturbações conversivas motoras de natureza histérica que surgem no decurso de um acidente são bem conhecidas, as “perturbações mentais” dos indivíduos histéricos são, na maioria das vezes, esquecidas e confundidas com os défices neuropsicológicos de natureza orgânica.

Os testes neuropsicológicos devem continuar a ser exames complementares em psicopatologia.

Graber, S.; pp 31- 38 – *A histeria na peritagem médico-legal*

A histeria no domínio da peritagem psiquiátrica médico-legal coloca os problemas mais complexos e os mais conflituosos.

Os conceitos são numerosos e interligados: personalidade histérica, conversão histérica, comportamento histérico...

O aparecimento de novas definições (perturbação somática, somatização...) tem aumentado a confusão e a incredibilidade nos múltiplos intervenientes: médicos-consultores, peritos, advogados, juízes...

O perito psiquiatra deve esclarecer o tribunal e é neste plano que encontra as maiores dificuldades, as maiores “resistências” e as maiores contradições.

Frequentemente, o conceito histeria é confrontado com o diagnóstico de simulação ou de exagero consciente.

Na peritagem médico-legal a histeria continua a ser frequentemente incompreendida, apesar das análises, da objectividade e das explicações dadas pelo perito psiquiatra.

O problema da histeria deixa nos vários intervenientes uma suspeita ou, pelo menos, uma dúvida.

Brémond, G., Alguérola, M., Guirandi, J.M.; pp 39- 47 – *Proposta de abordagem para a indemnização em casos graves: a terceira pessoa*

Esta intervenção, apresentada nas jornadas anuais dos médicos *Groupama*, tem por objectivo propor uma nova abordagem para a avaliação do dano, particularmente a atribuição de terceira pessoa nos casos graves.

Conscientes de que a vítima deve ser o centro do projecto, os autores sugerem que o inspector e o médico consultor intervenham o mais cedo possível no terreno, certamente para avaliar, mas sobretudo para propor soluções concretas perante os problemas que se colocam à vítima e ao seu envolvente. Isto implica uma abordagem rigorosa, tentando incluir todos os aspectos da vida da vítima, as suas novas condições de vida e os seus desejos. Reuniões entre os diferentes intervenientes, quer sejam cuidadores, acompanhantes, avaliadores ou reguladores, devem ser feitas ao longo do tempo, para fazer avançar o projecto de vida... e não após a data de consolidação. Os autores terminam a sua proposta fazendo duas perguntas: será necessário distinguir consolidação lesional de consolidação situacional? Para quando um grupo de trabalho para desenvolver estas ideias?

Maitre, M.; pp 49- 58 – *A prótese nos amputados do membro inferior (exceptuando o pé)*

A reparação do dano corporal dos amputados do membro inferior deve ter em conta:

- a qualidade do coto e o nível da amputação;
- a qualidade da prótese e a sua adaptação, de forma a permitir reencontrar uma vida sócio-profissional; isto envolve a escolha do paciente, a sua capacidade para se re-integrar num projecto futuro e mesmo a sua retoma de iniciativa.

A avaliação dos custos futuros é um ponto importante e deve-se basear nas necessidades do amputado e nas equipas médica e técnica especializadas em próteses responsáveis pelo doente.

Manaouil, C. & Cordier, A.; pp 59-69 – *Como funcionam as comissões de indemnização das vítimas de infracções?*

Pode ser atribuída uma indemnização pelo Fundo de garantia às vítimas de actos de terrorismo e outras infracções (FGTI), se for considerado que a vítima sofreu um dano de uma certa gravidade. Ou seja, vítimas mortais, com uma incapacidade permanente parcial (IPP>0), com uma incapacidade temporária para o trabalho (ITT) de pelo menos trinta dias ou as que sofreram uma agressão de natureza sexual, segundo o artigo 706-3 do CPP.

O FGTI paga as indemnizações fixadas no acordo estabelecido com a vítima depois de homologação pela Comissão de indemnizações das vítimas de infracções (CIVI) (procedimento tradicional). Em caso de desacordo, a CIVI

decide a quantia a indemnizar e o Fundo de garantia paga a indemnização atribuída pela CIVI (procedimento legal). O FGTI é financiado por uma parte dos contratos de seguros de bens.

Resumos dos artigos publicados no vol. 33, nº2, 2007

Olié, J.P; pp. 9-19 – *Síndrome depressivo*

Hoje em dia, a sua frequência e consequências levam a considerar o síndrome depressivo um problema major de saúde pública.

São aqui apresentadas as principais bases epidemiológicas e aspectos da diversidade clínica desta afecção. Quais as questões que devem ser colocadas para confirmar ou infirmar o diagnóstico?

Será que o papel desempenhado inicialmente pelos factores ambientais tem o mesmo peso à medida que os episódios depressivos se repetem?

Quais os factores que permitem prever o seu aparecimento e recorrência? Qual a história natural da doença? Quais as modalidades evolutivas sob tratamento? Qual o risco de suicídio?

Trata-se de questões pertinentes para o perito médico.

É proposta aliás uma escala de avaliação quer pela sua pertinência quer pela comodidade da sua utilização.

Dômont, A.; pp. 21-29 – *O controle médico do estado de saúde. Noções úteis. Aplicação em matéria de depressão nervosa*

Quando surge num indivíduo uma alteração no estado de saúde que determine uma incapacidade, este poderá, durante ou após a conclusão do tratamento, ser observado por um médico da Segurança Social, do Trabalho ou da Companhia de Seguros. Todos avaliarão as capacidades e incapacidades, mas em distintos domínios. A sua apreciação poderá também ela ser diferente. Os fundamentos e bases semânticas dessas divergências são expostos neste artigo.

Em matéria de síndrome depressivo, a avaliação do estado de saúde e o estudo da sua relevância em questão de empregabilidade está relacionada com a fadiga, stress e assédio, cujas definições são expostas. Quando afectadas por esta patologia, certas categorias profissionais necessitam de uma avaliação especialmente cuidadosa, dependendo do local de trabalho ser em meio aberto ou exposto a riscos ou de natureza administrativa.

Reverberi, M.; Laffolay, Ch.; pp 31-34 – *Depressão nervosa e seguro pessoal*

Um seguro, uma doença, uma missão: três entidades a ter em consideração em torno da actividade pericial médico-legal. Quando essa doença é uma depressão nervosa, certas especificidades devem estar presentes no espírito do perito médico.

Deve-se colocar a questão: o que podemos fazer para ser felizes?...

A resposta é dada no final deste artigo.

Nicolai, J. F.; pp 35-48 – *A oftalmologia na prática pericial*

Após explicar a prescrição de lentes de correcção, o autor desenvolve os exames complementares de oftalmologia úteis na prática pericial: estudo dos campos visuais, da visão binocular, exames electrofisiológicos.

Na fase seguinte explica como deve ser como se deve desenvolver a perícia, nomeadamente no que concerne à utilidade da anamnese e de um exame clínico cuidadoso, que não deve omitir testes de simulação. Coloca em relevo os exames que são realmente objectivos.

Discute também o estado anterior, que é determinado com base no interrogatório do paciente e exames realizados pelo perito, tendo sempre em consideração as várias patologias gerais que podem ter uma tradução oftalmológica.

Termina com uma breve avaliação médico-legal.

Carzon; J.; pp 49-53 – *Reabilitação e patologia pós-traumática do raquis. Indicações, objectivos, técnicas, duração, consolidação. Implicações médico-legais*

Em que patologia pós traumática está indicada a reeducação funcional? Quais os seus objectivos? Quais as técnicas utilizadas? Em que momento podemos dizer que a reabilitação está concluída, determinando a data de consolidação? Qual o papel do perito no decorrer do exame?

Estas são algumas das questões frequentemente colocadas ao perito, às quais o autor deste artigo, perito no Tribunal da Relação de Paris e médico fisiatra, tenta responder.

Chantelot, A.; pp 55-60 – *Medicina manual osteopática*

O autor, cujo percurso profissional é singular, como fisioterapeuta, osteopata e médico, foca a sua atenção na medicina osteopática, a partir das suas origens.

Deixa-nos as suas reflexões acerca dos profissionais que a podem praticar.

Dauplex, D.; Gabriel, C.; pp 61-74 – *Meios de informação do perito médico*

A missão do perito médico tem diversas finalidades, necessitando para tal de recorrer a pesquisa bibliográfica: pode tratar-se de avaliar do ponto de vista médico-legal as sequelas de um acidente, de investigar um erro médico e avaliar as suas consequências numa situação de responsabilidade médica, ou de avaliar os fundamentos da incapacidade temporária ou definitiva, ou de uma invalidez.

Ser-lhe-á útil dispor de um certo número de livros e revistas, jornais e publicações de medicina interna e revistas de referência essencialmente jurídicas e médico-legais.

O Centro de Documentação do Dano Corporal (CDDC) pode ser facilmente acedido através da Internet e constitui um excelente banco de dados médicos, médico-legais e jurídicos, dedicados aos peritos.

A pesquisa na Internet pode envolver ferramentas gerais ou mais especializadas, mas para efectuar uma pesquisa documental de qualidade, é necessário estar certo de que as palavras utilizadas para a pesquisa são as mesmas que permitiram a indexação dos artigos. Parece importante estabelecer uma estratégia de pesquisa de informação na Internet e respeitar certos critérios: em particular, utilizar um motor de busca generalista, procurar consenso, pesquisar nos sites das faculdades de medicina (inúmeras faculdades facultam a consulta vai Internet), pesquisar em sites especializados (CiSMeF), definir as palavras-chave para a pesquisa avançada, pesquisar nos bancos de dados internacionais (PubMed).

Resumos dos artigos publicados no vol. 33, nº3, 2007

Guerriero, Y.; pp. 119-122 – *A avaliação do rebate profissional pelo médico da segurança social*

A avaliação do rebate profissional faz parte integrante do trabalho do médico conselheiro nos seguros de doença ou na legislação profissional.

No quadro da legislação dos acidentes de trabalho (AT), se a patologia apresentada está relacionada com um acidente causado por terceiros, o serviço de segurança social será chamado a exercer recurso, conforme as disposições do direito comum, como no caso de as lesões ou sequelas que o doente ou a vítima apresentam se repercutirem na sua vida profissional.

O rebate profissional em segurança social pode ser tomado em consideração de quatro formas: uma reclassificação profissional, invalidez (antes dos 60 anos), reforma por incapacidade (antes dos 60 anos), uma taxa de incapacidade permanente parcial por acidente de trabalho.

Segundo o âmbito abrangido pela aplicação da nova legislação (somente doença ou doença + acidente de trabalho), o recurso sub-rogatório exercer-se-á ponto por ponto somente sobre as indemnizações que reparam os prejuízos que foram tomados em consideração ou, como anteriormente, sobre a globalidade dos parâmetros com carácter não pessoal.

Domont, A.; pp. 123-134 – *Importância da avaliação das repercussões médico-profissionais em evento patológico no decurso dos cuidados médicos*

A título de preâmbulo o autor relembra as modalidades de organização do sistema de cuidados médicos e de saúde onde as intervenções relevantes médico-legais, médico-sociais e médico-profissionais têm um lugar muito relevante. As múltiplas componentes do sistema de saúde comunicam insuficientemente e não obedecem às mesmas regras de funcionamento.

As condições de intervenção dos médicos do trabalho são mal compreendidas, a saúde no trabalho é marginalizada.

Responsabilizar-se totalmente pelos pacientes não é possível sem uma necessária harmonização das redes de cuidados, de reeducação funcional, profissional e de saúde no trabalho, passando por uma gestão coerente, no contexto de um trabalho em rede ligando entre si os aspectos médicos, paramédicos, social e profissional da responsabilidade médica, médico-social e médico-profissional.

O médico deverá ter um papel de chefe de orquestra ajudando o paciente a justificar o encargo médico-social das patologias e incapacidades, e facilitando a avaliação médico-legal do prejuízo. Tudo isto não poderá ser feito sem uma concertação estreita entre o médico do trabalho e os dispositivos da assistência social, respeitando as regras deontológicas e legais. O médico do trabalho, cuja opinião é a única que tem valor legal na empresa, terá confrontado os resultados do seu exame com os riscos avaliados e previstos no posto de trabalho susceptível de ser proposto ao assalariado. A opinião do médico do trabalho sobre a aptidão do trabalhador impõe-se ao assalariado e ao empregador, mas existem recursos (nomeadamente para o inspector de trabalho, após opinião do médico inspector de trabalho e do empregador).

Béssieres-Roques, I.; pp. 135-141 – *Prejuízo de afirmação pessoal e prejuízo profissional*

O prejuízo de afirmação pessoal é um conceito que existe no direito francês há mais de uma centena de anos e que foi particularmente desenvolvido no nosso direito relativamente a outros países europeus. É aceite tanto pela jurisdição cível como administrativa. Podem ser considerados dois tipos de prejuízo de afirmação pessoal: o passado e o futuro. A jurisprudência estabeleceu um certo número de princípios para a sua reparação: ele deve ser real e grave, não pode ser reparado arbitrariamente, a indemnização atribuída pelo prejuízo de afirmação pessoal deve ser proporcional à indemnização pelos outros prejuízos. A partir da nova missão direito comum 2006 da AREDOC, e no respeito dos princípios identificados pelos tribunais, convém fornecer elementos concretos quanto à sua avaliação pelo médico e à sua reparação pelo regulador.

Marsaud, J. L.; pp. 143-146 – *O prejuízo profissional e a reabilitação socio-profissional na Europa*

Na Europa, mesmo que existam diferenças no direito da responsabilidade e da reparação, e mesmo que os critérios que servem de base à avaliação do dano possam variar de um país para o outro, encontramos sempre dois grandes princípios: a reparação *in concreto* e *ad integrum*.

No prejuízo profissional distingue-se a perda de ganho durante a paragem de trabalho consecutiva ao acidente e a perda de ganho futura.

A indemnização é actualmente essencialmente financeira, mas desenha-se uma tendência evolutiva com vista à reparação em espécie, a qual inclui a reabilitação profissional.

Antonin, M.; Légeron, P.; Brocq, H.; Jung, V.; pp. 147-155 – *Trabalhar para viver ou viver para trabalhar? O lugar do trabalho na vida do indivíduo*

Quatro pontos de vista diferentes sobre o trabalho e a perda de trabalho, reunindo um filósofo, um psiquiatra, um director de um gabinete de aconselhamento sobre stress profissional, um psicólogo clínico e um sindicalista.

M. Antonin fala sobre a originalidade das sociedades modernas neste domínio em relação a todas as sociedades que as precederam, ditas pré-modernas, e a evolução para uma verdadeira inversão do valor do trabalho. Antigamente profundamente desvalorizado (condição de escravo) – um homem livre é aquele que é libertado desta necessidade – ele vai evoluir para a sua generalização, a sua valorização, com um paradoxo, a necessidade de

tempo livre suficiente para levar uma vida humanamente aceitável. Daí duas reivindicações fundamentais: a diminuição de todo o trabalho brutalizante e a redução do tempo de trabalho. Mas o trabalho permanece essencial para preservar a sua própria dignidade face a si mesmo.

Para H. Brocq, a identidade é um elemento fundamental da personalidade. Em caso de dano corporal, convém interrogar-se sobre o lugar dos bloqueios e das bases (internas e externas) que caracterizam a estrutura identitária. Por vezes, antes do acidente, a pessoa estava totalmente identificada com a actividade que exercia. Neste caso preciso, a perda de trabalho dá lugar a um sofrimento identitário massivo que convém reparar muito precocemente de modo a implementar uma assistência psicológica e/ou psiquiátrica adaptada. O psicólogo clínico parece ser o profissional que convém solicitar desde a hospitalização no serviço de medicina física e reabilitação.

Segundo P. Légeron, os últimos anos viram crescer o sofrimento psicológico no trabalho, quaisquer que sejam as categorias socioprofissionais, incluindo os dirigentes. Durante milénios, as tarefas eram penosas devido ao seu carácter físico esgotante, mas actualmente a origem é psico-social.

O stress do trabalho afecta 28% dos indivíduos e um trabalhador em cada dez sofrerá de depressão ou de ansiedade, com casos cada vez mais frequentes de suicídio no trabalho.

O seu custo económico e social é major: mais de metade dos dias de trabalho perdidos são mais ou menos ligados ao stress.

Para V. Jung, sindicalista, o trabalho na vida de um indivíduo está associado com o lugar, o papel e os direitos de todo o indivíduo enquanto actor da sociedade, mas também com o seu compromisso responsável e a sua contribuição para a sociedade.

A pessoa com handicap não é para excluir de nenhum destes esquemas, tanto mais que ela tem capacidades de investir ao seu nível com os meios apropriados.

O autor solicita uma avaliação personalizada do prejuízo sofrido pelos assalariados, vítimas de acidentes de trabalho ou de doença profissional. A reinserção é uma prioridade, sem pôr em causa a indemnização individualizada. Ela deve ser realizada sem demora.

Lacamp, Th.; pp. 159-169 – *A jurisprudência e a noção de acidente em seguros pessoais*

Através da análise de alguns acórdãos do Tribunal da Relação, este artigo apresenta as divergências da jurisprudência ligadas à definição do acidente e à sua aplicação.

A partir da definição largamente generalizada nos contratos de seguros pessoais, pode ser feita uma dupla leitura tratando-se de saber, para que um acidente seja considerado, se o critério de subitaneidade se aplica à lesão corporal ou ao acontecimento ou se a causa exterior é realmente a da lesão corporal ou a do acontecimento.

Este artigo recorda também que a decisão de justiça pode diferir de acordo com a questão que foi colocada aos juízes.

Gabriel, Ch.; Cedroni, G.; pp. 171-176 – *Estudo de uma declaração de acidente em seguros pessoais*

A origem accidental de um sinistro deve ser procurada, interpretada e, quando é reconhecida pelo segurador, condiciona a natureza ou o montante das prestações dadas. Compete ao segurado fazer prova do carácter accidental do sinistro. O ónus da prova inverte-se se o segurador deseja aplicar uma exclusão de risco. Os médicos conselheiros das companhias de seguros devem distinguir o acidente da doença. Entre os documentos que serão apresentados para avaliação, o relatório de controle médico ou de peritagem em caso de incapacidade/invalidez permitirá conhecer as circunstâncias do acidente ocorrido, distinguir à data da realização da missão se o motivo da incapacidade de trabalho resulta de uma causa accidental ou de uma doença, de avaliar a existência de um estado patológico anterior ao acidente e permitir pronunciar-se sobre a imputabilidade médica entre os acontecimentos que estão na origem do sinistro e o estado patológico que dele resultaria.

Dintilhac, J.P.; Béjui-Hugues, H.; pp. 177-184 – *Da nomenclatura Dintilhac à missão 2006: a propósito do rebate profissional*

De acordo com o programa de acção apresentado pela Secretaria de Estado sobre os direitos das vítimas, o grupo de trabalho sob a direcção de Jean-Pierre Dintilhac, então Presidente da 2ª Câmara Civil do Tribunal de Relação, depois de ter ouvido um grande número de intervenientes no processo de reparação do dano corporal, dos quais a AREDOC, elaborou recomendações e propôs a adopção de uma nomenclatura detalhada dos danos corporais.

Esta nomenclatura, elaborada com a finalidade de permitir a harmonização dos métodos de indemnização no quadro dos diferentes regimes de reparação existentes no domínio do dano corporal, propõe uma lista de categorias de compensação, em número de 27 (20 respeitantes a vítimas directas e 7 a vítimas

indirectas), algumas procedentes da avaliação do dano, outras não justificando a intervenção médica (prejuízo de afecto, prejuízo de acompanhamento...).

Apoiando-se nestes trabalhos, a AREDOC elaborou uma nova missão (missão de peritagem 2006), integrando os aspectos médicos e as diferentes evoluções doutrinárias e sociais.

Em consequência duma peritagem programada, um relatório documentado contendo, a partir de uma discussão argumentada, conclusões fundamentadas, deve permitir ao regulador, magistrado ou segurador, personalizar a indemnização da vítima com total respeito pelo princípio da reparação integral, uma vez que possui informações precisas e individualizadas relativas aos danos sofridos, referenciados com uma nomenclatura precisa e completa dos parâmetros de dano

É a uma leitura explicativa e histórica da elaboração desta nomenclatura inovadora que os autores deste artigo nos convidam, para melhor lhe compreender o seu significado e o seu alcance.

Giocanti, D.; pp. 185-197 – *O quadro jurídico da reparação das infecções nosocomiais*

As leis de 4 de Março e 30 de Dezembro modificaram as modalidades de reparação dos danos devidos a infecções nosocomiais. Aqueles que surgiram no âmbito de consultório privado não serão reparados pela seguradora a não ser que tenha havido falta do profissional de saúde, mas poderão ser reparadas pela ONIAM a título de solidariedade nacional se preencherem diferentes condições e particularmente uma taxa de gravidade superior a 4% de incapacidade permanente. Quanto àqueles que tiveram origem num estabelecimento de saúde pública ou privada, serão reparados, em princípio, em todos os casos, ou pela seguradora se forem iguais ou inferiores a 25% de incapacidade, ou pela ONIAM se forem superiores a 25% de incapacidade.

Steinbach, G.; pp. 199-206 – *A propósito do assédio moral*

O autor retoma a evolução jurídica da noção de assédio moral através da lei de modernização social.

Insiste no facto de que a noção de assédio moral é um conceito jurídico, mas não certamente um diagnóstico médico.

Dallemagne, Ph.; pp. 207-214 – *O diálogo singular perito-vítima: inquérito de satisfação conduzido pela FFAMCE*

Foi realizado um inquérito de satisfação, entre 5 e 10 de Março de 2007, junto de pessoas examinadas:

- Foram distribuídos 10000 questionários por 950 gabinetes.
- Foram analisadas 1795 respostas.

O conjunto dos resultados satisfatórios foi superior ao resultado obtido aquando de um primeiro estudo em 2005. Com uma taxa de insatisfeitos máxima de 4% da população testada, o desenrolar do exame foi julgado como muito satisfatório.

Relativamente a “Muito satisfeito” o aumento em relação a 2005 foi importante:

- pela “compreensão” da convocatória (+10%);
- pela “satisfação” pelo contacto telefónico (+10%);
- pela satisfação global (+10%);

Este último aumento está ligado ao trabalho de “escuta” desenvolvido pelo médicos peritos, principalmente junto das vítimas com idade superior a 65 anos.

Para melhorar ainda mais o grau de satisfação das pessoas peritadas parece necessário:

- anexar ao manual de qualidade (versão 10) uma proposta de formato das convocatórias em seguros pessoais e em direito comum,
- anexar a esta convocatória o plano ou as indicações de acesso ao gabinete médico e, no âmbito da missão direito comum 2006, o texto desta missão em duas páginas será também anexado ao manual de qualidade.

Reuniões Científicas

Seminário Violência na Família: Abordagens e Modos de Intervenção – 26 de Janeiro de 2008, Porto

Info: Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P.

Tel.: 22 207 38 50

Fax: 22 332 59 31

E-mail: mjalves@med.up.pt

IV Curso de Introduccion a la Biomecanica de Lesiones en Accidentes de Trafico – Reconstrucción de Accidentes, 1 e 2 de Fevereiro de 2008, Madrid, Espanha

Info: Aymon Solution Spain S.L, C/Velázquez nº 27 1º Izda ext. 28001 Madrid, España

Tel: + 34 91 6392786

+ 34 618 564570 (Rafael Montoro)

+ 34 618 564565 (Lola Aguilar)

E-mail: l.aguilar@aymon.es

Homepage: <http://www.aymon.es/biomecanica>

Colóquio Internacional sobre Segurança e Higiene Ocupacionais SHO 2008, 7 e 8 de Fevereiro de 2008, Guimarães

Info: Email: sho2008@gmail.com

HomePage: <http://sho2008.no.sapo.pt>

IX Congreso Nacional de Valoración del Daño Corporal – 21 e 22 de Fevereiro de 2008, Las Palmas de Gran Canaria, Espanha

Info: Viajes Vegueta, S.A., Viera y Clavijo, 46

35002 Las Palmas de Gran Canaria – Espanha

Tel.: 928 371 600

Fax: 928 363 856

E-mail: viajesvegueta@intelred.es

Homepage: www.valoraciónmedicalaspalmas08.com

www.viajesvegueta.net/valoracion/index.html

Congresso Acidentes de Trabalho e Rodoviários: Prevenir e Reparar – 28 e 29 de Fevereiro de 2008, Lisboa

Info: Liberty Seguros

Tel.: 22 6165420

E-mail: libertyseguros@skyros-congressos.com

Homepage: <http://www.skyros-congressos.com>

Curso sobre Principios Científicos de la Prevención de Lesiones por Accidente de Tráfico – 2 a 7 de Março de 2008, Pamplona, Espanha

Info: www.unav.es/ecip

Um dia com a T. N. I. – 7 de Março de 2008, Coimbra, Portugal

Info: Instituto Nacional de Medicina Legal – Portugal, Largo da Sé Nova, 3000-213 Coimbra.

Tel.: +351 239 854220

Fax: +351 239 836470

E-mail: arebelo@inml.mj.pt

Ver programa

Childhood grief and Traumatic Loss – restoring joy to children and families – 11 e 12 de Março de 2008, Pasadena, California, E. U. A.

Info: Chase Child Life Program, Childrens Hospital Los Angeles, 4650 Sunset Blvd., MS – 28, Los Angeles, CA 90027, USA

Tel: + 323 361-2355

Mail: icandalena@yahoo.com

Homepage: <http://ican-n CFR.org/documents/griefcon08.pdf>

44ème Congrès de la Fédération Française des Associations de Médecins Conseils Experts: Tierce personne et dépendance – 21 de Março de 2008, Toulouse, França

Info: FFAMCE 2008 c/o MCI – 24 rue Chauchat – FR – 75009 Paris – France

Tel: + 33 1 53 85 82 61

Fax: +33 1 53 85 82 83

E-mail: ffamce2008info@mci-group.com

Homepage: www.ffamce.org

Seminário: Tortura e Direitos Humanos: A intervenção forense – 29 de Março de 2008, Porto, Portugal

Info: Maria João Alves – Instituto de Medicina Legal da FMUP

Tel.: +351 22 207 38 50

Fax: +351 22 332 59 31

E-mail: mjalves@med.uc.pt

Ver programa

The Future of Health Law in Europe, European Association of Health Law Conference – 10 e 11 de Abril de 2008, Edimburgo, U.K.

Info: Tel: +0131 650 3293

E-mail: Shawn.Harmon@ed.ac.uk; John.Anzani@ed.ac.uk

Homepage: www.law.ed.ac.uk/ahrc/eahl/event2008.aspx**1st International Conference – Violence against children** - 15 e 16 de Maio de 2008, Tallinn, Estónia

Info: Estonian Bureau of Forensic Medicine, Narva mnt 46, 10150 Tallinn, Estonia

Tel: +372 6636754

Fax: +372 6636752

Email: karoliina.gekk@ekei.ee

Homepage : <http://dev.aspitpro.com/index.php?main=172>**Aspetti Valutativi e Risarcitori del Macrodanno, XVII Congresso Medico Giuridico Internazionale Associazione M. Gioia** – 23 e 24 de Maio de 2008, Pisa, Itália

Info: Via Natisone, 18 – 56122, Pisa, Itália

Tel: +050831083

Fax: +0508310827

E-mail: info@improntesrl.it; info@melchiorregioia.itHomepage: www.improntesrl.it

Ver programa

Seminário sobre Abuso Sexual de Crianças – 29 e 30 de Maio, Lisboa

Info: AMCV, Alameda D. Afonso Henriques, 78, 1.º Esq.

1000-125 Lisboa

Tel.: 21 3802162

Fax: +21 3802168

E-mail: seminarios@amcv.org.pt**VI Congreso Latinoamericano de Derecho Médico** – 4 a 6 de Junho de 2008, Quito, Equador

Info: Dr. Marcelo Jácome S. – Apartado Postal 17-16-17 – Quito – Equador

Tel.: (593) 2 2 260 826; (593) 2 2 430 875

Fax: (593) 2 2 546 803)

E-mail: mjacome@punto.net.ec; medilegal_quito@yahoo.comHomepage: <http://www.congresoderechomedicoymedicinalegalecuador2008.com>**IX Congreso Nacional de Responsabilidad Civil, El Daño y su Valoración** – 12 a 14 de Junho de 2008, Gijón, Espanha

Info: Cámara Oficial de Comercio Industrial y Navegación de Gijón – Carretera Piles al Infanzón 652, 33203 Gijón, Spain

Tel.: +34 985 180 234

Fax: +34 985 180 106/985 337 711

E-mail: congresos@camaragijon.comHomepage: www.camaragijon.com

2ème Congrès de l'Association Internationale de Dommage Corporel – 25 a 28 de Junho de 2008, Monastir, Tunísia

Info: Professeur A. Chadly / Dr. T. Mghirbi, Hôpital Universitaire "Fattouma Bourguiba", 5000 Monastir – Tunisie

Tel.: +216 73 44 71 12 / +216 73 46 22 00

Fax : + 216 73 50 08 90

E-mail: chadly.ali@rns.tn; tarekmghirbi@yahoo.fr

Homepage: www.aidc2008.org/

Workshop sobre Traumatic Incident Reduction – 9 a 12 de Julho de 2008, Lisboa

Info: Tel.: (+351) 21 880 30 66

Fax: (+351) 21 880 30 68

E-mail: monica.belchior@fcm.unl.pt

Homepage: www.fcm.unl.pt

18th International Association of Forensic Sciences (IAFS) – 21 a 26 de Julho de 2008, Nova Orleans, EUA

Info: Homepage: www.iafs2008.com

I Fórum Mundial de Direito Médico e Bioética – 30 de Julho a 2 de Agosto de 2008, Recife, Brasil

Info: Tel.: + 55 813463 – 0871

E-mail: eventos@factos.com.br

Homepage: www.direitomedico.com.br

1.º Congresso da ABRAMD sobre Drogas e Dependências – 31 de Julho a 2 de Agosto de 2008, S. Paulo, Brasil

Info: Tel. +55 11 3062 1722; Fax +55 11 3062 1710

E-mail: abramd2008@somaeventos.com.br

Homepage: <http://www.congressosabramd.org.br>

7th International Symposium Advances in Legal Medicine – 1 a 5 de Setembro de 2008, Osaka, Japão

Info: Department of Legal Medicine, Osaka City University, Medical School – Ashai-machi 1-4-3, Abeno, Osaka 545-8585, Japan

Fax. +81 6 6634 3871

E-mail: legalmed@med.osaka-cu.ac.jp

Homepage: <http://www.convention-j.com/isalm2008/>

VII Reunião dos Peritos dos Gabinetes Médico-Legais do Norte – 26 e 27 de Setembro de 2008, Santa Maria da Feira

Info: Tel.: 22 2073835

Fax: 22 3325931

E-mail: correio@dpinml.mj.pt

Seminário de Formação: Abusadores sexuais de crianças – 2 a 4 de Outubro de 2008, Lisboa

Info: Tel.: 21 3802162

Fax: 21 3802168

seminários@amcv.org.pt

Seminário sobre Acidentes de Viação e Seguro Automóvel – 3 de Outubro de 2008, Porto

Info: E-mail: a.costabasto@netcabo.pt

admin@peopil.com

Homepage: www.peopil.com

3.º Encontro do Gabinetes Médico-Legais do Centro – 4 de Outubro de 2008, Guarda

Info: Tel.: 239 854242; 271 210395

arebelo@inml.mj.pt

Ver desdobrável

XVIII Journées Internationales Méditerranéennes de Médecine Légale – 6 a 8 de Outubro de 2008, Marselha, França

Info: MCO Congrès – 27, rue du four à chaux – 13007 Marseille, França

Tel: + 0495093800

Fax: + 0485093801

E-mail: viviane@mcocongres.com

Homepage: www.mcocongres.com

Brasil Forense 2008, XX Congresso Brasileiro de Medicina Legal, V Congresso Brasileiro de Odontologia Legal – 14 a 17 de Outubro de 2008, Palmas – Tocantins, Brasil

Info: Tel.: +55 63 3218 – 6840

Fax: +55 63 3223 – 8107

E-mail: amt@amt-to.org.br

Homepage: http://www.abml-medicinalegal.org.br/joomla/index.php?option=com_content&task=view&id=110

2.º Congresso Nazionale SIOLA – Aspetti clinici e medico-legali in implantoprotesi – 17 e 18 de Outubro de 2008, Verona, Itália

Info: info@improntesrl.it

www.improntesrl.it

17th World Congress on Medical Law – 17 a 21 de Outubro de 2008, Pequim, China

Info: Prof. Wu Chongqi – 9 Dong Dan San Tiao, 100730 Beijing China

E-mail: wuchongqi@2008wcml.com

Homepage: www.2008wcml.com

7.º Congresso Nacional de Medicina Legal – 7 e 8 de Novembro de 2008, Tomar

Info: Tel.: 239 854242

arebelo@inml.mj.pt

Ver desdobrável

Ver desdobrável – folha suplementar

Ver Resumo de Comunicação

Jornada sobre Aspectos Medico- Práctics en la Valoració del Dany Corporal – 14

de Novembro de 2008, Barcelona, Espanha

Info: jameli2@mapfre.com

Ver programa

XXI Congress of the International Academy of Legal Medicine – 28 a 30 de Maio de 2009, Lisboa, Portugal

Info: National Institute of Legal Medicine – Portugal, Largo da Sé Nova, 3000-213 Coimbra.

Tel.: +351 239 854220

Fax: +351 239 836470

E-mail: ialmcongress2009@dcinml.mj.pt

Homepage: www.inml.mj.pt/ialmcongress2009

Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático

De Janeiro a Julho de 2007 decorreu na Delegação do Centro do INML, I.P. a 11.ª edição do Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático. Na Delegação do Norte decorreu a 4.ª edição de idêntico Curso.

III Curso de Pós-Graduação em Medicina Legal Social e do Trabalho

De Janeiro a Julho de 2007 decorreu na Delegação do Centro do INML, I.P. o III Curso de Pós-Graduação em Medicina Legal Social e do Trabalho. Organizado pela na Delegação do Centro do INML, I.P. e pelo Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, com a colaboração da APADAC, o curso é dirigido a licenciados em Medicina que se dediquem ou possam vir a dedicar à avaliação de incapacidades no âmbito da Segurança Social.

Seminário sobre Avaliação do Dano Corporal em Portugal – situação actual

No dia 19 de Maio de 2007 teve lugar, também na Delegação do Centro do INML, I.P., um seminário em que foi feito o ponto da situação relativamente à avaliação do dano corporal nos diferentes âmbitos em que ela é praticada – Direito Penal, Civil e do Trabalho. As palestras foram apresentadas por médicos e juristas especialmente dedicados a estes assuntos, tendo sido também apresentada a perspectiva de seguradores e da Associação Nacional de Sinistrados no Trabalho.

O Seminário, organizado pela na Delegação do Centro do INML, I.P. e pelo Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, com a colaboração da APADAC, contou com a participação de cerca de 200 participantes.

III Mediterranean Academy of Forensic Sciences Congress V Congreso Latinoamericano de Medicina Legal III Congreso Ibérico de Medicina Legal

O Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P., com a colaboração do Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal e de algumas das mais prestigiadas associações científicas internacionais nas áreas das Ciências Forenses e do Direito Médico, organizou três Congressos Internacionais que decorreram na cidade do Porto, entre 21 e 23 de Junho de 2007. Tratou-se do III Mediterranean Academy of Forensic Sciences Congress, V Congresso Latino-americano de Direito Médico e III Congresso Ibérico de Medicina Legal.

Foram analisados e debatidos temas relevantes no âmbito da Medicina Legal, do Direito Médico e das Ciências Forenses em geral, com a participação como prelectores de alguns dos mais conceituados especialistas internacionais.

Participaram cerca de 670 representantes de 45 países e foram apresentadas mais de 300 comunicações – orais ou sob a forma de poster – abrangendo as mais diferentes áreas do Direito Médico e das Ciências Forenses em geral.

1º Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses para Jornalistas

Na Delegação do Centro do INML, I.P. decorreu, nos dias 21 e 22 de Setembro de 2007, o 1º Curso de Introdução às Ciências Médico-Legais e Forenses para Jornalistas. Os objectivos desta iniciativa, organização conjunta do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. e do Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, consistiram fundamentalmente em proporcionar o conhecimento da organização médico-legal e forense nacional e o seu confronto com sistemas a nível internacional, assim como uma visão do alcance e das limitações das perícias em cada uma das principais áreas da medicina legal e das ciências forenses, através da apresentação de casos reais. Pretendeu-se que os auditores ficassem familiarizados com os diferentes tipos de casos com interesse médico-legal com que poderão ser confrontados no âmbito da sua actividade profissional, por forma à melhor compreensão das situações.

Este primeiro curso foi frequentado por 125 jornalistas dos mais diversos órgãos de informação.

6.º Congresso Nacional de Medicina Legal

Nos dias 9 e 10 de Novembro de 2007, no Centro Cultural Vila Flor, em Guimarães, decorreu o 6.º Congresso Nacional de Medicina Legal.

Organizado pela Delegação do Norte e Departamento de Investigação, Formação e Documentação do Instituto Nacional de Medicina Legal, I.P. e pelo Gabinete Médico-

Legal de Guimarães, em colaboração com o Centro de Estudos de Pós-Graduação em Medicina Legal, contou com cerca de 270 inscrições.

Foram apresentadas mais de 100 comunicações no âmbito da Patologia Forense, Antropologia Forense, Toxicologia Forense, Genética Forense, Criminalística, Clínica Médico-Legal, Psiquiatria e Psicologia Forenses.

Foram abordados pelos conferencistas convidados temas do maior interesse na actividade médico-legal. Porque se comemorou em 2007 o centenário do nascimento do Professor Carlos Lopes, eminente cientista forense e professor de Medicina Legal da Universidade do Porto, que integrou o então Instituto de Medicina Legal do Porto de 1934 a 1976 e foi Director do mesmo Instituto de 1960 a 1976, data da sua jubilação, foi atribuído um prémio com o seu nome à melhor comunicação escrita e outro à melhor comunicação oral apresentadas no Congresso, durante uma breve sessão de homenagem efectuada no encerramento do mesmo.

Lista dos Auditores com aproveitamento no XI Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Centro 2007

Afonso Dinis Cevadinha Caetano (Lic. em Medicina
Dentária)

COIMBRA

Ana Paula Maio Gouveia (Lic. em Medicina)

LISBOA

Ana Rita Alpendre Diogo (Lic. em Direito)

COIMBRA

Ana Rita Guedes de Oliveira (Lic. em Medicina)

OLIVEIRA DE AZEMEIS

Ana Rita Lopes Pereira (Lic. em Medicina)

COIMBRA

Ana Sofia da Costa Coelho (Lic. em Medicina)

COIMBRA

António João Cúcio Viegas de Carvalho (Lic. em
Medicina)

COIMBRA

António José Friande Pereira (Lic. em Medicina)

PORTO

António Manuel dos Santos Pereira (Lic. em

Direito)

COIMBRA

Catarina Fontes Ruivo (Lic. em Medicina)

COIMBRA

Cristiana Maria Palmela Pereira (Lic. em Medicina
Dentária)

QUINTA DO CONDE

Daniel Russo Vilhena Monteiro (Lic. em Medicina)

PORTO

Fernando Jorge Almeida da Silva (Lic. em

Medicina)

FUNCHAL

Hélder Manuel Dias Agrely Rebelo (Lic. em

Medicina)

LISBOA

Iolanda Maria Fião Henriques Duarte (Lic. em
Medicina)

FÉLIX DA MARINHA

José Elísio Pinheiro de Campos e Sousa (Lic. em
Medicina)

COIMBRA

Luís Manuel Maia Silva Couto (Lic. em Medicina)

ELVAS

Luiz António de Paula (Lic. em Medicina Dentária)

CASTELO BRANCO

Maria da Anunciação Lopes Baltazar Alves (Lic. em
Direito)

FIGUEIRA DA FOZ

Maria da Graça D. Simões Gonçalves (Lic. em
Medicina)

COIMBRA

Maria de Jesus Neves dos Reis (Lic. em Medicina)

LISBOA

Maria de Lurdes Ferreira Silva Gouveia de Oliveira
(Lic. em Medicina)

LISBOA

Maria João Serpa Oliva (Lic. em Medicina Dentária)

COVILHÃ

Maria Socorro Epifania Rodrigues (Lic. em
Medicina)

AMADORA

Marisol Gonçalves de Sousa (Lic. em Medicina)

COIMBRA

Nelson Ferreira Pinto (Lic. em Medicina)

VISEU

Orlando Pinho Alves Silva (Lic. em Medicina)

VILA NOVA DE GAIA

Patrícia Maria Branda Reis Penha Coutinho (Lic.
em Medicina)

LISBOA

Paula Margarida Cordeiro Amaral (Lic. em
Medicina Dentária)

COIMBRA

Paulo Jorge Rodrigues Monteiro (Lic. em Medicina)

COIMBRA

Paulo Miguel de Sousa Leite Cibrão Coutinho (Lic.
em Medicina)

BARCELOS

Torquato Magalhães (Lic. em Medicina)

PORTO

Lista dos Auditores com aproveitamento no IV Curso de Pós-Graduação em Avaliação do Dano Corporal Pós-Traumático da Delegação do Norte 2007

Adelaide R. Perpétuo Pires Moura dos Santos (Lic. em Medicina Dentária)

PORTO

Agostinho José Carvalho dos Santos (Lic. em Medicina)

PORTO

Águeda Celestina Carmo de Sena Carvalho (Lic. em Medicina)

VILA NOVA DE GAIA

Ana Maria Cardoso de Carvalho Gouveia Lopes (Lic. em Medicina Dentária)

PORTO

António Jorge Ramalho Andrade (Lic. em Medicina)
S. MAMEDE DE INFESTA

Bruno Miguel Sousa Pinto Santos (Lic. em Medicina)

COIMBRA

Francisco Oliveira Lopes (Lic. em Medicina)

GUIMARÃES

Francisco Jaime Mesquita e Queiroz Machado (Lic. em Medicina)

PORTO

Frederico José Novais de Carvalho Dias Teixeira (Lic. em Medicina)

PÓVOA DO VARZIM

Liliana Mónica Godinho dos Santos (Lic. em Medicina)

ESPINHO

Lino Alberto Aranda Assunção (Lic. em Medicina)
VILA NOVA DE GAIA

Luís Miguel Duarte Oliveira (Lic. em Medicina)
MAIA

Manuel António da Silva Vaz (Lic. em Medicina)
PORTO

Maria Cristina Estibeiro Santos da Cunha (Lic. em Medicina)

PORTO

Maria da Luz Ferreira Barroso (Lic. em Medicina)
PORTO

Maria João dos Santos Mota Leite de Faria (Lic. em Medicina Dentária)

PORTO

Maria João Martins Alves Botelho (Lic. em Medicina)
BRAGA

Maria João Martins da Rocha Begonha (Lic. em Medicina Dentária)

LEÇA DA PALMEIRA

Mário Rui Portilha Antunes da Cunha (Lic. em Medicina)

GUIMARÃES

Mykola Stasyuk (Lic. em Medicina)

S. FÉLIX DA MARINHA

Nelson Joaquim de Sousa Amorim (Lic. em Medicina)

LEÇA DO BALIO

Nuno Miguel Ferreira Pinto (Lic. em Medicina)
PORTO

Sandra Maria Gabriel Alves Gago (Lic. em Medicina Dentária)

FUNDÃO

Teresa Marta Chaves de Paiva Dores Costa (Lic. em Medicina)

MAIA

