

IL DIRITTO PRIVATO NELLA GIURISPRUDENZA
a cura di Paolo Cendon

**LA PROVA E IL *QUANTUM*
NEL RISARCIMENTO DEL DANNO
NON PATRIMONIALE**

DANNO BIOLOGICO, ESISTENZIALE E MORALE

I

UTET
GIURIDICA

Al coordinamento del presente volume ha collaborato Veronica Cendon

© 2008 Wolters Kluwer Italia S.r.l.
Strada 1, Palazzo FB - 20090 Milanofiori Assago (MI)

Redazione Giuridica
Corso Vittorio Emanuele II, 44 - 10123 Torino
Sito Internet: www.utetgiuridica.it
e-mail: info@wkgiuridica.it

UTET GIURIDICA® è un marchio registrato e concesso in licenza
da UTET S.p.A. a Wolters Kluwer Italia S.r.l.

I diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale, con qualsiasi mezzo (compresi i microfilm e le copie fotostatiche), sono riservati per tutti i Paesi.

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633.

Le riproduzioni diverse da quelle sopra indicate (per uso non personale – cioè, a titolo esemplificativo, commerciale, economico o professionale – e/o oltre il limite del 15%) potranno avvenire solo a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da AIDRO, Corso di Porta Romana, n. 108, Milano 20122; e-mail segreteria@aidro.org e sito web www.aidro.org

Project editor: Maria Cristina Bozzo
Redazione: Giada Sardone
Editing: Rossotto Editing
Fotocomposizione: LIT77 - Torino
Stampa: Logoprint S.p.A. - Lavis (TN)

ISBN 978-88-598-0230-3

Capitolo sedicesimo

LA PSICOPATOLOGIA FORENSE

Jutta M. Birkhoff

Sommario 16.1. Introduzione - 16.1.1. Il danno morale - 16.1.2. Il danno esistenziale - 16.1.3. Il danno biologico - 16.1.3.1. Il danno biologico e il danno alla salute - 16.1.3.2. Il danno biologico di natura psichica - 16.2. La valutazione - 16.2.1. Il quesito al c.t.u. - 16.2.2. La diagnosi - 16.2.2.1. «Il bisogno di salute» - 16.2.2.2. Procedura diagnostica - 16.2.3. Il nesso causale - 16.2.3.1. Il nesso con-causale - 16.2.3.2. La «compatibilità eziologica» - 16.2.4. Il danno - 16.2.5. La prognosi - 16.3. La quantificazione - 16.3.1. Le preesistenze - 16.3.2. Proposte di quantificazione - 16.4. Conclusione.

Legislazione l. 5.3.2001, n. 57.

Bibliografia Erikson 1975 - Panti 1992 - Panti e Merzagora 1993 - Bandini e Laguzzi 2000 - Bargagna, Canale, Conigliari, Palmieri e Umani Ronchi 2001a - Coda e Fornari 2001 - Cocchiarella e Anderson 2002 - Introna e Rubini 2002 - Pavan 2002 - Napeletano 2002 - Fornari 2004 - Buzzi e Vatini 2006 - Pajardi, Maeri e Merzagora Betsos 2006.

16.1. Introduzione.

La psicopatologia forense messa in relazione con «la prova e il *quantum* nel danno biologico, esistenziale e morale», si incentra, ovviamente, principalmente sulla valutazione e quantificazione di un danno biologico di natura psichica conseguente ad un evento psicolesivo, argomento di specifica spettanza dello psichiatra fornito di competenze medico legale o del medico legale con conoscenze psichiatriche, professionisti in grado di integrare le nozioni psichiatriche con quelle medico legali, ai quali, all'occorrenza, possono aggiungersi le cognizioni dello psicologo.

Prima di discutere specificatamente della «prova» e del «*quantum*» del danno biologico di natura psichica, sembra utile richiamare brevemente le specifiche definizioni dei tre tipi di danno sopra citati, rimandando per la loro trattazione più esaustiva a quanto esposto nei capitoli ad essi specificatamente dedicati.

Notoriamente, in base al diritto e alla giurisprudenza il danno risarcibile alla persona risulta essere quello patrimoniale, quello non

patrimoniale, o morale, e quello biologico, tipologie di danno alle quali si è recentemente aggiunto quello esistenziale. Le ultime tre fattispecie, seppure si ripercuotano in modo più o meno grave sul «benessere» della persona, sono nettamente distinte tra loro.

16.1.1. Il danno morale.

Il cosiddetto «danno morale», definito come «*turbamento transeunte soggettivo di natura psichica*», si estrinseca come sofferenza, disagio, «dolore dell'animo», cioè come semplice «afflizione» circoscritta nel tempo e in quell'area del «sentire» di ogni persona, essente quindi per sua stessa natura di quei caratteri di oggettività imprescindibili all'obiettivazione di un danno biologico e la cui valutazione spetta alla discrezionalità del giudice.

16.1.2. Il danno esistenziale.

Il «danno esistenziale» può essere definito come «compromissione della qualità della vi-

ta normale del soggetto o uno stato di disagio psichico che non arriva a configurarsi come un quadro clinico patologico» (Pajardi, Macri e Merzagora Betsos 2006, 33). Siamo quindi di fronte ad una forma di danno riguardante la sfera psichica, che però non assurge a vera e propria patologia psichica. È un nocimento attinente al soggetto nella sua totalità, in quanto riduce ovvero abolisce le attività realizzatrici della propria persona, da cui un peggioramento della qualità di vita e una situazione di generale malessere che, pur non sfociando nella malattia, determina comunque un «disagio psichico» con sentimenti di perdita, angoscia, ansia, noia, tristezza. Il danno esistenziale è, quindi, ravvisabile in alterazioni qualitativamente analoghe a quelle configuranti danno biologico di natura psichica, realizzandosi pertanto la differenziazione da quest'ultimo su un piano meramente quantitativo: allorché si identifichi però nell'esaminando l'insorgenza di una vera e propria malattia psichica, questo tipo di danno dovrà essere qualificato automaticamente come biologico in senso stretto e liquidato come tale, anche al fine di evitare duplicazioni risarcitorie.

16.1.3. Il danno biologico.

Il concetto di «danno biologico» è notoriamente stato introdotto in tempi relativamente recenti nella tradizione giurisprudenziale, danno svincolato dal reddito personale, a garanzia di una sostanziale uguaglianza di trattamento per ciascun individuo. Veniva sancito, quale parametro costituzionale del danno biologico, l'art. 32 Cost., inteso come disciplinante un diritto soggettivo primario ed assoluto, diretto alla tutela del «bene salute» non soltanto nella sua dimensione sociale, ma anche in quella individuale, e pertanto operante anche nei rapporti interpersonali tra privati.

Il danno biologico veniva però a costituirsi come suscettibile di una valutazione trascendente l'analisi delle sole conseguenze inerenti l'abilità del lesso a produrre reddito unicamente nel 1986 con un pronunciamento della Corte costituzionale che permise di superare le limitazioni imposte dall'art. 2059 c.c., che prevede la risarcibilità del danno non patrimoniale da lesione del diritto alla salute soltanto se conseguente a reato. Veniva stabilito che il danno biologico «costituisce l'evento del fatto lesivo della salute mentre il danno morale subiettivo (ed il danno patrimoniale) appartengono alla categoria del danno-conseguenza in senso stretto».

Veniva così a crearsi un nuovo modello risarcitorio per i danni alla persona, caratterizzato da tre distinte categorie di pregiudizio: il danno *biologico* (qualificato come «danno evento» e quindi risarcibile a prescindere da qualsiasi compromissione del reddito), il danno *patrimoniale* ed il danno *morale* subiettivo (considerati questi ultimi come «danni conseguenza»).

Per la definizione del danno biologico sono quindi basilari le correnti dottrinali e giurisprudenziali moderne che tendono a sostituire il concetto di efficienza o di validità, cioè la «capacità di saper fare», con quello di «benessere», definibile come «stare o sentirsi bene», che meglio descrive la qualità della vita ed è più aderente alla tutela della salute quale diritto costituzionalmente garantito. Tale orientamento che assume quale proprio cardine la sussistenza di un danno risarcibile ogniqualvolta sia dimostrata una lesione alla salute, indipendentemente dall'eventuale coesistenza di danni concorrenti, è stato unanimemente recepito dalla tradizione giurisprudenziale, permanendo sostanzialmente immutato, nei principi fondanti, sino ad oggi. La prima definizione di danno biologico fornita dal legislatore è contenuta nella l. n. 57 del 5.3.2001: «per danno biologico si intende la

lesione all'integrità psicofisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale», precisando che «il danno biologico è risarcibile indipendentemente dalla sua incidenza sulla capacità di produzione di reddito del danneggiato» (art. 5, 3° co.). Una delle sue definizioni recentemente proposte in ambito medico legale è la seguente:

Il danno biologico consiste nella menomazione permanente e/o temporanea all'integrità psicofisica della persona, comprensiva degli aspetti personali dinamico-relazionali, passibile di accertamento e di valutazione medico-legale ed indipendente da ogni riferimento alla capacità di produrre reddito (Introna e Robini 2002, 167).

16.1.3.1. Il danno biologico e il danno alla salute.

Il danno biologico non va confuso con il danno alla salute, concetti tra loro ben distinti ed affatto dissimili. La locuzione «danno alla salute» esprime, infatti, un concetto *giuridico*, rappresentato dal pregiudizio concreto del diritto alla salute costituzionalmente garantito dall'art. 32, configurandosi pertanto quale *danno conseguenza*, estrinsecantesi in un pregiudizio alle modalità e qualità della vita del lesso che si caratterizzerà sotto il profilo risarcitorio per la rilevanza giuridica di aspetti patrimoniali e non patrimoniali. Il termine «*danno biologico*» descrive invece un concetto *medico-legale*, ovvero la lesione dell'integrità psicofisica del danneggiato, che si costituisce perciò quale *danno evento*, sostanziantesi nella menomazione somatopsichica conseguente all'evento lesivo.

La conoscenza di tale partizione, peraltro, non è da considerarsi come mero dato di sterile sistematica teorica, ma trova ragione d'essere nella propria applicazione in sede d'indagine medico-legale, ovvero in un contesto nel quale i ruoli sostenuti dalle diverse componenti del danno sono sfumati e di dif-

ficile identificazione, potendo soccorrere in tal senso l'esaminatore soltanto un saldo corredo di elementi teorici essenziali a cui ricondurre, di volta in volta, il riscontro empirico accidentale. Richiesta fondamentale posta in tale ambito al medico legale o psichiatra forense sarà, infatti, l'abilità a distinguere tra un evento concausalmente riconducibile allo stimolo lesivo, pertanto identificabile come danno evento, ed un fenomeno il cui estrinsecarsi è mediato da condizioni relative al vissuto della lesione e della menomazione, da intendersi quindi quale danno conseguenza di queste ultime.

Nell'ambito dell'indagine che porta alla valutazione globale del danno psichico, sarà indispensabile avere ben presente la ripartizione tra danno biologico e danno alla salute, al fine di precisare se si tratta rispettivamente di fenomeno concausalmente connesso all'evento e pertanto da etichettarsi come danno evento: ovvero se si sostanzia come danno mediato da condizioni relative al vissuto della lesione e della menomazione; tale da ritenersi, quindi danno conseguenza della lesione e della menomazione stessa. Si tratta in altre parole di un danno alla salute, danno al modo di essere della persona, danno alla qualità della vita, con quote patrimoniali ed extra patrimoniali. Tale condizione si esalta in ambito di danno psichico, dove le componenti di patrimonialità e di extra patrimonialità sono talmente embricate fra loro da sembrare inscindibili (Coda e Fornari 2001, 197).

Soffermandoci ora sulle difficoltà intrinseche a tali operazioni di discernimento non pare funzionale alla trattazione in corso, richiedendo tuttavia breve anticipazione le peculiarità aporie che presenta, per sua stessa natura, questo tipo di indagine in ambito di danno psichico.

Giusta l'applicazione di quanto detto sinora, infatti, il rilievo nell'esaminando di un certo grado di malfunzionamento personale, sociale o lavorativo costituirebbe prova unicamente della sussistenza di un danno conseguenza, nulla rilevando tale reperto ai fini dell'accer-

tamento dell'eventuale sussistenza di un danno biologico.

Per contro, le patologie indagate dallo psichiatra forense sovente non riconoscono specifici indicatori biometrici e fisiologici, scientificamente validati e certificati, che dimostrino di per sé la sussistenza della malattia stessa, trovandosi in tal modo sprovvisori, chi si accosti ad una valutazione del danno psichico, degli strumenti che usualmente sostengono le procedure diagnostiche in merito a menomazioni più costantemente associate al riscontro di alterazioni organiche. Nella valutazione del danno psichico da cause non organiche, infatti, strumento principe dell'indagine sarà perciò l'esame psichico, coadiuvato da un'esattiva raccolta dei dati storico-clinici.

Si rimarca come il rilievo anamnestico di pregiudizio al vissuto del lesa configuri, di fatto, soltanto un danno conseguenza, rilevando ai fini del danno biologico unicamente qualora sia costantemente associato ad una specifica compromissione psichica avente valore di malattia, ed anche in questo caso sostanziosamente non quale prova diretta di sussistenza del danno biologico, bensì unicamente come indizio della possibile presenza, nell'attualità o nel passato, della specifica patologia cui è relato.

In sintesi:

Il danno biologico (o menomazione somato-psichica del soggetto che travalica i limiti della sofferenza morale), nel linguaggio giuridico prende il nome di danno alla salute (diritto sancito dall'art. 32 della Costituzione e oggetto di un autonomo diritto primario ed assoluto). Esso è un *danno-base* che comprende tutte le conseguenze della menomazione psicofisica, le quali non danno luogo ad una dimostrabile diminuzione della capacità di produzione di reddito, ma si sostanziano in un *notevole deterioramento dell'equilibrio psicofisico preesistente*. Nel danno biologico è valorizzata l'incidenza della lesione sull'attitudine a godere della vita nella stessa misura in cui era possibile prima dell'evento lesivo, sulla capacità, quindi, dell'individuo di inserirsi

nell'ambiente sociale ed ivi realizzare la sua personalità in maniera gratificante o comunque sostanziosamente autonoma (Coda e Fornari 2001, 196).

16.1.3.2. Il danno biologico di natura psichica.

Un danno biologico può derivare da tutte quelle tipologie lesionali che soddisfano le condizioni di pregiudizio dell'integrità psicofisica e di suscettibilità alla valutazione medico-legale e quindi conseguenti ad eventi numerosissimi ed affatto differenti tra loro, da cui discende la possibilità di individuare, sulla base di analogie o peculiarità patogenetiche o fenomenologiche, un'ampia serie di sottotipi e fattispecie di danno biologico.

In questa sede interessa però unicamente la macroscopica sottospecie del «*danno biologico di natura psichica*», inteso quale menomazione dell'integrità psichica della persona in sé e per sé considerata. In tale accezione esso non abbisogna di legittimazioni ulteriori correlate alla natura specifica della lesione, pregiudicando questa un aspetto particolare della sfera psico-fisica dell'individuo, ambito tutelato dalla normativa generale in tema di danno biologico.

Si fa peraltro rimarcare come, nella pratica psichiatrico-forense così come nella discussione dottrinale, la dicitura di «*danno biologico di natura psichica*» sia stata operativamente ridotta alla più agile formula di «*danno psichico*», ad indicare la medesima entità medico-legale. Con tale locuzione si intende definire una «*affezione*» duratura, che provoca più gravi disturbi psichici, psicologici e/o somatici, rispetto al cosiddetto danno morale, diventando un vero e proprio «*disturbo mentale*», assumendo cioè il carattere di fatto morboso configurandosi come «*menomazione bio-psichica*», una compromissione quindi del «*bene salute*» costituzionalmente garan-

tato e protetto, provocata dal fatto illecito altrui e che costituisce il danno primario e sempre autonomamente risarcibile da tenere ben distinto dal danno morale ed esistenziale.

Il danno psichico colpisce la psiche, costituita, secondo la psicopatologia classica, da tre fondamentali facoltà o sfere, quella conoscitiva, affettivo-istintiva e volitiva, facoltà queste non obiettivamente, ma ciononostante risarcibili.

Per quanto si riferisce quindi al danno biologico di natura psichica e per differenziarlo dalle altre fattispecie di danno pur esse afferenti alla sfera psichica, possiamo citare le seguenti parole:

Il disturbo mentale, più che su singole capacità, *incide fondamentalmente sulla vita di relazione della persona e sulle sue abilità sociali*. Il diritto del lesa ad essere risarcito, purché sia documentabile una effettiva menomazione della sua integrità psico-fisica, discende dal dettato costituzionale e da tutta la giurisprudenza della Corte costituzionale che, in tema di danno biologico, ribadisce il principio del diritto alla salute e all'integrità personale. In sintesi, il *danno morale* consiste in un *turbamento transiente soggettivo di natura psichica*; il *danno biologico* coincide con un pregiudizio alla salute e si sostanzia come *compromissione temporanea e/o permanente dell'integrità psicofisica, con perdita di abilità personali*. Recentemente, è stato aggiunto, come voce a se stante, il danno esistenziale, intendendo per tale la compromissione del piacere e della qualità di vita che deriva alla persona dall'evento patito (Coda e Fornari 2001, 196).

16.2. La valutazione.

Date queste brevi premesse definitorie, si può ora affrontare il problema valutativo e quindi quello della prova.

Seppure le alterazioni dell'assetto psichico di un soggetto devono raggiungere un certo livello prima di potere essere oggetto di attenzione clinica, è un dato di fatto che negli ultimi anni si è assistito ad un rilevante aumento di soggetti che decidono di agire in giudizio

per chiedere il riconoscimento di un danno psichico derivato da eventi dannosi della più svariata natura e non più unicamente come aggiuntivo in una più ampia valutazione di danni fisici conseguenti, ad esempio, ad incidenti del traffico, specie se connessi a traumi del capo.

La crescente sensibilità per il problema dell'integrità psichica e le conseguenti maggiori esigenze di una sua tutela, ha fatto sì che siano sottoposti a valutazione svariati quadri psichici dipendenti da cause lesive assai diverse, tra cui traversie lavorative cagionate da illeciti comportamenti di organi gerarchicamente superiori, stress da inquinamento acustico, maltrattamenti in famiglia, scorrette cure mediche o da morte di congiunti. Spesso, alla base del danno psichico non esiste quindi alcun trauma fisico, ma un puro *shock* emotivo, stress emotivi, non solo istantanei, ma anche protratti nel corso di mesi o anni.

Un danno psichico può quindi scaturire da eventi lesivi di assai diversa natura, accadimenti che naturalmente siano in grado di produrre effetti sul soma e/o sulla psiche. La sua determinazione si colloca all'interno della cosiddetta psicopatologia dell'evento, in quanto trattasi di valutare una patologia derivata allo psichismo dell'esaminando in seguito ad una evenienza che può aver agito sia in modo diretto sia indiretto.

Da un punto di vista classificatorio, data la diversità delle circostanze lesive, si possono quindi distinguere un danno biologico di natura psichica «*diretto*», ad indicare la conseguenza di un evento lesivo nel soggetto che ne è stato direttamente colpito, oppure «*indiretto*», costituentesi come la riflessione su persona altra del danno patito da un individuo.

La prima tipologia, quella cioè diretta, è a sua volta scindibile in due grandi sottogruppi, a seconda che il pregiudizio di natura psichica

riconosca quale propria eziologia un trauma cranio-encefalico od uno stimolo lesivo extracranio-encefalico. Appartengono ad un danno biologico di natura psichica diretto da traumi extra-cranio-encefalici, quello da *mobbing*, quelli derivanti da maltrattamenti, abusi e molestie a qualsiasi titolo inferti, da *stalking*, nonché da traumi fisici non cranio-encefalici, ovvero riconducibili ad un'ipotesi di lesioni personali.

Il danno biologico di natura psichica indiretto ricomprende invece in sé il danno da rimbalzo, per il lutto da morte di persona affettivamente significativa, ed il pregiudizio psicofisico derivante dall'assistenza di un congiunto non più autosufficiente in conseguenza di comportamento lesivo altrui.

16.2.1.1. Il quesito al c.t.u.

Se la procedura valutativa nelle due differenti categorie è sostanzialmente identica, cambia invece la formulazione del quesito da parte del giudice, che, nel caso di danno psichico diretto, potrebbe contenere le seguenti richieste:

«dica il c.t.u., previo esame degli atti e dell'eventuale documentazione medica, nonché di ogni altro documento utile, sottoposto il periziando a tutti gli accertamenti ritenuti necessari, se il suddetto abbia riportato, in conseguenza dell'evento (specificare) del postumi di ordine psichico che si sostanziano in una vera e propria malattia psichica adeguatamente apprezzabile con eventuali riflessi sul piano somatico; indichi altresì la percentuale di essa intesa come danno temporaneo o permanente (quesito ipotetico variabile del c.t.u.).»

Nel caso invece di un danno psichico indiretto, il quesito potrebbe avere il seguente contenuto:

«accerti il c.t.u. se il richiedente presenti o meno un'alterazione dell'equilibrio psico-fisico; in caso positivo, accerti se e in quale misura tale alterazione può essere connessa con l'evento luttuoso

(o altro, specificare) sofferto; accerti altresì se tale alterazione abbia determinato una lesione di natura biologica, temporanea o permanente, e in quale misura (quesito ipotetico variabile del c.t.u.).»

Il c.t.u. viene quindi incaricato di valutare le eventuali alterazioni conseguenti ad un evento psicolesivo, l'evoluzione delle stesse, le condizioni attuali, il carattere di temporaneità o di permanenza della menomazione dell'integrità psicofisica del danneggiato, tenendo conto delle condizioni di salute preesistenti dello stesso. L'esaminatore deve inoltre stabilire se l'accertata menomazione abbia impedito o impedisca, totalmente o parzialmente, lo svolgersi dell'attività lavorativa del soggetto, riferire su quali cure siano state o saranno necessarie e quali spese sanitarie siano giustificate e giustificabili.

Viene quindi richiesto un parere tecnico diagnostico scaturito da un esame condotto con la massima obiettività e rigore scientifico che possa consentire di dare una risposta al giudice, senza dimenticare che il periziando non è soggetto da indirizzare ad una terapia, bensì il protagonista di una valutazione medico-legale. Il consulente deve sempre ricordare di essere mero ausiliario del giudice, al quale non può e non deve sostituirsi, e al quale deve limitarsi a fornire elementi tecnici che gli rendano possibile una possibilmente equa decisione.

Nella valutazione del danno psichico bisognerà dimostrare che è sopravvenuta un'effettiva lesione dell'integrità psicofisica dell'esaminando (danno biologico), lesione che ha minato sostanzialmente e visibilmente il suo diritto alla salute, abbia essa caratteristiche di temporaneità o di permanenza (danno alla salute). Che si tratti di danno psichico diretto (intendendo come tale il danno psicologico che deriva al soggetto direttamente dall'evento traumatico sofferto in prima persona) o che si tratti di danno psichico indiretto (che si sostanzia nel danno che deriva alla persona in seguito ad un evento luttuoso che colpisce altra persona per lui significativa), il pro-

cedimento relativo all'accertamento non cambia, se non nella formulazione dei quesiti del giudice (Costa e Fornari 2001, 198).

Va subito premesso che mai come in questo tipo di accertamento dove, sovente, i giudizi sono più di «valore» che non «scientifici», il c.t.u. deve essere onesto nella propria valutazione e sebbene possa ben esprimere opinioni personali, purché come tali le dichiari e non le faccia passare per verità «scientifiche» assolute, deve rendere edotto il giudice dei fondamentali problemi insiti in questo particolare tipo di indagine e cioè l'impalpabilità dei confini tra «malattia», «disturbo» o «disagio» e l'idoneità di questi ultimi «modi di essere» a configurare, a pieno titolo, un danno, della possibilità di risolvere il nodo del nesso causale secondo i due fondamentali e antitetici modelli, ossia a seconda di come si considera la preesistenza, l'incertezza fra temporaneità e permanenza e la labilità di confini fra danno morale e malattia transitoria e dell'impossibilità di fornire esatte «quantificazioni» con cifre percentuali.

In buona sostanza, relativamente al danno psichico, bisognerà dunque dimostrare che è sopravvenuta un'effettiva lesione dell'integrità psicofisica del soggetto in esame (danno biologico), lesione che ha minato sostanzialmente e visibilmente il suo diritto alla salute, abbia essa caratteristiche di temporaneità o di permanenza (danno alla salute) e che ha comportato e comporta interventi sanitari (farmacologici o psicoterapeutici) (Fornari 2004, 576).

Entrando ora nello specifico della valutazione va premesso che quando si parla di danno psichico ci sono ancora opinioni a volte diametralmente opposte, nel senso che c'è chi nega la sua stessa esistenza o dimostrabilità e chi invece sostiene che un tale tipo di danno si verifica sempre, o quasi sempre e perlopiù come danno temporaneo parziale a seguito di un evento lesivo, anche se di rilevanza minima. Inoltre, seppure esista ormai una maggio-

re attenzione e valorizzazione della sofferenza psichica, quando è in gioco il risarcimento di un danno psichico, spesso bisogna ancora fare i conti con il sospetto che il disturbo lamentato dal soggetto sia dovuto a simulazioni di problemi inesistenti o a enfatizzazione di disturbi invece di trascurabile entità.

L'identificare il danno biologico di natura psichica, vale a dire la menomazione, o l'infirmità, ovvero la malattia, o ancora il disturbo o anche il disagio mentali (termini fra loro oggi equivalenti in psichiatria e tra loro spesso indifferentemente impiegati) non è problema agevole e affollatissimo e frastornante si presenta il panorama delle modalità della sua valutazione, che spaziano dal brutto adeguamento semiquantitativo delle normali scale di danno biologico all'applicazione di modelli di valutazione psicologica avulsi dal corretto percorso diagnostico, nell'assenza fattuale di un sistema di riferimento la cui validità sia unanimemente condivisa dagli operatori.

Il danno psichico comporta problemi per quanto concerne sia l'accertamento, sia la valutazione.

La valutazione psichiatrica non può basarsi soltanto sull'esame clinico attuale, bensì assume caratteristiche di «validità obiettiva» (relativa, sempre e comunque), se è possibile accertare una sensibile, effettiva compromissione delle abilità sociali preesistenti e la seria difficoltà di ricompensarle per via farmacologica o psicoterapica.

Nell'ambito di valutazione del danno psichico, entrano in gioco la soggettività sia del valutatore, sia del valutato. È ben noto che il puro danno psichico su base non cerebro-organica è, per definizione, soggettivo e viene individuato in base alla descrizione dei sintomi riferiti dalla persona interessata, la cui sofferenza psichica è soggetta alla massima variabilità ed elaborazione individuali, sintomi che l'osservatore deve tradurre in categorie diagnostiche, utilizzando codici di lettura che

riguardano la controversa definizione di malattia mentale.

Psichiatri, medici legali e psicologi bene sanno quali discussioni si svolgono e si sono svolte intorno alla nozione di disturbo psichico e alla sua classificazione, quanti sistemi nosografici siano stati proposti nel tempo e come il problema di definire la malattia mentale sia ritenuto da molti non risolvibile. Ciononostante, il tecnico consultato deve tradurre la sintomatologia riferita in qualche cosa di «obiettivo», utilizzando schemi nosografici discutibili e non definitivi, oltre a doverla quantificare nella sua portata e nel suo valore di «malattia». Lo psichiatra forense deve inoltre pronunciarsi circa le cause entrate in gioco nella genesi dei disturbi accertati e sul nesso causale tra evento lesivo e conseguenze psicopatologiche.

16.2.2. La diagnosi.

La valutazione e quantificazione del danno biologico di natura psichica è, quindi, piena di insicurezze e difficoltà, anche in relazione ad alcune incertezze proprie della psichiatria. Da tempo sono, infatti, venute meno le «certezze» imperanti in epoca positivista, quando di ogni malattia mentale si supposeva una qualche causa biologica, seppure spesso ancora sconosciuta, ed è radicalmente mutato l'atteggiamento nei confronti della compromissione della salute mentale, visti i cambiamenti intervenuti in taluni concetti basilari della psichiatria, tra cui quelli relativi alla definizione e all'eziologia del disturbo psichico, al rapporto di causalità tra evento esogeno ed eventuali conseguenze psicopatologiche e infine alla loro permanenza nel tempo. Per quanto riguarda la definizione della malattia mentale, esistono, infatti, oggi

dettagliatissime elencazioni nosografiche, ma nessuna esaustiva definizione. Oggi, è semmai

prevalente la tendenza ad usare il termine di «disturbo mentale», anche se «non esiste una definizione soddisfacente che specifichi i precisi confini del concetto», come chiarisce il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, che compendia un sistema nosografico psichiatrico, adottato in quasi tutti i paesi (Ponti e Merzagora 1993, 162).

Per ciò che concerne poi l'eziologia della malattia mentale, si conoscono, ormai, molteplici fattori che possono intervenire nella sua genesi, biologici costituzionali, ereditari, tossici, da abuso di sostanze, traumatici, familiari, situazionali, sociali, ambientali, variamente interagenti tra loro, oltre che dipendere dalla suscettibilità individuale. Ne consegue che, eccezione fatta di alcuni casi, peraltro poco frequenti, in cui il disturbo può essere facilmente ricondotto ad una vera e propria lesione materiale del sistema nervoso, di quasi tutta la patologia psichiatrica (grandi psicosi, psicosi reattive brevi, depressioni, nevrosi, disturbi di personalità, ecc.) non conosciamo l'eziologia ultima, ma unicamente i meccanismi psicodinamici e psicopatogenetici.

Per l'accertamento medico legale di un danno psichico, l'aspetto fondamentale e ineluttabilmente preliminare è però rappresentato dall'accertamento del nesso causale tra evento lesivo illecito che può dar luogo al risarcimento e il disturbo psicopatologico, che va preliminarmente clinicamente diagnosticato e nosograficamente classificato.

Per quanto riguarda la diagnosi, si riscontrano già notevoli difficoltà. Infatti, se una lesione dell'integrità fisica è facilmente evidenziabile, un danno biologico di tipo psichico non è direttamente constatabile e rilevabile, essendo una lesione psichica un fenomeno intangibile la cui sintomatologia soggettiva ed esistenza viene dedotta, seppure con criteri scientifici, unicamente dal comportamento o da manifestazioni di varia gravità, durata e incidenza sulla vita quotidiana, del danneggiato.

16.2.2.1. «Il bisogno di salute».

Un aspetto che dovrebbe imporsi primariamente all'attenzione dello psicopatologo è rappresentato dalla valutazione del «bisogno di salute» dell'esaminando: infatti accanto a chi segnala la propria condizione per trovare rimedio ad un reale danno psichico, non sono rari i casi di chi lamenta la propria vittimizzazione mosso da finalità compensatorie il cui sostrato esula dalle finalità proprie della tutela giuridica del danno. I più affidabili indicatori atti a discriminare tra le situazioni testé ricordate sono da ricercarsi principalmente nel grado di *compliance* terapeutica e nella continuità della stessa, ovvero in parametri la cui disponibilità presuppone la conoscenza della storia clinica antecedente il momento della valutazione psichiatrico-forense oppure l'impostazione di tale indagine nella forma di un monitoraggio dell'esaminando protraentesi nel tempo.

Il punto poi fondamentale di partenza è rappresentato dall'analisi della struttura di personalità di base e il funzionamento psichico del soggetto, quali erano prima che intervenisse l'evento psicolesivo. Di conseguenza essa si basa da un lato sulla raccolta dei sintomi soggettivamente lamentati dal lesso, dall'altro sulla possibilità di una obiettivazione clinica e psicodiagnostica dello stato di malattia che si allega essere sopravvenuta (indagine comparativa).

16.2.2.2. Procedura diagnostica.

La diagnosi si attua con l'esame obiettivo psichico, condotto attraverso l'osservazione e il colloquio per saggiare lo stato di vigilanza, coscienza, della percezione, dell'ideazione, dell'affettività, del comportamento. Si tratta quindi di raccogliere precisi dati obiettivi, che sono però gravati da qualche margine di soggettività, in quanto fondati sulle facoltà psi-

chiche dell'osservatore che valutano le facoltà psichiche dell'esaminando, senza l'ausilio di strumenti fisici.

Sin dal primo momento dell'incontro attraverso l'osservazione si possono però già rilevare i cosiddetti segni spontanei dell'esaminando, e cioè il suo aspetto, l'abbigliamento, la mimica, l'igiene personale, l'attività motoria, il linguaggio, l'atteggiamento, da interpretare secondo il loro effettivo valore e significato.

Nella valutazione psicopatologica a fini medico-legali si passa poi alla raccolta dei cosiddetti segni evocati dove è opportuno adottare una metodologia impostata sui criteri della semeiotica specificatamente psichiatrica, al fine di evidenziare i segni della malattia, ma ancor più è necessario saper ascoltare dal paziente i sintomi lamentati, attraverso il colloquio anamnestico. Operazione preliminare a qualsivoglia itinerario valutativo, è, infatti, la raccolta dei dati anamnestici dell'esaminando che andrà condotta con particolare attenzione alla ricostruzione del cosiddetto stato anteriore, ovvero al vissuto esperito dal soggetto prima che questi si trovasse sottoposto alla stimolazione supposta lesiva.

Andranno pertanto ricercati eventuali antecedenti di ordine sia patologico che fisiologico, al fine di indagare la preesistenza non solo di un eventuale disturbo indebitamente ascritto alla lesività, ma anche di un *setting* personalistico-relazionale la cui influenza nel determinarsi del danno sarà da precisarsi caso per caso.

Attraverso la raccolta dei sintomi lamentati e dei segni evidenziati l'esaminatore può spesso già orientarsi verso una eventuale sindrome e quindi una ipotesi diagnostica, da confrontare con i modelli nosografici conosciuti allo scopo di arrivare ad una diagnosi di malattia.

Dovranno poi essere analizzati gli accadimenti successivi alla presunta vittimizzazione, lad-

dove primaria importanza rivestiranno l'eventuale ricorso da parte del soggetto a cure psichiatriche, nonché repentini e non altrimenti giustificabili mutamenti della vita sociale.

Strumento principale ed irrinunciabile di un simile procedimento è rappresentato dall'analisi strutturale della personalità, condotta con particolare attenzione al funzionamento difensivo, all'esame di realtà e, in sintesi, ai processi di formazione dell'identità personale, estensivamente considerata nelle sue componenti di funzione della mente che organizza ed orienta un campo di significati (Pavan 2002), nonché nella sua dimensione di identità dell'Io (Erikson 1975). È, infatti, l'identità dell'individuo a garantirgli uno stabile senso di sé e nei confronti dei ruoli e delle richieste sociali, presiedendo, di fatto, precisamente a quegli ambiti personologici che maggiormente sono chiamati in causa nelle situazioni di danno psichico e nell'elaborazione di un vissuto di vittimizzazione. Il maturare da parte del soggetto passivo di una propria peculiare esperienza di vittima afferisce, di fatto, non soltanto alla situazione stressante patita, ma anche alla struttura di personalità soggiacente nell'individuo: è dall'interazione di queste due componenti che trae origine la specifica reazione del soggetto all'insulto patito, realizzandosi o meno una condizione psicopatologica in virtù della reciproca valenza di volta in volta assunta dall'uno o dall'altro fattore.

In questo senso è degno di considerazione il concetto di «*plasticità psichica*», intesa come processo continuo attraverso il quale, per successive stratificazioni, viene a realizzarsi il nucleo fondante l'identità dell'individuo (Napoleitano 2002). È di immediata evidenza come un tale postulato, se per un verso presuppone possibilità terapeutiche sostenute dall'intrinseca evolutività della psiche, riconosce di converso la problematicità dell'intervento

su quei soggetti per i quali la sintomatologia stessa rappresenta un elemento indispensabile ad una strutturazione ragionevolmente stabile, seppur difettale, dell'Io.

La valutazione di ogni singolo caso dovrà quindi procedere dall'individuazione dell'orientamento personologico dell'esaminando, in ordine alla corretta interpretazione della fenomenologia raccolta alla luce della comprensione delle specifiche linee di evoluzione patogenetiche e patoplastiche tipiche del *setting* di personalità riconosciuto proprio all'individuo in esame.

Per quanto concerne poi l'esame dell'espressività clinica della sintomatologia rilevata, questo tipo di approccio si configura quale giovevolissimo presidio all'attività psichiatrico-forense non soltanto in quanto concorrente a decodificare il significato del fenomeno repertato riconducendolo alla personalità individuale, ma anche e soprattutto perché attraverso una tale indagine è possibile valutare le opzioni terapeutiche applicabili all'esaminando e la loro efficacia, rendendo pertanto disponibili al medico legale ulteriori elementi utili ad una più puntuale stima del danno.

Siamo quindi di fronte ad una valutazione soprattutto soggettiva fatta sulla scorta di elementi difficilmente obiettabili, nonostante il ricorso eventuale a questionari o ad altri strumenti di indagine psicodiagnostica.

Ogni evento ha, infatti, diverso valore psicolesivo, a seconda del significato che gli attribuisce il danneggiato. Un fatto obiettivamente di scarso impatto emotivo o affettivo (perché è a questo livello che si pone il discorso, non certo su di un evento che può «causare» un deterioramento intellettivo misurabile e quantizzabile) può determinare un danno rilevante e viceversa. Donde il carattere relativo e comparativo che caratterizza la valutazione in questo ambito.

16.2.3. Il nesso causale.

Una volta posta la diagnosi, eventualmente integrata, ma mai sostituibile, dalla somministrazione di test psicodiagnostici, va posto in evidenza come la stessa sia da ricondurre all'evento lesivo illecito. Ed è proprio nell'accertamento del nesso causale delle sindromi a prevalente interesse psichiatrico che si riscontra una delle più marcate difficoltà applicative della metodologia medico-legale.

In materia di nesso causale si dovrà tener presente che raramente la malattia, o il disturbo psichico riconoscerà quel momento eziologico in un singolo accadimento ben definito e individuabile; più spesso tale patologia è il risultato di un insieme articolato di fattori, esogeni ed endogeni, con effetti di nocimento variabile da persona a persona. La consueta criteriologia medico-legale dovrà pertanto essere esercitata con il massimo accume e con la massima diligenza possibile, ricorrendo, ogni volta che appaia necessario, alla consulenza dello specialista psichiatra (Bargagna, Canale, Consighiere, Palmieri e Umani Ronchi 2001a, 14).

In ambito valutativo ci si può, infatti, trovare di fronte a diverse evenienze per quanto concerne il nesso causale. Così in un individuo con psichismo sostanzialmente equilibrato il disturbo può essersi manifestato per causa esclusiva, o comunque nettamente preponderante e decisiva, dell'evento. Altre volte rappresenta l'estrinsecazione in forma clinicamente e socialmente conclamata di preesistenti alterazioni dell'assetto psichico dell'individuo, che si deve ragionevolmente ritenere sarebbero rimaste inespresse, o non si sarebbero scompenstate, in assenza dell'evento; altre volte ancora, il disturbo si è aggiunto ad altre turbe psichiche che erano completamente, o largamente preesistenti all'evento, senza variane in maniera significativa le valenze morbide e le correlate ripercussioni psico-relazionali, ovvero aggravandole; infine, può non svilupparsi alcun disturbo psicopatologico o, tutt'al più, vi può essere stato un

modesto scorpimento psico-comportamentale temporaneo, che si è completamente risolto (Buzzi e Vanini 2006, 45-46).

Nell'attribuzione eziologica di un evento psicolesivo in sede valutativa, eccezion fatta dei casi conseguenti a lesività cerebrale diretta, non si possono di certo applicare i principi medico-legali classici del rapporto topografico (non avendo la psiche una collocazione nell'organismo umano, non si può trovare la sede topografica di riferimento per l'insorgenza di una sofferenza psichica) e dell'adeguatezza quali-quantitativa (ampiamente variabile da soggetto a soggetto), restando unicamente valido il solo criterio del rapporto cronologico. In questo ambito valutativo non può quindi di certo essere applicata una derivazione causale lineare del disturbo psicopatologico dall'evento lesivo, essendo lo sviluppo causale di tipo circolare, dato che la reazione ad eventi esterni che richiedono la messa in atto di meccanismi di adattamento/*coping* è di norma estremamente variabile sul piano non solo qualitativo, ma anche quantitativo.

Decisamente superata è la convinzione che, salvo rari casi, quale «causa» del disturbo possa identificarsi in un singolo fattore (...). Ecco allora contestualmente interagire, nella genesi del disturbo, le componenti biologiche e organico-costituzionali, che a loro volta si riflettono su quelle psicologico-psicodinamiche, le quali si integrano con quelle sociali-situazionali-ambientali. I vari fattori si influenzano reciprocamente nel produrre l'effetto: il disturbo mentale. Quelli biologici influenzano il modo di risentire gli eventi della vita, che a loro volta mettono in moto risposte e meccanismi psico-dinamici differenti da soggetto a soggetto, a seconda della struttura di base biologicamente determinata. Si attua, cioè, il meccanismo della causalità circolare (...). Questo moderno modo di considerare il disturbo mentale e le interrelazioni fra soggetto e ambiente e circostanze di vita è incentrato sulla teoria psicologica dei sistemi: in tale prospettiva il classico problema del nesso di causalità non appare più risolvibile secondo gli abituali criteri e, forse,

non è nemmeno più proponibile alla luce dei parametri scientifici (Ponti 1992, 534-535).

L'analisi dei disturbi psichici che possono insorgere dopo eventi stressogeni non porta infatti quasi mai al ritrovamento di una causa unica ed esclusiva, o comunque predominante, dato che essi sono di norma prodotti da molteplici fattori, i quali si «auto-potenziano reciprocamente all'interno di una spirale patologica, che trova appropriata interpretazione nel concetto di causalità circolare» (Buzzi e Vanini 2006, 17).

È ormai nozione comune che ogni individuo presenta un modo soggettivo e particolare di rielaborare gli eventi, o meglio vissuti, della vita e di sviluppare una propria eventuale psicopatogenesi, in quanto i fattori patogeni non sono tanto gli eventi emozionali in sé, ma la «rilevanza» che essi hanno per l'individuo, il modo di affrontarli e di viverli in base alla valutazione cognitiva del loro significato. Ogni evento che occorre nell'esistenza di ognuno provoca delle risposte cognitive ed emotive, che possono essere positive, negative o indifferenti a seconda delle caratteristiche dell'evento stesso, della struttura della personalità, del contesto relazionale e sociale. In questo senso non è quindi detto che ad un evento psicotraumatizzante debba necessariamente corrispondere una risposta patologica, così come ad un evento considerato lieve non corrisponda necessariamente una risposta pur essa lieve o ad un evento definibile come grave una risposta anch'essa grave. La risposta individuale dipende, infatti, ampiamente dalle capacità e possibilità che ogni individuo possiede di «compensare» disturbi organici e funzionali, capacità che non è né codificabile né prevedibile, variando enormemente da caso a caso.

L'accertamento dei rapporti causali presenta quindi in psicopatologia peculiari difficoltà segnatamente in relazione alla multifattoria-

lità eziologica del disturbo psichiatrico ed alla variabilità psicoreattiva individuale, che rende influente l'altrimenti cardinale criterio dell'adeguatezza quali-quantitativa tra cause ed effetti.

Da tutto ciò consegue che il discutere circa il nesso di causalità così come inteso dalla medicina legale (specie se si voglia portare il discorso sulla causalità unilineare) è ampiamente destituito di fondamento, trattandosi sempre di concause aventi effetto patoplastico (causalità multifattoriale integrata ed individualizzata), mai patogenetica, esclusi, naturalmente, i casi ove sia dimostrabile un danno cerebro-organico. Quello che è certo è che eventuali fattori preesistenti non possono essere motivo di esclusione del risarcimento. Anzi, sono proprio quelli sui quali vanno condotte le più attente ed approfondite analisi e valutazioni.

Siamo quindi di fronte necessariamente ad un carattere relativo e comparativo della valutazione in questo ambito. In questo senso viene però in aiuto la l. 57/2001 (art. 5, 4° co.), in cui è stata inserita la specifica previsione di una personalizzazione del risarcimento (non della percentualizzazione del danno) «tenuto conto delle condizioni soggettive del danneggiato».

Da tali aspetti discende l'impossibilità operativa di individuare un rapporto unilineare tra evento lesivo e danno biologico, dovendosi perciò ammettere che un nesso eventualmente identificato in questo contesto assume significato più propriamente di concausa che non di causa, in quanto nessun disturbo psichico, tranne l'eccezione di una diretta lesività cerebrale, si realizza senza il concorso di fattori legati alla specificità naturale dell'individuo, da cui la necessità di tenere conto di concause preesistenti all'evento lesivo.

Nessun disturbo psichico si realizza senza il concorso di fattori legati alla specificità naturale dell'individuo. Sarà pertanto la norma il tenere con-

to di concause preesistenti all'evento; tenere conto cioè di tutta la gamma delle condizioni e dei fattori legati alla peculiare individualità del soggetto e che entrano in una criteriologia sistematica di causalità plurifattoriale integrata (Ponti e Merzagora 1993, 168).

16.2.3.1. Il nesso con-causale.

Il nesso di causalità in ambito psicologico-psichiatrico è quindi prevalentemente un nesso di con-causalità, «essendo ben nota la variabilità recettiva e reattiva individuale da un lato, l'inesistenza di un rapporto uni-lineare tra evento psicolesivo e danno biologico dall'altro» (Pomari 2004, 597). Infatti, come già precedentemente espresso, le capacità e possibilità che un soggetto possiede di «compensare» eventuali disturbi varia ampiamente nei singoli soggetti. È osservazione corrente che nello sviluppo eziopatogenetico di un disturbo psicopatologico conseguente ad un evento stressante concorrono solitamente anche fattori patologici preesistenti o semplici predisposizioni soggettive che possono rendere quel dato individuo maggiormente vulnerabile ad eventi psico-traumatici, anche di modesta entità. Ne deriva che il rispettivo apporto causale dell'evento e della preesistente «susceptibilità psichica» risulta essere alquanto variabile da persona a persona.

Va quindi applicata, nella valutazione una criteriologia sistematica di causalità plurifattoriale integrata, in quanto ha diritto alla sua integrità anche colui che abbia una psiche in equilibrio precario o instabile o una predisposizione alle manifestazioni psicopatologiche, costituendo tale psiche per quel soggetto la sua condizione di «integrità», sia pur morbosa o abnorme.

16.2.3.2. La «compatibilità eziologica».

A stretto rigore di termini, pertanto, sembra che, in ordine alla connotazione di nessi real-

mente ed oggettivamente valutabili, più correttamente ci si possa esprimere in termini di «compatibilità eziologica» tra il pregiudizio riscontrato e la pretesa esperienza di vittimizzazione; primaria importanza assumeranno, a tali fini, l'indagine dello stato anteriore dell'esaminando e soprattutto l'accertamento della natura reattiva del disturbo repertato, ovviamente necessario per permettere di iscrivere la possibile genesi di tale malessere in una dimensione fenomenologica e conseguente elaborazione psicopatologica dello stimolo.

In altre parole si deve individuare e ponderare l'idoneità eziologica dell'evento di rilievo giuridico per stabilire se eventuali antecedenti morbosi possano essere stati, in parte o in toto, responsabili dell'alterazione psichica del sedicente danneggiato.

Il D.S.M. III-R, Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, ormai sostituito dal più recente D.S.M. IV-TR, prevedeva che sull'Asse IV venissero annotati gli eventi psicosociali stressanti, «che si siano verificati nell'anno precedente l'attuale valutazione e che possano avere contribuito ad una delle seguenti situazioni: 1) insorgenza di un nuovo disturbo mentale; 2) ricaduta di un disturbo mentale precedente; 3) esacerbazione di un disturbo mentale già esistente». La valutazione della gravità degli eventi «dovrebbe essere basata sulla valutazione dello stress che una persona media in condizioni simili e di simile contesto socioculturale subirebbe dal particolare evento stressante».

Quanto alla tipologia degli eventi, il D.S.M. III-R elencava, sia pure su scale di gravità diversa, accanto ad eventi di per sé comunemente considerati «gravi» (morte di congiunti, ospedalizzazione, malattie invalidanti, ecc.), anche eventi definibili, secondo il senso comune, «naturali» o «lievi», quali dissapori in famiglia, separazione, disaccordi col principale, disoccupazione, minacce alla sicurezza personale, ecc.

Questa impostazione rimette viepiù in discussione l'antiquata concezione della « preesistenza » e della « causa occasionale », merce questi rilevanti punti: la gravità dell'evento stressante è valutata obiettivamente, con riferimento alla persona media, e non alla persona « predisposta », anche se si ammette, com'è ovvio, che un evento può avere maggior impatto su soggetti, appunto, con una « preesistenza »; la prognosi, importante per il giudizio di temporaneità o di permanenza, non che per la quantificazione, è più grave se il quadro è cagionato da un evento obiettivamente lieve.

Recentemente è stato proposto il seguente elenco di tipici eventi dotati di « valenza patologica » in ordine decrescente di efficacia psico-lesiva:

torture, o sevizie efferate « senza possibilità di scampo »; sequestro di persona protratto, in condizioni di sconfinamento e/o con minacce di soppressione; tentativo di omicidio o comportamenti concretamente minacciosi per la vita; violenza sessuale di gruppo, o stupro con lesioni fisiche e minacce di morte; esposizione protratta a condizioni ambientali avverse per disperazione in luoghi deserti, naufragio, ecc.; coinvolgimento in catastrofi naturali o in disastri indotti, con protratta esposizione a pericolo di morte, o protratto stato di isolamento; abusi sessuali sistematici e protratti, o in contesti relazionali che li rendono particolarmente « odiosi »; esperienze di lutto per perdite di persone molto care in circostanze o in momenti particolari di vita; minorazioni somatiche gravemente compromettenti l'omeostasi psico-fisica e relazionale; incarceramento ingiusto o immotivato; privazione del lavoro, senza giusta causa; attentato pubblico all'onore o alla reputazione personale; intense e sistematiche vessazioni nella vita lavorativa da « mobbing », « bullying » e « noimismo »; abuso sistematico e anomalo di « mezzi di correzione » o imposizione autoritaria, violenta e/o ricattatoria di comportamenti non accetti; sottrazione di prerogative essenziali per l'omeostasi psico-fisica da parte di persone in posizione anche contingentemente sovrastante nei rapporti di convivenza, di formazione scolastica e socio-lavorativa; esposizione ad agenti psico-stressanti ambientali, ecc. (Buzzi e Vaini 2006, 48-49).

Pur essendo indubitabile ed acquisita la legittimità della sussistenza di un nesso di causalità tra evento lesivo e danno biologico, quanto detto comporta occasione di altra difficoltà per il medico legale apparendo ancora scarsamente sviluppata la sistematizzazione delle dinamiche attraverso le quali tale nesso si estrinseca. Ne deriva quindi che per quanto riguarda la richiesta di fornire un giudizio in tema di causalità di un disturbo psichico, non si può certo affermare che lo psichiatra forense effettui una valutazione scientifica, ma può unicamente formulare delle convinzioni, che spesso sono solo delle convenzioni, scaturite alla luce del peso che si ritiene di dover conferire, nel nostro contesto storico e culturale, ai diversi fattori che sarebbero intervenuti nella genesi dei disturbi psichici. In altre parole, nella valutazione vengono espressi « giudizi di valore » e non « giudizi di fatto » che abbiano caratteristiche di scientificità.

16.2.4. Il danno.

Dopo aver posto diagnosi e stabilito che il disturbo può essere messo in relazione causale con l'evento psico-traumatizzante, la sussistenza di un danno andrà a concretizzarsi nel rilievo dell'innestarsi nel soggetto, su di un *continuum* esistenziale preesistente, di un sensibile e reperibile peggioramento delle condizioni psicofisiche riconducibile ad uno stimolo lesivo.

Non è sufficiente, ai fini dell'accertamento del danno, la dimostrazione di uno scadimento di grado e tipologia indefiniti, occorrendo al contrario la rispondenza della compromissione reperita a puntuali requisiti pertinenti i modi e l'intensità del suo estrinsecarsi, secondo un orientamento dottrinale classico il quale riconosce almeno due parametri che il disturbo insorto, per qualificarsi come danno, deve necessariamente soddisfare.

Un primo criterio prevede che la lesione riscontrata assuma il valore di danno allorché insorga come « *quid novi* » rispetto ad uno stato precedente, ovvero presenti elementi di tale rottura e non consequenzialità dalla condizione premorbosa del soggetto da non potersi considerare come una delle possibili naturali evoluzioni delle condizioni dell'esaminando, ipoteticamente passibile di verificarsi anche qualora non fosse sopravvenuta alcuna stimolazione pregiudicante.

Seconda ipotesi atta a far assurgere una patologia al rango di danno è il suo estrinsecarsi, a livello sintomatologico, come « *quid plurius* » in confronto al periodo pretraumatico. Costituiranno pertanto danno sia disturbi insorti in seguito ad insulto su di una persona precedentemente sana, sia l'aggravamento cospicuo di una patologia già affliggente il soggetto, ma la cui evoluzione scientificamente prevedibile sarebbe stata altra da quella di fatto verificatasi in conseguenza del trauma subito.

Immediatamente identificabili sono le difficoltà di applicazione empirica dei principi citati, segnatamente in riferimento alla valutazione della riconducibilità o meno ad uno stimolo lesivo dell'ingravescenza di malattia già presente nel soggetto con sintomi più sfumati o dell'evoluzione in senso francamente patologico di un orientamento personale antecedente già riconosciuto come premorboso.

Le suddette condizioni rappresentano soltanto un esempio delle molteplici situazioni in cui, pur sembrando disatteso uno o l'altro dei requisiti richiesti per l'accertamento di danno, non risulta tuttavia ovvia od agevole l'esclusione di un'eventuale relazione causale tra il pregiudizio sussistente ed il trauma subito dal soggetto. Il rilievo delle suddette aporie non sembra tuttavia giustificare la delegittimazione delle regole generali già esposte, la cui applicazione all'accidenta-

lita dei casi specifici rappresenta in ogni caso giovevole strumento dirimente le situazioni che richiedono un'analisi più approfondita da quelle per le quali l'ipotesi di danno è da escludersi già ad un livello preliminare. Ci si potrà valere, nell'ulteriore valutazione dei casi dubbi, della criteriologia classica per la ricerca del nesso causale, che potrà di volta in volta corroborare o sconfessare i giudizi formulati in prima istanza.

È evidente come queste distinzioni, di applicazione relativamente agevole nel caso delle patologie psichiatriche classiche, risultino di più incerta definizione per turbamenti di più sfumata pregnanza il cui riscontro non dovrà seguire immediatamente ed invariabilmente l'accertamento del danno psichico, risultando metodologicamente più appropriata una valutazione personalizzata in capo al singolo esaminando, al fine di localizzare il più esattamente possibile il pregiudizio rilevato lungo il *continuum* psicopatologico intercorrente tra danno esistenziale e biologico.

Nel codice ricorrono per lo più i termini « malattia » e « infermità », ma il concetto di « malattia » ha oggi perso consistenza in psichiatria, non tanto perché non esistano vere e proprie infermità di mente, quanto piuttosto perché in tutti quegli stati, e, sono la maggioranza, compresi fra i limiti estremi della malattia e della sanità, pur essa relativa, si preferisce attualmente usare altre espressioni, quale « disturbo », « disagio », « malessere », ecc., termini che meglio si adattano ai contorni sfumati dei numerosi stati intermedi.

Per quanto si riferisce al termine di « disturbo » il D.S.M. specifica che « non esiste una definizione soddisfacente che specifichi i precisi confini del concetto », in quanto è qualificabile « come una sindrome o una modalità comportamentale o psicologica clinicamente significativa che si manifesta in un individuo, e che sia tipicamente associata a un malessere attuale, o con una menomazione (altera-

zione funzionale di una o più aree di funzionamento), o con un rischio significativamente aumentato ad andare incontro a morte, dolore, invalidità o ad una importante perdita di libertà».

Sulla scorta dei suddetti principi è agevole comprendere perché, pur in assenza di franca «infermità» psichica o, comunque, di un ben delimitato quadro psicopatologico, non si possa, con semplicistico automatismo, concludere che non c'è danno. Infatti, il danno potrebbe consistere in un più sfumato «disturbo» o «disagio».

Si deve ricordare come la strutturazione concettuale intrinseca del danno biologico richiede, per il configurarsi dello stesso, che il pregiudizio riscontrato presenti una pregnanza tale da renderne indubitabile il valore di franca patologia e non già di solo *discomfort* psichico.

Malesseri psicologici non assicurati al rango di malattia sono peraltro risarcibili, se del caso, nelle forme del «danno morale» e del «danno esistenziale», fattispecie la cui valutazione non compete però al medico legale, essendo affidata nella sua interezza alla sensibilità e discrezionalità del magistrato.

16.2.5. La prognosi.

Altra incertezza nella valutazione deriva dal fatto che, nonostante oggi si disponga di una vasta gamma di modalità terapeutiche che possono portare a possibili guarigioni, ovvero attenuazioni, remissioni favorevoli o compensi, risulta difficile sapere se, come e quando un dato disturbo possa migliorare, in quanto anche in questo settore intervengono la unicità dell'individuo e una molteplicità di fattori tra loro interferenti. Tanto spiccata è, infatti, la plasticità della psiche, che anche i «disturbi» psichici, lungi dall'essere staticamente strutturati, presentano, nel tempo, notevole

mutevolezza e perfino le malattie mentali più gravi sogliono modificarsi, potendo migliorare, talvolta anche guarire, sia pure con qualche defettualità.

Nella valutazione del danno assume però anche particolare importanza l'analisi del trend evolutivo del danno stesso. Il c.t.u. si deve, infatti, esprimere pure sulla previsione prognostica del livello di gravità intorno al quale razionali motivi clinici autorizzano a prospettare che i disturbi tenderanno ad assestarsi, sia in senso migliorativo sia peggiorativo.

Per la valutazione del danno biologico da menomazione psichica, ovvero della componente psichica del danno biologico, è necessario, infatti, dimostrare che è sopravvenuta una effettiva lesione dell'integrità psico-fisica del soggetto in esame, lesione che ha minato sostanzialmente e visibilmente il suo diritto alla salute, sia esso temporaneo o permanente.

Una tale valutazione non deve però essere compiuta in tempi immediatamente successivi all'evento lesivo, in quanto deve riguardare una dimensione temporale durevole, dato che per definizione deve essere qualche cosa che rimane. Ne deriva che prima della valutazione deve essere trascorso un congruo periodo di tempo in cui i sintomi, fisici e/o psichici, si stabilizzano e si possa diagnosticare quello che effettivamente rimane come quadro permanente e almeno durevole della condizione del soggetto. Solitamente per una tale valutazione i lassi cronologici appena sufficienti a consentire il superamento dell'acuzie sintomatologia psico-reattiva, sono dell'ordine di uno a due anni.

Una *alterazione temporanea* dello stato di salute del lesivo va ricondotta anche al danno biologico quando la forzata inattività abbia in concreto inciso sul suo guadagno, oltre che sul «bene salute». La permanenza (durata nel tempo), o meglio, *persistenza* (perdurare di una menomazione sensibile ed apprezzabile) della compromissione dell'efficienza del lesivo va valutata a di-

stacco dal momento dell'evento psico-traumatizzante: in linea di massima 12-18 mesi (Coda e Fornari 2001, 197).

Per poter eseguire una tale valutazione ci si deve basare sulle prospettive catamnestiche generali, sugli indicatori di prognosi particolari e sull'andamento dei disturbi nel periodo di osservazione.

Difficile può essere la distinzione fra «temporaneità» e «permanenza» del disturbo.

Di certo non si presentano difficoltà valutative se, al momento dell'indagine medico-legale, il disturbo psichico si è risolto e rimane un mero dato obiettivo, anche se in questo caso si tratta unicamente dell'insussistenza di un danno permanente.

Per quanto riguarda il «disturbo» pregresso, si tratta di stabilire se siamo di fronte ad un «transeunte turbamento psicologico», un «patema d'animo», ossia un danno morale, oppure di «turbamento» o «patema», che, ancorché transitori, giacché si sono risolti, sono da considerare «malattia» e, quindi, da valutare nell'ambito della cosiddetta «temporanea».

In ultima analisi, la risposta dipende da quale estensione si attribuisce al concetto di «malattia» (in senso generale, medico legale, e non limitatamente al campo psichiatrico).

Se si intende per «malattia» una qualsiasi alterazione o disfunzione, sia pur lievissima, dell'organismo, le argomentazioni per distinguere, ad esempio, in un lutto, una tristezza «normale» e una depressione «patologica», sono inutili arabeschi. Se si considera, invece, un calo di tono dell'umore, in caso di morte di una persona cara, una reazione «normale», «psicologica» e non «psicopatologica», allora si tratta di puro e semplice danno morale.

In realtà, anche questa valutazione ha ben poco di «scientifico», e finisce con l'essere un altro giudizio «di valore». A seconda che si privilegi il concetto di «malattia», ovvero di

«normalità» di una reazione, si perviene all'una o all'altra soluzione del quesito.

Da ciò deriva che anche la valutazione della permanenza o della modificazione migliorativa o peggiorativa della sintomatologia evidenziata, può rimanere nell'ambito dell'incertezza e, spesso, dell'aleatorietà.

16.3. La quantificazione.

Una volta stabilita l'esistenza di un danno psichico, questo deve essere in qualche modo quantificato. Il diritto alla salute è, infatti, riconosciuto e tutelato dalla Costituzione in via primaria ed assoluta e ogni individuo ha quindi il diritto al ripristino o, in caso ciò non sia possibile, al compenso se la salute abbia, per un motivo qualsiasi, subito un danno. L'obbligo risarcitorio sussiste quando vi è la dimostrazione di una relazione causale tra evento traumatico che rappresenti un illecito fruibile sul piano forense ed il conseguente danno di un bene del soggetto, concretamente diminuito in modo temporaneo o permanente. La quantificazione medico legale del danno psichico deve essere quanto più possibile proporzionata alla reale portata psico-lesiva dell'evento.

Dal punto di vista della risarcibilità possono essere individuate diverse categorie di danno:

1. I disturbi psichici direttamente ricollegibili con lesioni organiche, quali le sindromi prefrontali, quelle deficitarie, quelle amnesiche, ecc. (...); 2. le cosiddette «patologie intermedie», nelle quali una iniziale e limitata componente organica (sindrome convulsiva, transitori disturbi elettroencefalografici, disturbi vestibolari ecc.) si accompagna ad una elaborazione psichica di carattere ansioso-depressivo e spesso rivendicativo, che si innesta su una personalità di tipo ipochondriaco ed insicuro, e che gradualmente assume una concreta rilevanza psicopatologica specifica, come nella ben conosciuta «sindrome soggettiva da trauma cranico» (...); 3. I disturbi psichici privi di qualsivoglia base organica, e cioè

quei disturbi psicopatologici che derivano soltanto dalla elaborazione psicologica di eventi traumatici a volte unicamente psichici, quali spaventi, stress, lutto) (Bandini e Lagazzo 2000, 190).

Accertata la sussistenza del danno, si dovrebbe quindi procedere alla sua quantificazione in termini percentuali attraverso criteri in qualche modo condivisi, necessari non solo per una esigenza di rapidità e efficienza per il magistrato, ma anche per una omogeneità della liquidazione finale.

Anche questo compito si presenta pieno di difficoltà e incertezze. Perfino in casi di alterazioni psichiche ascrivibili a lesioni neurologiche, possono sorgere problemi per una esatta quantificazione, soprattutto nei casi che si esprimono in modo più sfumato, seppure siano in genere risolvibili, magari con qualche discussione in più fra i diversi consulenti.

Ben più gravoso è il problema della quantificazione del danno psichico puro, sia per l'inesistenza di tabelle omogeneamente condivise, sia per la mancanza di esperienze sufficientemente consolidate. Così qualcuno propone di far riferimento alle tabelle usate per l'accertamento degli stati d'invalidità civile, pur tenendo conto delle differenti finalità fra la valutazione di tale stato e dei postumi risarcibili dovuti a fatto illecito, applicazione che presenta però il grave limite, oltre che essere sommaria, di attenersi al criterio nosologico e indicare sindromi ben definite, rimanendo in ombra la sterminata area dei «disturbi» che vere e proprie «infermità» non sono.

16.3.1. Le preesistenze.

Ulteriore grave problema è, ancora una volta, la «preesistenza», cioè lo stato anteriore che rende il soggetto più vulnerabile e lo «pre-dispone», pertanto, al «disturbo» psichico.

Qualcuno propone quindi di ricorrere alla formula di Gabrielli, ma c'è da chiedersi con quale criterio si possa stabilire la percentuale di preesistente «menomazione» data da un assetto personalologico più vulnerabile. C'è chi suggerisce perciò una sorta di «tara» forfettaria del 10% e una quantificazione del danno sul restante 90%. È senz'altro doveroso tener conto della preesistente menomazione, ad esempio, di un organo o di un arto, già compromessa a cagione di progresso infortunio o malattia, ma è lecito considerare la «psiche» alla stregua di un organo? In realtà, tutto ciò che è psichico sfugge, per sua natura, a qualsiasi tentativo di obiettiva quantificazione numerica. La «psiche» costituisce, infatti, l'espressione peculiare dell'individuo e l'eventuale maggior vulnerabilità non è effetto di un precedente infortunio, bensì risultato della naturale interazione di molteplici e multiformi fattori. Infatti, ogni assetto psichico, anche se precario rappresenta, comunque, uno degli infiniti «modi di essere» dell'individuo, ragion per cui bisognerebbe considerare la validità di ogni «stato» psichico preesistente al trauma pari al 100%, come per ogni «organo» sano.

16.3.2. Proposte di quantificazione.

Il danno biologico di natura psichica non ha quindi «mai trovato sistemática strutturazione tabellare in forme consone alla sua legittima paternità psichiatrica, venendo ad essere per lo più "confuso", in alcuni *barèmes* di questi ultimi anni, con le minorazioni di natura "neurologica" o, nel migliore dei casi, "neuro-psichiatrica"» (Buzzi e Varini 2006, 22). La necessaria uniformità della base numerica del *quantum* di riduzione della validità psico-fisica, che pur tenga conto degli aspetti dinamico-relazionali, «ancorché flessibilmente articolata in fasce, non riuscirà mai a ricom-

prendere interamente tutti i riverberi negativi della variazione dello stato anteriore arrecata dall'illecito alla persona del danneggiato». Il prodotto numerico di una valutazione non potrà, infatti, mai riprodurre «in tutti i dettagli tutte le sfaccettature dell'assetto psico-fisico di ogni individuo, nelle sue componenti preesistenti l'evento lesivo, nelle loro interrelazioni concasuali con gli effetti minorativi diretti e indiretti di tali eventi e nella riverberazione all'esterno del vissuto soggettivo» (Buzzi e Varini 2006, 22).

A titolo esemplificativo, possiamo però citare una posizione che sembra rendere adeguata ragione della quantificazione del danno mediando efficacemente tra le istanze psicologiche e quelle medico-legali e che procede dalla considerazione dell'irriducibilità del danno psichico a percentuali di danno predefinite, che assumerebbero in tal senso valore di semplice convenzione operativa. Si tratta della proposta di indicare detto danno secondo fasce di «invalidità permanente», recependo le posizioni dell'*American Medical Association* che ritiene più precisa una valutazione fondata non su stime numeriche o percentuali, bensì su un'analisi descrittiva del funzionamento quotidiano dell'esaninando (Cocchiarella e Anderson 2002).

Per la liquidazione del danno vengono così proposte cinque classi di invalidità per disturbi mentali e comportamentali, che spaziano dall'assenza di invalidità fino alla invalidità gravissima, in ognuna delle quali vengono individuate le quattro aree di limitazione dell'efficienza funzionale. Tali aree analizzano le attività della vita quotidiana (cura e igiene personale, comunicazione, deambulazione, spostamenti, funzione sessuale, sonno), le relazioni sociali (per documentare la capacità di integrare adeguatamente e di comunicare efficacemente con gli altri), la concentrazione, perseveranza e rapidità (qualità necessarie per lo svolgimento di molte attività quoti-

diane) e il deterioramento o scompenso in attività complesse o di tipo lavorativo (l'incapacità del soggetto di adattarsi a circostanze stressanti).

I vantaggi di un tale approccio risiedono nelle regole fissate dall'Associazione in merito all'espressione del suddetto giudizio descrittivo: pur mantenendone il carattere aperto che garantisce una personalizzazione maggiore rispetto alla quantificazione numerica, esso indica, infatti, i parametri in riferimento ai quali l'invalidità deve essere valutata, conferendo pertanto a questo metodo i caratteri di ripetibilità necessari e funzionali ad un suo utilizzo in ambito di accertamento del danno. La trasformazione di queste linee guida in valori percentuali non può, peraltro, essere effettuata in maniera affidabile, se non convenzionalmente, essendo di fatto impossibile proporre stime precise e valide su scale graduate.

La valutazione della componente psichica del danno biologico deve quindi sempre essere legata al singolo caso e non può escludere la valutazione delle concause. Essendo ogni persona unica e irripetibile nella sua integrità psico-fisica e nella modalità reattiva ad un evento traumatizzante, diventa molto difficile operare una quantificazione tabellare del danno psichico, anche perché, in questo settore, non si tratta di dire quanto vale il disturbo psichico isolatamente considerato, bensì quanto questo disturbo psichico lede, menomandola, l'integrità psicofisica, la vita relazionale e la capacità lavorativa di quel soggetto. La diagnosi del disturbo rilevato non deve, infatti, unicamente tenere conto della entità della sintomatologia ma anche della sofferenza che questa induce nel vissuto del soggetto e del turbamento del suo funzionamento complessivo e quindi anche dell'influenza che comporta sul funzionamento socio-lavorativo. In altre parole, nella valutazione della gravità dei disturbi rilevati si devono considera-

re, oltre all'entità della sintomatologia, il livello di sofferenza cosciente che questa evoca nell'intimo vissuto del soggetto, le alterazioni del funzionamento psichico nella sfera personale o in quella delle relazioni interpersonali e quelle dell'adattamento alle situazioni socio-lavorative. Tutte queste diverse componenti devono essere analizzate prima singolarmente e successivamente nella loro complessiva valenza minorativa al fine di giungere ad una stima del complessivo livello di gravità della condizione psicopatologica (lieve, moderata o grave).

Si tratta dunque di un giudizio comparativo e relativo, che non può prescindere dalla collocazione esistenziale di quel danneggiato nella sua storia di vita. La sua quantificazione e li-quitazione è quindi difficilmente standardizzabile e tabellabile, anche se il magistrato chiede «quanto vale» il danno obiettato e rimane fuori discussione il fatto che a un certo punto una qualche forma di valutazione del danno deve pur essere proposta da un punto di vista medico-legale.

16.4. Conclusione.

Nell'ambito del danno psichico, sia esso derivato da un evento diretto o indiretto, la valutazione psicopatologica raramente potrà essere totalmente condivisibile, dato che si deve discutere di aspetti relativi allo psichismo e alla personalità dell'individuo, ed in particolare alla sua dimensione emotiva, relazionale e sociale, dati che talvolta sfuggono ai sistemi e ai particolari criteri del rigorismo obiettivo e scientifico sui quali si fonda invece la medicina legale.

Per una corretta valutazione è comunque inevitabile una specifica formazione medico-legale per lo psichiatra e psichiatra per il medico legale e il massimo di attendibilità si può avere se l'accertamento viene affidato ad un collegio peritale, in cui siano garantite e rispetta-

te competenze diversificate (psichiatra, medico legale, psicologo, con possibilità di usufruire della consulenza di altri colleghi).

L'unica garanzia che si può dare al giudice è una valutazione onesta e scientificamente corretta. Ogni caso deve essere singolarmente analizzato e valutato, evidenziando il danno psichico che risulta dal grado di compromissione obiettata al momento dell'indagine, da cui vanno sottratti i disturbi fittizi e le elaborazioni secondarie, oltre ai disturbi psichici preesistenti (la perdita reale).

L'analisi e la relazione peritale delle condizioni psico-reattive attribuite ad un *life event* devono quindi comprendere un'accurata indagine anamnestico-circostanziale, con particolare riguardo per la tipologia e l'intensità della carica psico-traumatica contenuta nell'evento; un'approfondita valutazione quali-quantitativa delle eventuali variazioni nell'assetto psichico intervenute tra epoca precedente e successiva l'evento; eventuali mirati accertamenti psico-diagnostici sul piano semeiologico psichiatrico e psico-testistico; una definizione diagnostica degli eventuali disturbi psico-patologici e loro classificazione; un'analisi di ogni possibile elemento di connessione causale/concasuale tra l'evento di rilievo giuridico e i disturbi psichici/psico-somatici riscontrati, ovvero tra gli stessi e altri eventi, o condizioni psichiche preesistenti; un giudizio sulla sensibilità dei disturbi alle cure psicoterapetiche, o psico-farmacologiche; una valutazione prognostica della loro evolutività/permanenza e, infine, una quantificazione del danno biologico determinato dai disturbi in base ai parametri di riferimento (Buzzi e Varini 2006).

In sintesi, una relazione valutativa di un danno biologico di natura psichica dovrebbe essere stilata dopo aver individuato una eventuale preesistenza di disturbi psichici, attraverso la raccolta di una accurata anamnesi e la consultazione di eventuale documentazio-

ne clinica preesistente all'evento psico-traumatizzante; deve descrivere le abilità preesistenti e le modificazioni avvenute in conseguenza dell'evento traumatizzante (a livello cognitivo, affettivo-relazionale, sociale, lavorativo, ecc.) e lo stato attuale, tenendo anche conto dell'analisi della documentazione clinica successiva all'evento e il ricorso, quando necessario, alla somministrazione di reattivi mentali, particolarmente importanti per cogliere significati conferiti ed elementi di riscontro oggettivo; dovrà segnalare eventuali modificazioni avvenute dopo l'evento psico-traumatizzante in seguito alle terapie farmacologiche o psicologiche, se praticate e valu-

tare l'efficacia lesiva di quello specifico evento sul soggetto che si sta esaminando (i significati conferiti all'evento, la sintomatologia allegata e i segni obiettati) per arrivare poi ad una diagnostica differenziale e quantificazione del danno (Coda e Fornari 2001).

Molti dubbi e poche certezze esistono, quindi, nella valutazione della «prova e del *quantum*» di un danno psichico, problemi di cui bisogna essere consapevoli e che devono onestamente essere esposti al magistrato, affinché possa equamente liquidare il soggetto sofferente psichico in seguito ad un evento psico-traumatizzante, diagnosticato e valutato dal perito.