

SIMLA

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI

VALUTAZIONE MEDICO LEGALE

DELLA

SOFFERENZA PSICO-FISICA

PROPOSTA DI STATEMENT

Gruppo di Lavoro

*Prof. Alessio Asmundo, Dott.ssa Maria De Matteis, Prof. Ranieri Domenici,
Prof. Piergiorgio Fedeli, Dott. Enrico Galizio, Dott.ssa Arianna Giorgetti,
Prof. Gian Aristide Norelli, Prof. Enrico Marinelli, Dott. Luigi Mastroberto,
Prof. Massimo Montisci, Prof. Luigi Palmieri, Dott. Enrico Pedoja, Dott. Lorenzo Polo,
Dott. Francesco Pravato, Prof. Enzo Ronchi, Dott.ssa Alessia Viero, Prof. Guido Viel,
Prof. Riccardo Zoia*

*Si ringraziano per la collaborazione i Dott.ri Greta Bevilacqua, Lorenzo Menozzi e Matteo Sanavio,
Medici in formazione specialistica della Scuola di Specializzazione in Medicina Legale di Padova*

INDICE

1. Inquadramento generale
 - *Valutazione medico-legale della sofferenza psico-fisica in Italia*
 - *Valutazione della sofferenza psico-fisica all'estero*
2. Criticità attuali
3. Proposta di definizione medico-legale della sofferenza psico-fisica
4. Proposta di accertamento medico-legale della sofferenza psico-fisica
5. Proposta di valutazione medico-legale della sofferenza psico-fisica
 - *Menomazioni temporanee*
 - *Menomazioni permanenti*
6. Modalità di valutazione complessiva della sofferenza psico-fisica
7. Conclusioni

INQUADRAMENTO GENERALE

Valutazione medico-legale della sofferenza psico-fisica in Italia

Il Codice Civile Italiano prevede la **risarcibilità del danno non patrimoniale** ex art. 2059 c.c. nei soli ed esclusivi casi determinati dalla legge¹, ossia nei casi di danno derivante da reato. Si è progressivamente giunti ad interpretare tale norma quale strumento di tutela dal pregiudizio arrecato ad interessi non economici aventi rilevanza sociale, tra i quali, principalmente, i diritti fondamentali dell'individuo costituzionalmente tutelati (art. 32 Costituzione), a prescindere dalla rilevanza penale dell'azione lesiva. Del pari, la definizione di danno non patrimoniale ha progressivamente incluso il danno morale ed il danno biologico, come definitivamente sancito dalla sentenza n. 184/1986 della Corte Costituzionale².

In merito si è espressa nel 2003 la Corte di Cassazione con le famose *Sentenze gemelle*^{3,4}, nonché la Corte Costituzionale⁵, identificando il danno morale soggettivo, il danno biologico e il danno esistenziale all'interno del danno non patrimoniale, definito come *unicum*.

Successivamente, le Sentenze di San Martino delle Sezioni Unite della Cassazione⁶ hanno stabilito che il danno morale costituisce *peculiare aspetto* del danno non patrimoniale, in quanto pregiudizio costituito dalla *sofferenza soggettiva derivata dal fatto lesivo dei diritti inviolabili della persona costituzionalmente qualificati*. Esso è soggetto ad una valutazione meramente descrittiva.

In tali sentenze è però sottolineata la distinzione fra:

- **danno morale “puro”**, inteso come transitoria “sofferenza soggettiva in sé considerata”, “*patema d'animo transeunte*”, conseguente alla lesione di un diritto costituzionalmente garantito, diverso dal bene salute;
- **danno morale con degenerazioni patologiche (cd. dinamico)**, ovvero evoluto in patologia che rientra a pieno titolo nell'area del danno biologico permanente e come tale deve esser liquidato.

Per evitare la *duplicazione del risarcimento*, nel caso in cui il soggetto leso presenti un danno biologico all'interno del quale siano ricomprese delle transitorie ripercussioni relazionali e delle

¹ Risarcibilità del danno morale, *pretium doloris*, ex. art. 185 c.p. in presenza di una fattispecie di reato accertato in astratto.

² Sentenza n. 184/1986 Corte Costituzionale.

³ Sentenza nn. 8827 - 31 maggio 2003, Corte di Cassazione, terza sezione civile.

⁴ Sentenza nn. 8827 - 31 maggio 2003, Corte di Cassazione, terza sezione civile.

⁵ Sentenza n. 233/2003 Corte Costituzionale.

⁶ Sentenze nn. 26972-75, Cassazione Civile, Sezioni Unite, 11 novembre 2008.

sofferenze intime, non si potrà aggiungere un'ulteriore liquidazione attinente esclusivamente al danno esistenziale^{7,8} e al danno morale patiti come conseguenza della medesima lesione.

L'Osservatorio di Milano ha optato per una liquidazione del danno non patrimoniale nella sua interezza tramite una maggiorazione economica del punto percentuale secondo le note "Tabelle di Milano". Altri Tribunali, fra cui quello di Roma, hanno invece ritenuto opportuno liquidare secondo valori standard il punto percentuale di danno biologico e lasciare alla discrezionalità del Giudice la liquidazione del danno morale, da espletarsi secondo criteri equitativi.

Numerose sentenze successive hanno poi sostenuto l'autonomia ontologica del danno morale rispetto al danno alla salute a fronte della diversità del bene protetto, che attiene alla sfera della dignità morale (art. 2 della Costituzione), fino alla sentenza 12408/11⁹, nella quale si invita il Giudice all'utilizzo delle "Tabelle economiche di Milano" e ad un aumento economico "*in misura non superiore ad un quinto*" al fine di garantire l'uniformità del trattamento, a differenza di quanto riportato nell'art. 5 del D.P.R. n. 37/2009 che pone il tetto massimo nella misura dei due terzi del valore del danno biologico.

La Cassazione Civile ha censurato la liquidazione della sofferenza calcolata in ragione della frazione del danno biologico^{10,11}, rimandandola alla **valutazione tecnica espressa dal medico legale**. Con sentenza n. 235 del 2014, la Corte Costituzionale ha chiarito che il danno morale che si accompagna ad una menomazione fisica o psichica, "*e cioè la sofferenza personale suscettibile di costituire ulteriore posta risarcibile (comunque unitariamente) del danno non patrimoniale, rientra nell'area del danno biologico, del quale ogni sofferenza, fisica o psichica, per sua natura intrinseca costituisce componente*". Da ciò deriva la possibilità per il Giudice di personalizzare l'importo risarcitorio, eventualmente maggiorandolo fino ad un quinto, in considerazione delle condizioni soggettive del danneggiato. La recente legge n. 124 del 04.08.17 ha stabilito che "*qualora la menomazione accertata – corrispondente a lesioni di lievi entità - incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali documentati e obiettivamente accertati ovvero causi o abbia causato una sofferenza psico-fisica di particolare intensità, l'ammontare del risarcimento del danno ... può essere aumentato dal giudice, con equo e motivato apprezzamento delle condizioni soggettive del danneggiato, **fino al 20%**. L'ammontare complessivo del*

⁷ Sentenza n. 233/2003 Corte Costituzionale: " ... infine il danno ... esistenziale derivante dalla lesione di (altri) interessi di rango costituzionale inerenti alla persona."

⁸ Sentenza n. 6572 Cassazione Civile Sezioni Unite, 24 marzo 2006: "Ogni pregiudizio (di natura non meramente emotiva ed interiore, ma oggettivamente accertabile) provocato sul fare areddittuale del soggetto, che alteri le sue abitudini e gli assetti relazionali propri, inducendolo a scelte di vita diverse quanto all'espressione e realizzazione della sua personalità nel mondo esterno".

⁹ Sentenza Cassazione Civile, III sezione, n. 12408, 7 giugno 2011

¹⁰ Sentenza n. 2228, Cassazione Civile, 16 febbraio 2012.

¹¹ Sentenza n. 22909, Cassazione Civile, 13 dicembre 2012.

risarcimento riconosciuto ai sensi del presente articolo è esaustivo del risarcimento del danno non patrimoniale conseguente a lesioni fisiche”.

L’unitarietà del danno non patrimoniale, e non già del danno biologico, di cui si sconfessa “l’unitarietà onnicomprensiva”, è stata recentemente ribadita dalla Corte di Cassazione, che ha affermato come, in presenza di qualsiasi danno, non solo relativo alla salute, debbano essere considerate la sofferenza interiore e gli aspetti relazionali, senza che ciò dia vita a duplicazioni risarcitorie.

Valutazione della sofferenza psico-fisica a livello internazionale

La disamina della situazione internazionale in relazione al danno non patrimoniale ed al danno morale restituisce un panorama sostanzialmente eterogeneo dal punto di vista semantico, quanto legislativo ed accertativo-valutativo.

I disomogenei approcci compensativi possono essere sintetizzati in due modelli generali.

Modello basato sul “sistema del precedente”¹²

Nei paesi anglosassoni il danno morale è ricompreso nel termine più ampio di “*pain and suffering*”, che include “*il dolore fisico e la sofferenza correlati ad un trauma fisico, il danno emotivo che può derivare da un infortunio patito da una persona cara, il disappunto o l'imbarazzo derivanti dal mutato aspetto fisico o dalla limitazione nelle attività piacevoli e nei passatempi preferiti, il danno alla propria dignità procurato da un fatto ingiusto e così via*”¹³.

Tralasciando gli Stati Uniti, ove sussistono differenze fra singoli Stati¹³ anche in termini di limiti economici al risarcimento, nel Regno Unito esistono delle Linee Guida, elaborate dal Judicial Studies Board e periodicamente aggiornate, che assistono il giudice nella definizione del quantum compensatorio. Ad ogni voce, rappresentata da una specifica menomazione, corrisponde un valore monetario comprensivo del danno morale o “*loss of amenity*”.

Analogamente, in Irlanda¹⁴ ed in Germania¹⁵ il compito valutativo è *demandato alla giurisprudenza*, e quindi ad una *valutazione caso-specifica sulla base dei precedenti*.

¹² Il sistema del precedente prevede che il giudice sia obbligato a conformarsi alle decisioni adottate nelle precedenti sentenze, nel caso in cui si trovi ad esaminare una situazione identica a quella già trattata.

¹³ Sugarman SD, A Comparative Law Look at Pain and Suffering Awards. DePaul Law Review. 2006:55(2), 399-434.

¹⁴ General Guidelines as to the amounts that may be awarded or assessed in Personal Injury Claims. Book of Quantum. Commissioned and published in accordance with the Personal Injuries Assessment Board Act 2003. Dublin, 2016.

¹⁵ Ferrara SD, Boscolo-Berto R, Viel G. Personal Injury and Damage Ascertainment under Civil Law. State-of-the-Art International Guidelines. Springer, 2016.

Modello basato su parametri tabellati

In **Spagna**, la Legge 35/2015 ha riformato il sistema della responsabilità civile derivante dagli incidenti stradali, che si basa sul barème vincolante introdotto nel 1995 “Sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación”¹⁶, di cui è stata recentemente riconosciuta la significatività anche in danni derivanti da altra cagione¹⁷. La valutazione complessiva del danno e la determinazione dell’esatto punteggio sono **demandate al medico legale**. La componente morale del danno non-patrimoniale è distinta in una componente oggettiva (deficit nello svolgimento delle attività di vita quotidiana e frustrazione ad esso connessa) ed una soggettiva (dolore fisico e mentale)¹⁸. In caso di sequele fisiche quantificate come superiori al 75% il risarcimento è completato dal **danno morale complementare, affidato alla discrezionalità del giudice**, pur essendo fissato un limite massimo (88.000 euro circa)¹⁹, in assenza di una specifica tabella che consenta di valutare separatamente la lesione permanente rispetto al pretium doloris, che non coincide con la perdita di attività, ovvero col danno alla vita di relazione, prejudice d’agrement o loss of amenity o prejuizo de afirmacao pessoal.

In **Francia** è prevista, nel contesto del risarcimento dei “préjudices annexes”, **demandato per buona parte al giudice**, una valutazione descrittiva medico-legale della “souffrances endurées”, tramite aggettivazione in settimi. La cifra mediamente corrisposta per le sofferenze patite, nei casi di piccola invalidità, risulta frequentemente superiore rispetto alla cifra corrisposta per il singolo punto di danno biologico¹⁹.

¹⁶ Retamal DP, Pinaud CC. Determinación del quantum indemnizatorio por daño moral en la jurisprudencia. Universidad de Chile Facultad de Derecho Departamento de Derecho Privado, 2012.

¹⁷ Sentenza 1420/2016 dell’8 aprile 2016.

¹⁸ Alcoz MM. Compensation for moral damage. Special reference to moral damages arising from road traffic accidents. National Road Traffic Conference 5th ed. 15.11.2010.

¹⁹ Pedoja E, Pravato F. La sofferenza psicofisica nel danno alla persona. Metodologia valutativa medico-legale. Maggioli editore, 2013.

CRITICITÀ ATTUALI

In Italia, alla luce del sopramenzionato inquadramento normativo, si prospettano ad oggi le *criticità* di seguito esposte.

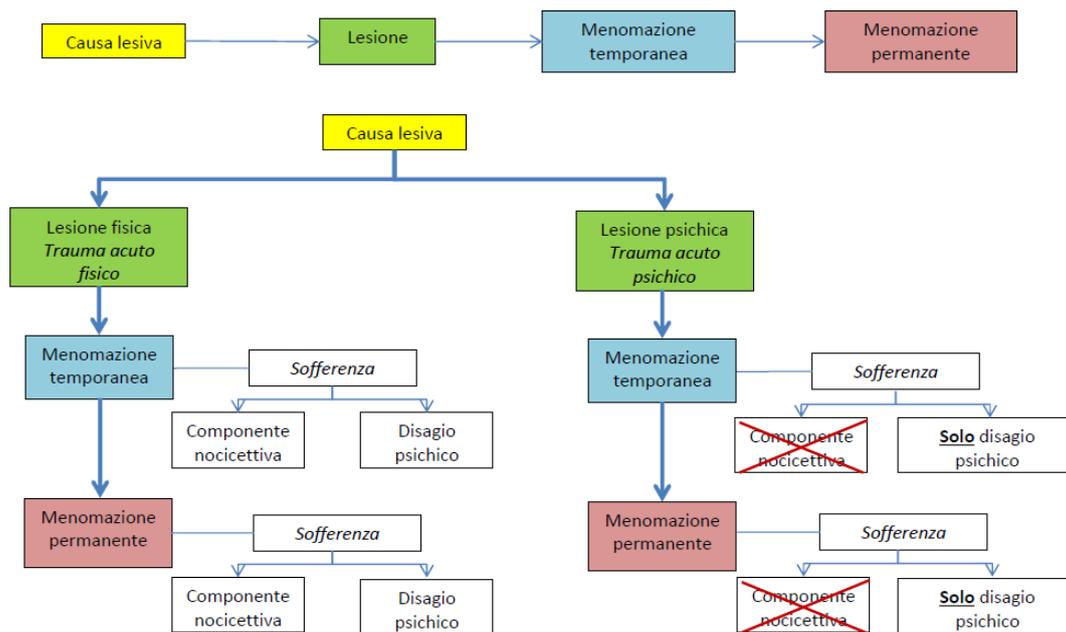
- Impossibilità di dedurre automaticamente dall'entità del danno biologico il grado di sofferenza morale e la conseguente liquidazione.
- Dipendenza del risarcimento per l'inabilità temporanea dall'entità della menomazione, superiore od inferiore alla soglia del 9%. Infatti, la legge 124 del 4 agosto 2017 ha stabilito per il “danno non patrimoniale per lesioni di lieve entità” e per il “danno non patrimoniale per lesioni di non lieve entità” importi liquidativi distinti.
- Il gruppo di lavoro “Accertamento e liquidazione della sofferenza” dell'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano si è interrogato sull'opportunità di coinvolgere i professionisti psicologi e psichiatri nel processo di valutazione della sofferenza.

Da tali criticità è scaturita la necessità di individuare collegialmente i presupposti tecnici oggettivi idonei a valutare la “*componente di sofferenza*” intesa quale componente del danno alla persona suscettibile di accertamento medico legale, sia in relazione all'entità ed al decorso della lesione che alla successiva fase di menomazione.

PROPOSTA DI DEFINIZIONE MEDICO-LEGALE DELLA SOFFERENZA PSICO-FISICA

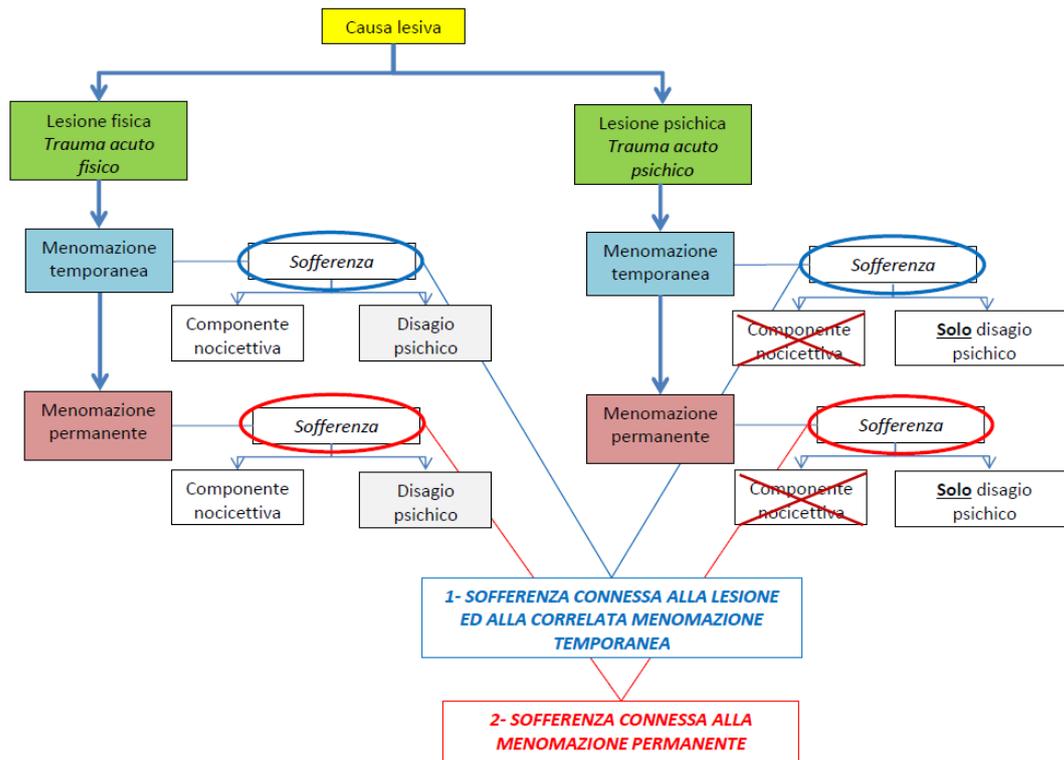
Il concetto di *sofferenza psico-fisica*, alla luce dei summenzionati orientamenti giurisprudenziali, può essere scisso in due componenti:

1. *sofferenza “pura”*, ovvero “patema d’animo transeunte” conseguente alla lesione di un diritto costituzionalmente garantito, diverso dal bene salute ed indipendente dalla sussistenza di una menomazione all’integrità psicofisica. In quanto tale, essa non è di pertinenza valutativa medico-legale (i.e. sofferenza pura conseguente alla perdita di un parente, in assenza di uno stabilito “danno da lutto”);
2. *sofferenza menomazione-correlata*, ovvero conseguente alla lesione di un diritto costituzionalmente garantito, diverso dal bene salute, ma concettualmente ricompresa all’interno del danno biologico, di cui rappresenta una conseguenza, nei suoi aspetti di temporaneità e permanenza (cfr. **Schema 1**).



Schema 1

Pertanto in entrambi questi momenti valutativi si dovrà tener conto della sofferenza correlata al *dolore nocicettivo* e al *disagio psichico* nel caso di lesione fisica ed al solo disagio psichico nel caso di lesione psichica (cfr. **Schema 2**).



Schema 2

E' importante sottolineare come non sussista alcun rapporto diretto ed automatico tra entità della menomazione permanente/temporanea e la sofferenza da essa derivata.

La sofferenza menomazione correlata include i casi di evento lesivo rapidamente fatale, in cui il soggetto abbia avuto percezione dell'inesorabilità della morte.

PROPOSTA DI ACCERTAMENTO MEDICO-LEGALE DELLA SOFFERENZA PSICO-FISICA

Come delineato dal *Padova Charter on personal injury and damage under civil-tort law*²⁰, l'accertamento dei danni non patrimoniali deve essere basato su una metodologia scientifica e rigorosa che garantisca obiettività, riproducibilità ed rigore, al fine di ottenere una “prova scientifica”.

Si delineano di seguito le tre fasi della metodologia accertativa medico legale della sofferenza psico-fisica:

- fase 1 = stato psico-fisico pre-esistente;
- fase 2 = evento lesivo;
- fase 3 = stato psico-fisico attuale.

Per quanto attiene le fasi 1 e 2 sopradescritte, ciascuna comprende la raccolta e l'analisi dei dati anamnestici, circostanziali e clinico-documentali, al termine delle quali si procede all'epicrisi, volta a definire rispettivamente lo stato psico-fisico antecedente l'evento lesivo e le caratteristiche dell'evento lesivo stesso.

Nell'ultima fase dell'accertamento, volta alla valutazione dello stato psico-fisico attuale, oltre alla raccolta ed all'analisi di dati anamnestici e documentali, è prevista l'esecuzione di un esame clinico sistematico che dovrebbe essere condotto in accordo con le indicazioni delle “*International Guidelines on Medico-Legal Methods of Ascertainment and Criteria of Evaluation of Personal Injury and Damage under Civil-Tort Law*”²¹. Valore cruciale deve essere attribuito agli *esami neuropsichici e psicopatologici*, che mirano all'indagine dei dati clinico-oggettivi e sono un mezzo essenziale per la diagnosi clinica, la definizione quantitativa/qualitativa delle capacità cognitive, e la diagnosi differenziale con qualsiasi altra patologia neurologica e/o psicopatologica. L'esame deve essere condotto in accordo con le metodologie ed i protocolli neuropsichici e psicopatologici indicati dalla letteratura internazionale.

²⁰ Ferrara SD, Baccino E, Boscolo-Berto R, Comandè G, Domenici R, Hernandez-Cueto C, Gulmen MK, Mendelson G, Montisci M, Norelli GA, Pinchi V, Ranavaya M, Shokry DA, Sterzik V, Vermynen Y, Vieira DN, Viel G, Zoja R, Members of the IALM Working Group on Personal Injury and Damage (2016) *Padova charter on personal injury and damage under civil-tort law: medico-legal guidelines on methods of ascertainment and criteria of evaluation*. *Int J Legal Med* 130(1):1–12.

²¹ Vedasi voce 20.

PROPOSTA DI VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DELLA SOFFERENZA PSICO-FISICA

Come già anticipato, la valutazione della sofferenza psico-fisica deriva da due distinti momenti valutativi, nel corso del quale sono considerati differenti parametri tecnici oggettivi, di seguito schematizzati in **Tabella 1** e successivamente descritti nel dettaglio.

	TRAUMA FISICO DI NATURA MECCANICA		TRAUMA PSICHICO DA STRESS
	COMPONENTE NOCICETTIVA	COMPONENTE PSICHICA	COMPONENTE PSICHICA
SOFFERENZA CONNESSA A MENOMAZIONE TEMPORANEA DERIVANTE DA LESIONE	Dolore fisico - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo	Allontanamento da piaceri vita - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo	Gravità/entità quadro morboso - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo
	Aggressione terapeutica - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo		Aggressione terapeutica - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo
SOFFERENZA CONNESSA A MENOMAZIONE PERMANENTE	Dolore fisico cronico (scala VAS) - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo	Interferenza su atti vita quotidiana - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo	Interferenza su atti vita quotidiana - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo
		Percezione mutamento propria integrità psico-fisica - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo	Percezione mutamento propria integrità psico-fisica - assente - lieve - medio - elevato - elevatissimo

Tabella 1

A. Menomazione temporanea

La valutazione della *sofferenza psico-fisica nella fase di menomazione temporanea* è distinta a seconda della natura della lesione, in quanto

- la *lesione fisica* si accompagnerà ad una sofferenza costituita dal dolore nocicettivo e dal disagio psichico da essa derivanti;

- la **lesione psichica** si accompagnerà ad una sofferenza che, invece, non sarà costituita dal dolore nocicettivo, in quanto assente, ma solo dal disagio psichico derivato dalla patologia di pertinenza psicologica/psichiatrica.

Si espongono pertanto di seguito i parametri che possono essere oggettivabili e pertanto suscettibili di valutazione medico-legale.

1. **Dolore fisico**, il quale può essere graduato come di seguito esposto:

- *assente*;
- *lieve*: sintomatologia dolorosa di entità molto modesta, sopportabile, affine ad esperienze dolorose già sperimentate nel quotidiano, generalmente conseguente ad un evento traumatico lieve. L'entità è tale da non necessitare affatto o da richiedere minima terapia analgesica. Esempi: ecchimosi post contusiva, distorsione articolare senza versamento, piccola ferita cutanea;
- *medio*: sintomatologia dolorosa intensa, costante nel corso del periodo di malattia, affine ad altre esperienze dolorose non quotidiane, ma occasionalmente sperimentate nel corso della vita. L'entità è tale da richiedere terapia analgesica minore per alcuni giorni. Esempi: frattura ossea composta, distorsione articolare con versamento, fratture costali multiple non scomposte;
- *elevato*: esperienza dolorosa di rilevante entità, raramente sperimentata nel corso della vita. L'entità è tale da richiedere terapia analgesica maggiore protratta, eventualmente somministrata per via iniettiva. Esempi: fratture scomposte ed esposte delle ossa lunghe, ustioni estese ma circoscritte ad un unico distretto corporeo, fratture costali multiple scomposte;
- *elevatissimo*: esperienza dolorosa di estrema intensità, prevalente nel corteo sintomatologico, non totalmente controllabile con somministrazione continua di analgesici maggiori per via infusiva e/o con sedazione. Esempi: fratture multiple scomposte ed esposte, addome iperacuto, insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione assistita, ustioni estese alla gran parte del corpo.

2. **Aggressione terapeutica**, di seguito graduata:

- *assente*;
- *lieve*: trattamento terapeutico qualitativamente e quantitativamente modesto, poco invasivo (terapia farmacologica non parenterale), effettuato per un breve lasso di tempo e non produttivo di significativo disagio. Esempi: medicazioni superficiali, isolate nella giornata e ripetute per un arco di tempo breve; immobilizzazione di

piccole articolazioni con apparecchi contentivi non ingombranti; bendaggi articolari funzionali; collare ortopedico morbido;

- *media*: trattamento terapeutico qualitativamente e quantitativamente intenso, anche invasivo (terapia farmacologica parenterale, chirurgia in anestesia locale) effettuato per un periodo contenuto nell'arco di quaranta-sessanta giorni e produttivo di un moderato disagio. Esempi: immobilizzazione di un arto, seguito da un trattamento riabilitativo di non più di due cicli; intervento chirurgico di ernia inguinale in anestesia locale;
- *elevata*: trattamento terapeutico qualitativamente e quantitativamente di rilevante entità, invasivo e aggressivo (terapia farmacologica parenterale e chirurgia minore), effettuato per un periodo superiore a quaranta-sessanta giorni e inferiore a sei mesi e produttivo di un intenso disagio. Esempi: uno o più interventi chirurgici in anestesia generale o loco-regionale; impiego protratto di apparecchi di contenimento o di fissazione esterna; allettamento forzato e protratto; trattamento riabilitativo per cicli ripetuti;
- *elevatissima*: trattamento terapeutico qualitativamente e quantitativamente di estrema entità, particolarmente invasivo e aggressivo (chirurgia maggiore, interventi multipli, reinterventi, provvedimenti curativi non comuni), protratto per oltre sei mesi. Esempi: stato di minima coscienza e relativi trattamenti necessari; plurimi interventi chirurgici in anestesia generale e/o reinterventi anche a distanza di tempo; trattamento rianimativo-intensivo con intubazione e ventilazione meccanica per un lungo periodo; trattamento riabilitativo intenso continuato per più di sei mesi; alimentazione parenterale protratta per più di sei mesi; immobilizzazione in apparati contentivi coinvolgenti il tronco e gli arti per più di sei mesi.

3. **Allontanamento dai comuni e quotidiani piaceri della vita**, di seguito graduato:

- *assente*;
- *lieve*: astensione a solo parte delle attività quotidiane, con eventuale ospedalizzazione inferiore ai tre giorni e/o periodo di convalescenza a domicilio inferiore ai dieci giorni;
- *medio*: ospedalizzazione protratta fra tre e dieci giorni e/o periodo di convalescenza a domicilio compreso fra dieci e trenta giorni;
- *elevato*: ospedalizzazione protratta fra dieci e trenta giorni e/o periodo di convalescenza a domicilio compreso fra trenta e novanta giorni;

- *elevatissimo*: ospedalizzazione protratta per oltre trenta giorni e/o periodo di convalescenza a domicilio superiore ai novanta giorni.

B. Menomazione permanente

La valutazione della *sofferenza psico-fisica nella fase di menomazione permanente* è distinta, come nella fase di menomazione temporanea, a seconda della natura della lesione, in quanto:

- la *lesione fisica* si accompagnerà ad una sofferenza costituita dal dolore nocicettivo e dal disagio psichico da essa derivanti;
- la *lesione psichica* si accompagnerà ad una sofferenza che, invece, non sarà costituita dal dolore nocicettivo, in quanto assente, ma solo dal disagio psichico derivato dalla patologia di pertinenza psicologica/psichiatrica.

Si espongono pertanto di seguito i parametri che possono essere oggettivabili e pertanto suscettibili di valutazione medico-legale.

1. **Dolore fisico cronico e correlata terapia antidolorifica** graduato, sulla base della tipologia clinica e della gravità della menomazione, nonché del trattamento analgesico necessario, in:
 - *lieve*: condizioni che richiedono trattamento analgesico minore saltuario. Esempi: cervicalgia; lombalgia persistente; callo osseo dolente; parestesie;
 - *medio*: condizioni che richiedono trattamento analgesico minore. Esempi: condropatia clinicamente rilevante; algodistrofia con turbe neuro distrofiche, che non incidono in modo significativo sull'economia funzionale dell'arto; instabilità articolare controllabile;
 - *elevato*: condizioni che richiedono trattamento farmacologico per periodi protratti o ricorrenti con analgesici maggiori.
 - *elevatissimo*: condizioni che richiedono trattamento continuativo con analgesici maggiori e/o con sedazione.
2. **Interferenza sui generici atti della vita quotidiana**, ossia le oggettive e oggettivabili interferenze della menomazione permanente sul "fare quotidiano". In particolare sarà necessario constatare quale sia effettivamente la ripercussione della menomazione sulle quotidiane attività e l'eventuale necessità di ausilio da parte di terzi. Non potrà essere applicato un rigido metodo proporzionalistico rispetto alla gravità della menomazione e all'entità della invalidità permanente valutata. Infatti, a micropermanenti possono talora

corrispondere significativi livelli di interferenza sui generici atti della vita quotidiana. Di seguito è riportata la classificazione in gradi:

- *assente*;
- *lieve*: ripercussioni occasionali non quotidiane;
- *media*: ripercussioni quotidiane ma non continue sull'autosufficienza (inferiori ad un'ora al giorno) e con frequenti minime rinunce nelle attività comuni della vita. Il soggetto convive con la menomazione senza modificare sostanzialmente le proprie abitudini di vita;
- *elevata*: ripercussioni quotidiane sull'autosufficienza e sulle attività comuni della vita tali da alterare le abitudini di vita, con necessità di assistenza da parte di terzi per oltre un'ora al giorno, e da interferire significativamente nei quotidiani rapporti relazionali.;
- *elevatissima*: ripercussioni quotidiane e severe sull'autosufficienza e sulle attività comuni della vita tali da sovvertire le abitudini, le prospettive e le aspettative di vita, con necessità di assistenza da parte di terzi costante.

3. **Percezione del peggioramento della propria integrità psichica e/o fisica**, ossia quanto il soggetto percepisca come lesa la propria preesistente integrità, sia essa fisica, estetica o psichica. Tale percezione è per sua natura strettamente dipendente dalla specifica persona considerata ed è graduata in:

- *assente*;
- *lieve*: la percezione e memoria del danno è minima ed occasionale da parte del soggetto e di terzi, in assenza di ricadute sui rapporti sociali. Esempi: amputazione falange del V dito del piede; cicatrici al dorso; disturbo post-traumatico da stress conseguente a furto;
- *media*: la percezione e memoria del danno è quotidiana da parte del soggetto ed occasionale da parte di terzi, in assenza di ricadute sui rapporti sociali. Esempi: amputazione della falange del V dito della mano; cicatrici all'addome che non limita l'attività sessuale/relazionale; claustrofobia, in cui il soggetto evita gli ascensori, ma non ha problemi di relazione;
- *elevata*: la percezione e memoria del danno è costante da parte del soggetto e quotidiana da parte di terzi, con ricadute sui rapporti sociali, tali da comportare modifica delle abitudini e delle prospettive personali. Esempi: mastectomia; cicatrici al volto non deturpanti; disturbo post-traumatico da stress conseguente ad incidente stradale, che impedisce al soggetto di circolare con vettura autonoma;

- *elevatissima*: la percezione e memoria del danno è costante da parte del soggetto e di terzi, con severe ricadute sui rapporti sociali, tali da comportare ritiro sociale o evitamento da parte di terzi. Esempi: esiti di paralisi cerebrale infantile, in cui il soggetto si isola; deformità al volto; agorafobia severa.

MODALITÀ DI VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLA SOFFERENZA PSICO-FISICA

Dovendosi esprimere una valutazione separata per la *sofferenza patita conseguentemente alla menomazione temporanea e permanente*, che ricomprenda per ciascuna fase i 3 parametri valutativi anzi descritti, è opportuno giungere ad una *valutazione epicritica complessiva* sia nel temporaneo che nel permanente, come riepilogato in **Tabella 2**, di seguito riportata.

Parametro 1	Parametro 2	Parametro 3	Valutazione epicritica finale del grado di sofferenza
Elevatissimo	Elevatissimo	Elevatissimo	Elevatissimo
Elevatissimo	Elevatissimo	Elevato	
		Medio	
		Lieve	
Elevatissimo	Elevatissimo	Assente	Elevatissimo-elevato
		Elevato	
		Medio	
		Lieve	
Elevato	Elevato	Assente	Elevato
		Elevato	
		Medio	
		Lieve	
Elevato	Elevato	Assente	Elevato-medio
		Medio	
		Lieve	
Medio	Medio	Assente	Medio
		Medio	
		Lieve	
Medio	Medio	Assente	Medio-lieve
		Lieve	
Lieve	Lieve	Assente	Lieve
		Lieve	

Tabella 2

Pertanto, si precisa come, al fine di formulare la *valutazione epicritica complessiva*, sia necessario:

- considerare il parametro di grado più elevato che sarà il primo ad essere tenuto in considerazione;
- considerare gli altri parametri. In particolare:
 - se almeno uno dei restanti due presenta medesimo grado del precedente, tale grado sarà quello complessivo. Es. dolore fisico elevatissimo, aggressione terapeutica elevatissima, allontanamento dai comuni e quotidiani piaceri della vita medio. Parametro di sintesi: sofferenza elevatissima;

- se entrambi i restanti parametri sono inferiori per grado al precedente, il parametro di sintesi sarà ottenuto accostando il valore più elevato e quello di grado immediatamente inferiore. Es. dolore fisico elevatissimo, aggressione terapeutica elevata, allontanamento dai comuni e quotidiani piaceri della vita medio. Parametro di sintesi: sofferenza elevatissima-elevata.

CONCLUSIONI

- Il riflesso dinamico-relazionale del danno biologico è slegato dal concetto di sofferenza psico-fisica e deve essere oggetto di semplice descrizione da parte del medico legale, che non è chiamato a quantificarla.
- In merito alla criticità emersa dal lavoro dell'Osservatorio sulla Giustizia Civile di Milano, si precisa come il ruolo dei professionisti psicologi e psichiatri nel processo di valutazione della sofferenza debba essere **di ausilio** e non sostitutivo del medico legale.
- Infatti, solo lo specialista medico legale possiede la rigosità metodologico-accertativa e criteriologico-valutativa necessaria al fine di quantificare la menomazione psicofisica e di descrivere correttamente la sofferenza psico-fisica da essa derivata. Ciò non esclude che il professionista possa avvalersi di tecnici esperti del settore che lo aiutino nella più precisa gradazione dei parametri, soprattutto in caso di soggetti minorenni e nei casi in cui sia prevalente sugli alti parametri la percezione del peggioramento della propria integrità psichica e/o fisica (es. danno estetico).