

**LA VALUTAZIONE DELLA
"SOFFERENZA"
NELL'AMBITO DEL
DANNO NON PATRIMONIALE**

Fabio BUZZI

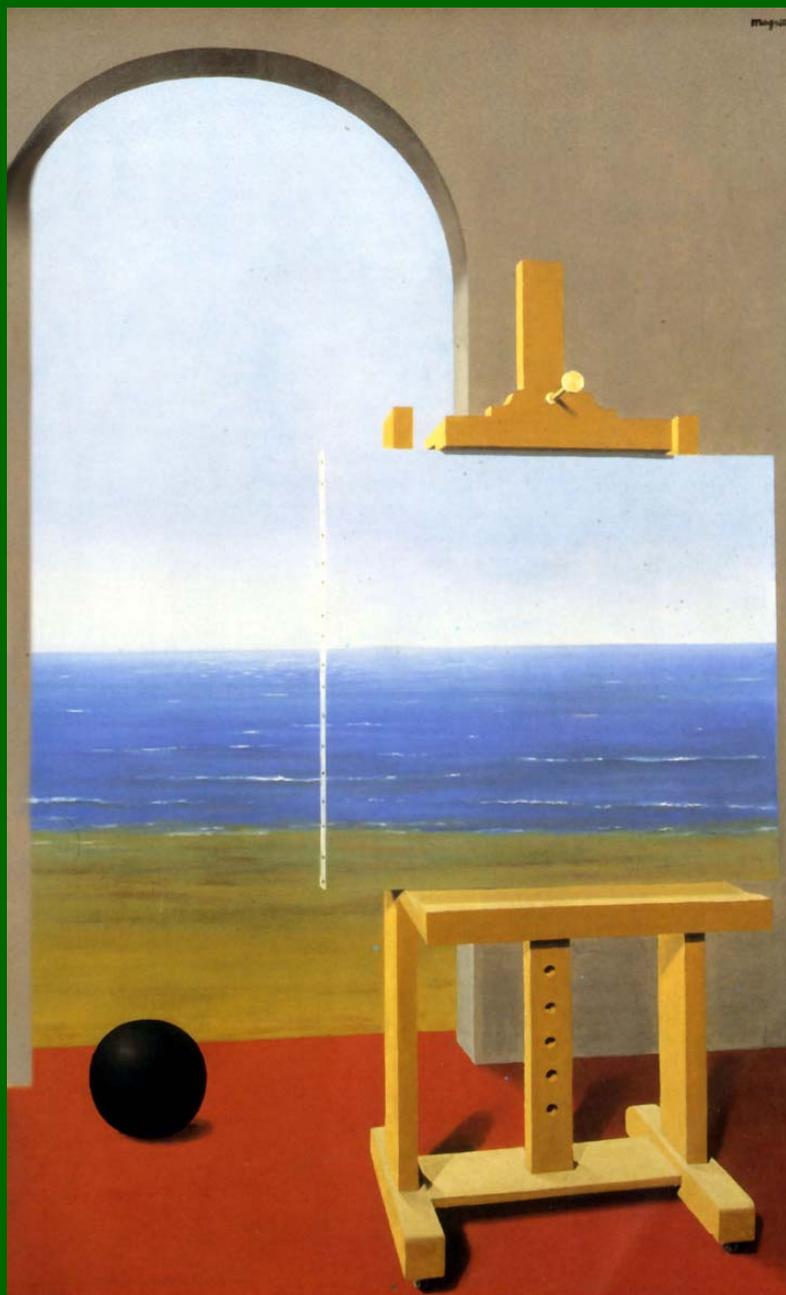


**IL PROFILO DEI PREGIUDIZI
DI NATURA PSICHICA
TRA
SOGGETTIVITA'
ED
OGGETTIVITA'**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011



2. René Magritte, *La Condition humaine*, 1933.

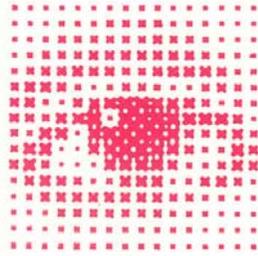


R. Magritte olio su tela 70x100

**I PREGIUDIZI DI NATURA PSICHICA
PRIMA DELLA SENTENZA
"DI SAN MARTINO"
DELLE S.U.
DELLA CASSAZIONE CIVILE
n. 26972 dell'11.11.2008**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

MEDICINA



E DIRITTO

**BRONDOLO W. - FARNETI A.
GIANNINI G. - LOI U.
MANGILI F. - POGLIANI M.
SECCHI E. - TOSCANO G.**

Man. di medicina 73. 4

**IL DANNO
BIOLOGICO
PATRIMONIALE
MORALE**

GIUFFRÈ EDITORE

1990

Fabio Buzzi Medicina Legale

Pavia - febbraio 2011

PROSPETTIVE
DI
PSICOLOGIA GIURIDICA

Collana diretta da Assunto Quadrio

1

DANNO BIOLOGICO
E DANNO PSICOLOGICO

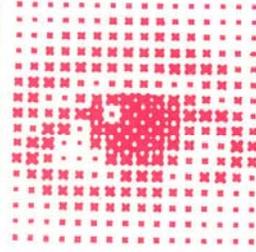
a cura di
DANIELA PAJARDI

1990

GIUFFRÈ EDITORE

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

MEDICINA



E DIRITTO

**BRONDOLO W. - FARNETI A.
GIANNINI G. - LOI U.
MANGILI F. - MARIGLIANO A.
MORINI O. - POGLIANI M.
RONCHI E. - SECCHI E.
TOSCANO G.**

**IL DANNO
BIOLOGICO
PATRIMONIALE
MORALE**

GIUFFRÈ EDITORE

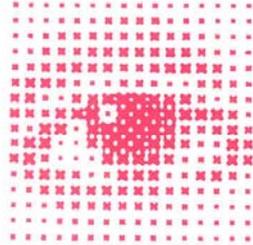
Seconda edizione

1995

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

MEDICINA

**WALTER BRONDOLO
ANTONIO MARIGLIANO**



E DIRITTO

**DANNO
PSICHICO**

GIUFFRÈ EDITORE

1996

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

COLLANA DI MEDICINA LEGALE
E SCIENZE AFFINI
diretta da Giusto Giusti

FABIO BUZZI MARIO VANINI

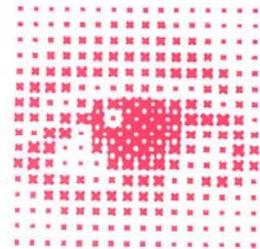
**IL DANNO BIOLOGICO
DI NATURA PSICHICA**
Definizione e valutazione medico legale

CEDAM 2001

2001

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

MEDICINA



E DIRITTO

**DANNO PSICHICO
E DANNO
ESISTENZIALE**

**con
commento giurisprudenziale**

a cura di
**PAOLO MARIOTTI
GIOVANNI TOSCANO**

GIUFFRÈ EDITORE

2003

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

COLLANA DI MEDICINA LEGALE
E SCIENZE AFFINI
diretta da Giusto Ciusti

**LA VALUTAZIONE
NEUROPSICOLOGICA
DEL DANNO PSICHICO
ED ESISTENZIALE**

a cura di
ANGELO BIANCHI

CEDAM

2005

MEDICINA LEGALE

CRIMINOLOGIA
E DEONTOLOGIA MEDICA

Collana diretta da GIACOMO CANEPA - ANGELO FIORI
TULLIO BANDINI - ANTONIO FARNETI

IL DANNO PSICHICO ED ESISTENZIALE

a cura di
Riccardo Dominici

2006

GIUFFRÈ EDITORE

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

Fabio Buzzi

Mario Vanini

Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica

Con trattazione monotematica di:

Reazioni psico-patologiche a menomazioni somatiche
e c.d. "suicidio post-traumatico"

Reazioni psico-patologiche a lutto e orfanezza

Reazioni psico-patologiche a mobbing e a burn-out



Giuffrè Editore - 2006

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

MEDICINA LEGALE

CRIMINOLOGIA
E DEONTOLOGIA MEDICA

Collana diretta da GIACOMO CANEPA - ANGELO FIORI
TULLIO BANDINI - ANTONIO FARNETI

**IL DOLORE
NELLA VALUTAZIONE
DEL MEDICO LEGALE**

a cura di
Marcello Valdini

2007

GIUFFRÈ EDITORE

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

Marziano Cerisoli
Domenico Vasapollo

**La valutazione medico legale
del danno biologico
di natura psichica**



Società Editrice Universo
Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

2008

M. IORIO – M. MASSIMELLI
G. MAINA – C.M. PAPOTTI – S. SGAMBETTERRA

SIMULAZIONE *in* MEDICINA LEGALE

DIRITTO - PSICHIATRIA - ASSICURAZIONI



EDIZIONI MINERVA MEDICA

Fabio Buzzi ²⁰⁰⁹ Medicina Legale

Pavia - febbraio 2011

*La sentenza della
CORTE COSTITUZIONALE
n. 233 dell'11.7.2003
aveva così delineato le diverse categorie
del danno alla persona*

1 - danno morale inteso come transeunte soggettivo turbamento dello stato d'animo della vittima

2 - danno derivante da lesione di altri interessi di rango costituzionale inerenti alla persona, spesso definito in dottrina e giurisprudenza come danno esistenziale

3 - danno biologico, inteso come lesione dell'interesse costituzionalmente garantito all'integrità psichica e fisica della persona (salute) e stabilito attraverso accertamento medico.

**Nelle sentenze dell'11.11.2008
le S.U. della Cassazione Civile
non hanno espressamente rigettato
l'inquadramento generale dei danni non patrimoniali,
delineato dalle tre note sentenze della Cassazione Civile
(n. 8828 e 8829) e della Corte Costituzionale (n. 233)
del 2003.**

**In quella della Corte Costituzionale il danno esistenziale
- quasi a prenderne le distanze - era stato peraltro molto
cautamente definito con questa formulazione lessicale
decisamente “soft” sul piano nominalistico:**

**“Il danno derivante da lesione di altri interessi di rango
costituzionale inerenti alla persona, spesso definito in
dottrina e giurisprudenza come esistenziale”**

Inoltre, le S.U. hanno puntualizzato che il

“non poter più fare”

deve essere più correttamente inteso come

“sofferenza morale determinata dal non poter più fare”,

**rivitalizzando così il danno morale e conferendogli
un'estensione, soprattutto cronologica,
prima negletta da dottrina e giurisprudenza,
che tendevano a contrapporvi una
viceversa distintiva durevolezza
del danno esistenziale,
riducendo il morale al notorio concetto
di soltanto transeunte patema d'animo.**

Fabio Buzzi Medicina Legale

Pavia - febbraio 2011

Nel "*Trattato breve dei nuovi danni ...*"
a cura di P. Cendon (CEDAM, 2001)

si riporta un'ampia rassegna di danni esistenziali
definiti "abiologici", tra i quali:

- all'immagine
- alla riservatezza
- alla reputazione
- da vacanza rovinata
- da rottura di fidanzamento
- da separazione coniugale
- da immissioni ambientali
- da mobbing
- da licenziamento illegittimo
- da denuncia infondata
- da carcerazione ingiusta
- da lutto

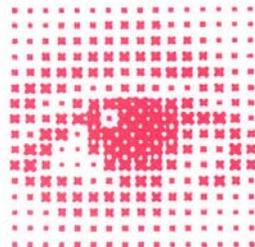
Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011



**I PREGIUDIZI DI NATURA PSICHICA
DOPO LA SENTENZA
"DI SAN MARTINO"
DELLE S.U.
DELLA CASSAZIONE CIVILE
n. 26972 dell'11.11.2008**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

MEDICINA



E DIRITTO

**IL PUNTO
DI APPRODO
DEL DANNO NON
PATRIMONIALE**

**Le pronunce delle Sezioni Unite
di San Martino**

a cura di

GIOVANNI TOSCANO 2009

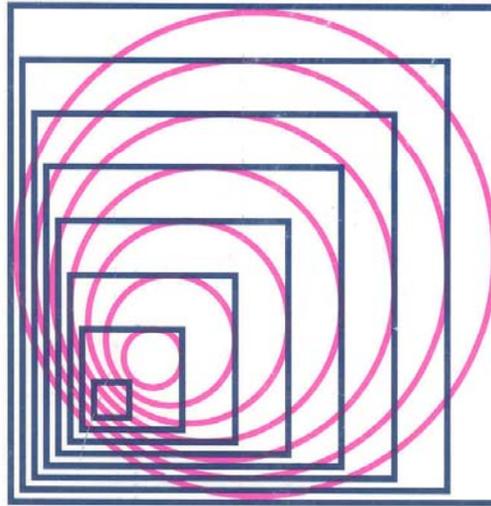
 GIUFFRÈ EDITORE

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

angelo bianchi
guglielmo gulotta
giuseppe sartori
(a cura di)

manuale
di neuroscienze
forensi

COLLANA DI PSICOLOGIA GIURIDICA E CRIMINALE
diretta da GUGLIELMO GULOTTA



GIUFFRÈ EDITORE - 2009 -
Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

BENEDETTO VERGARI
ROBERTO RONDINELLI ANNA CHIARA ZANUZZI

GUIDA ALLA VALUTAZIONE
MEDICO-LEGALE DEL GRADO DI
SOFFERENZA E DELLA COMPONENTE
DINAMICO RELAZIONALE DEL
DANNO BIOLOGICO

con il contributo
FRANCESCO CARRARO CALOGERO NICOLAI ELISA RUZZA

Prefazione di
PAOLO CORTIVO

2009

CEDAM

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

MEDICINA LEGALE

CRIMINOLOGIA
E DEONTOLOGIA MEDICA

Collana diretta da GIACOMO CANEPA - ANGELO FIORI
TULLIO BANDINI - ANTONIO FARNETI

MEDICINA LEGALE E SOFFERENZA FISICA E MORALE

DOPO LE SEZIONI UNITE CIVILI
DEL NOVEMBRE 2008

a cura di
Fabio Buzzi, Marcello Valdini

Introduzione di
Antonio Farneti



GIUFFRÈ EDITORE

2009

Enzo Ronchi, Luigi Mastroberto, Umberto Genovese

GUIDA ALLA VALUTAZIONE MEDICO-LEGALE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

CON CONTRIBUTO ALLA QUANTIFICAZIONE DELLA SOFFERENZA MORALE



GIUFFRÈ EDITORE

2009

Tullio Bandini - Gabriele Rocca

Fondamenti di psicopatologia forense

Problemi di metodo
e prospettive
di sviluppo
delle consulenze
psicologiche
e psichiatriche
in ambito
giudiziario



GIUFFRÈ EDITORE

2010

Fabio Buzzì Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011


SOCIETÀ MEDICO LEGALE DEL TRIVENETO



aiga

Associazione Italiana Giovani Avvocati
COORDINAMENTO DEL TRIVENETO

QUAL È IL PREZZO DEL DOLORE E DEL DISVALORE
DEL DANNEGGIATO

ATTI DEL CONVEGNO MEDICO GIURIDICO

Treviso, 25 GIUGNO 2010

Comitato organizzatore: Dott. E. Pedoja, Avv. R. Toppan, Avv. A. Poli



AntiliaA

2010

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

**I PRINCIPI ENUNCIATI
DALLA SENTENZA
DELLE S.U. CIVILI
n. 26972 dell'11.11.2008**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

**1 - Il riferimento a determinati tipi di pregiudizio
a carattere extra-patrimoniale
di indole personale,
in vario modo denominati
(danno morale, biologico,
da perdita del rapporto parentale, etc.),
risponde ad esigenze descrittive,
ma non implica il riconoscimento di distinte
categorie di danno.**

**2 - E' compito del giudice
accertare l'effettiva consistenza
del pregiudizio allegato,
a prescindere dal nome attribuitogli, e di
individuare quali ripercussioni negative
sul "valore-uomo"
ne siano conseguite,
nonché di provvedere
alla loro integrale riparazione.**

3 - Ove siano allegati
turbamento dell'animo e dolore intimo,
senza lamentare degenerazioni
patologiche della sofferenza,
si versa nel campo della
sofferenza soggettiva
in sé considerata,
cioè del danno morale
senza ulteriori connotazioni in termini di durata.

4 - Ove siano dedotte
conseguenze patologiche,
si versa invece
nell'area del danno biologico
che, per sua intrinseca natura,
ricomprensce ogni sofferenza
fisica e/o psichica.

5 - Determina quindi
duplicazione di risarcimento
la congiunta attribuzione
del danno biologico
e del danno morale,
inteso nei suindicati termini
(cioé della sofferenza soggettiva).

6 - E' da escludersi

la praticabilità del

risarcimento

del danno morale in percentuale

(da un terzo alla metà)

del danno biologico.

**7 - Qualora il giudice si avvalga
delle note tabelle,
dovrà procedere ad adeguata
personalizzazione della liquidazione
del danno biologico,
valutando nella loro effettiva consistenza
le sofferenze fisiche e psichiche patite dal lesa,
onde pervenire al ristoro
risarcitorio della loro interezza.**

**8 - Determina ugualmente
duplicazione di risarcimento
la congiunta attribuzione del danno morale,
e del danno da perdita del rapporto parentale,
poiché la sofferenza patita nel momento
in cui la perdita è percepita
e quella che accompagna l'esistenza
del soggetto che l'ha subita,
altro non sono che componenti
del medesimo complesso dannoso,
che va integralmente ed unitariamente ristorato.**

**9 - I pregiudizi di tipo esistenziale
concernenti aspetti relazionali della vita,
conseguenti a lesioni dell'integrità psico-fisica
la cui distinta riparazione
darebbe luogo a duplicazione,
possono costituire solamente "voci"
del danno biologico
nel suo aspetto dinamico-relazionale,
nel quale - per consolidata opinione -
è assorbito il c.d. danno alla vita di relazione.**

**10 - Certamente incluso nel danno biologico,
se derivante da lesione dell'integrità psico-fisica,
è il pregiudizio da perdita,
o compromissione della sessualità, del quale
- diversamente da quanto affermato dalla sentenza
n. 2311/2007, che lo elevava a
danno esistenziale autonomo -
non può darsi un disgiunto risarcimento,
che rappresenterebbe una duplicazione risarcitoria.**

Fabio Buzzi

**L'IMPEDIMENTO ALL'ESERCIZIO DELLA
SESSUALITÀ AL PARTNER ELETTIVO DEL
DANNEGGIATO: DANNO BIOLOGICO
O DANNO MORALE?**

Estratto



**11 - Vi sarebbe duplicazione risarcitoria
anche ove
il pregiudizio arrecato da
un'alterazione fisica di tipo estetico
fosse liquidato separatamente
e non come "voce"
del danno biologico,
il quale incorpora pacificamente
anche il c.d. danno estetico.**

Fabio Buzzzi Medicina Legale

Pavia - febbraio 2011



Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011



Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011



Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011



Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011



Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

12.1 - A ristoro della

sofferenza psichica

provata dalla vittima di lesioni fisiche,

cui sia seguita dopo breve tempo la morte

- e che sia rimasta lucida durante l'agonia,

- in consapevole attesa della fine –

il giudice può liquidare

il solo danno morale.

Fabio Buzzi Medicina Legale

Pavia - febbraio 2011

**12.2 - Una sofferenza psichica siffatta,
non essendo suscettibile di
degenerare in patologia
e di dar così luogo ad un danno biologico,
va risarcita come danno morale,
nella sua nuova,
più ampia accezione.**

13 - Per la
prova del danno biologico,
la vigente normativa
(art. 138 e 139 del Dlgs n. 209/2005)
richiede l'accertamento medicolegale:
un mezzo di indagine al quale
correntemente si ricorre,
ancorché la norma non lo elevi
a strumento esclusivo e necessario.

**14.1 - E' nei poteri del giudice
disattendere, motivatamente,
le opinioni del consulente tecnico.**

**Parimenti, il giudice
potrà non disporre l'accertamento medicolegale
quando, motivatamente,
lo ritenga superfluo.**

14.2 - A fondamento della sua decisione

egli può infatti porre

tutti gli elementi utili acquisiti al processo

(documenti, testimonianze, etc.),

avvalendosi delle nozioni

di comune esperienza

e delle presunzioni.

**15. - Per tutti gli altri pregiudizi non patrimoniali
vale il ricorso alle prove testimoniali,
documentali e presuntive.**

**Ove il pregiudizio - non biologico - attenga
ad un bene immateriale,
il ricorso alla prova presuntiva è destinato
ad assumere particolare rilievo e
può costituire anche l'unica fonte per la
formazione del convincimento del giudice,
non trattandosi di mezzo di prova
di range inferiore agli altri.**

***“Diritto alla qualità della vita,
allo stato di benessere,
alla serenità”***

**sono stati letteralmente
definiti dalle S.U. come**

“del tutto immaginari”

Le SU hanno utilizzato, in maniera spesso del tutto indifferenziata, ambigua ed alquanto equivoca le seguenti dizioni:

- danno morale soggettivo**
- sofferenza morale**
- sofferenza soggettiva in sé considerata, non come componente di più complesso pregiudizio non patrimoniale**
- turbamento dell'animo**
- dolore intimo sofferto**
- degenerazioni patologiche della sofferenza**
- sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso**
- sofferenza psichica provata dalla vittima di lesioni fisiche, cui sia seguita dopo breve tempo la morte, da risarcirsi come danno morale**

**COM' E' ATTUALMENTE
STRUTTURATO
IL DANNO ALLA PERSONA ?**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

**DANNO
PATRIMONIALE =** *LUCRO CESSANTE*
DANNO EMERGENTE

**DANNO
NON
PATRIMONIALE =** *DANNO SOMATO-PSICHICO
(BIOLOGICO)*
DANNO/SOFFERENZA MORALE

ART. 2043 C.C.

(RISARCIMENTO PER FATTO ILLECITO)

*Qualunque fatto doloso o colposo,
che cagiona ad altri un danno ingiusto,
obbliga colui che ha commesso il fatto
a risarcire il danno*

ART. 2059 C.C.

(DANNI NON PATRIMONIALI)

*Il danno non patrimoniale deve essere risarcito
solo nei casi determinati dalla legge*

SOFFERENZA = DANNO MORALE

DOLORE = DANNO SOMATO-PSICHICO

**CHI E COME DEVE VALUTARE
IL DANNO NON PATRIMONIALE ,
CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA
SOFFERENZA MORALE ?**

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

1 – Occorre un'adeguata personalizzazione della liquidazione del danno biologico, valutando nella loro effettiva consistenza le sofferenze fisiche e psichiche, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza, considerando che, ai fini del danno morale, il grado di sofferenza può essere diverso da soggetto a soggetto.

2 – E' risarcibile nella sua più ampia accezione il danno determinato da lesioni di interessi inerenti alla persona non connotati da rilevanza economica, proporzionalmente alla gravità dell'offesa e alla serietà del pregiudizio, posti a fondamento dell'interpretazione costituzionalmente orientata dell'art. 2059 c.c. %

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

3 – Al di fuori dei casi determinati dalla legge è data tutela risarcitoria al danno non patrimoniale solo se sia accertata la lesione di un diritto inviolabile della persona, ovvero di un bene costituzionalmente qualificato, ovvero ancora di una norma sovra-nazionale che tuteli diritti umani inviolabili.

4 – Ha rilievo anche la gravità dell'offesa, in quanto deve trattarsi di una violazione della sfera personale che deve superare la soglia dell'ordinaria tollerabilità sociale. %

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

5 – La liquidazione del danno non patrimoniale, quale danno areddituale, è necessariamente caratterizzata dall'equità, non sussistendo criteri automatici di liquidazione del relativo pregiudizio, con la sola eccezione, peraltro non assoluta, del danno biologico da micro-permanente nel codice delle assicurazioni private (art. 139 DLgs n. 209/2005). %

**LA PERSONALIZZAZIONE
DEL RISARCIMENTO
SECONDO IL TESTO UNICO
DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

**DLgs n. 209/2005
(Testo Unico delle Assicurazioni Private)**

Articolo 139 - *Danno biologico per lesioni di lieve entità*

**n. 3) L'ammontare del danno biologico liquidato ai sensi del
comma 1 può essere aumentato dal Giudice in misura non
superiore ad 1/5 (20%),
con equo e motivato apprezzamento delle
condizioni soggettive
del danneggiato.**

DLgs n. 209/2005
(Testo Unico delle Assicurazioni Private)

Articolo 138 - *Danno biologico per lesioni di non lieve entità*

n. 3) Qualora la menomazione accertata incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali personali, l'ammontare del danno determinato ai sensi della Tabella Unica Nazionale, può essere aumentato dal Giudice sino al 30%,

con equo e motivato apprezzamento

delle condizioni soggettive

del danneggiato

Fabio Buzzzi Medicina Legale

Pavia - febbraio 2011

Proposta di legge d'iniziativa del deputato Garagnani
“*Modifiche agli articoli 138 e 139 del DLgs n. 209/2005*”

b) Il comma 3 dell'art 139 è sostituito dal seguente: l'ammontare del risarcimento del danno biologico liquidato ai sensi del comma 1, qualora la menomazione subita incida in maniera rilevante su specifici aspetti dinamico-relazionali può essere aumentato, in via generale, secondo un motivato apprezzamento medicolegale.

c) Dopo l'art. 139 è inserito il seguente:

Art. 139-bis (*danno morale connesso al danno biologico*)

1. Nella liquidazione del danno di cui agli artt. 138 e 139, oltre al danno biologico e per quanto non già previsto dai medesimi articoli è dovuto il risarcimento del danno morale.

2. Agli effetti del comma 1, per danno morale si intende la sofferenza soggettiva collegata alla lesione e alle sue conseguenze in via generale suscettibili di accertamento di natura medicolegale.

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

6 – Non sussiste invece alcun obbligo di applicazione dei criteri risarcitori previsti per le macro-permanenti dall'art. 138 del codice delle assicurazioni private, non essendo state ancora emanate le relative tabelle.

Peraltro, in tal caso è possibile per il Giudice la c.d. “personalizzazione del risarcimento”, come in uso in diversi Tribunali attraverso apposite tabelle, che rendono superflue ulteriori personalizzazioni.

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

7 – La discrezionalità del Giudice nella liquidazione del

danno non patrimoniale, sia che si faccia ricorso alle

tabelle dei diversi Tribunali, sia che si ricorra all'equità

pura, deve sempre basarsi su una “discrezionalità

motivata” e deve evitare duplicazioni risarcitorie. %

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

8 – La liquidazione del danno non patrimoniale non deve essere affidata a terzi, sia pure ausiliari del Giudice, quali il CTU, al quale è invece possibile – sempre che ne abbia la competenza – delegare una ricognizione meramente descrittiva di eventuali impedimenti del danneggiato a compiere determinate attività extra-lavorative, già previamente allegare, consentendo così al Giudice di procedere alla personalizzazione, inserendo anche la componente esistenziale.

%

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

**9 – Anche per il danno morale è possibile che il CTU
renda una descrizione – ovviamente non valutativa –
della sofferenza della vittima, con riferimento alle
modalità delle lesioni, alla convalescenza, ecc., la quale
potrà essere di ausilio per la valutazione del pregiudizio
morale, che dovrà essere valutato dal Giudice, sempre ai
fini della personalizzazione.**

%

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

10 – Non sempre occorre fornire la prova dettagliata del danno morale, perché il patema d'animo e la sofferenza interna ben possono essere provati per presunzioni e la prova per inferenza induttiva non postula che il fatto ignoto da dimostrare sia l'unico riflesso possibile di un fatto noto, essendo sufficiente la rilevante probabilità del determinarsi dell'uno in dipendenza del verificarsi dell'altro, secondo criterio di regolarità causale. %

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

11 – E' dunque ammissibile la prova per presunzioni anche per il risarcimento del danno morale, quale conseguenza di una lesione fisica, essendo intuibile la correlata sofferenza, peraltro sempre previa allegazione, a maggior ragione necessaria per il danno morale conseguente ad illecito non collegato a lesione fisica.

%

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

12 – In base alle tabelle del Tribunale di Milano il danno morale ivi ricompreso negli importi economici attraverso i quali è liquidato il danno biologico standardizzato richiede prova specifica solo ove si postuli un maggiore pregiudizio, che deve essere allegato e provato ai fini della personalizzazione del risarcimento. %

TECNICHE DI LIQUIDAZIONE DEL DANNO NON PATRIMONIALE: EQUITA' E TABELLE

Domenico CHINDEMI – *Responsabilità Civile e Previdenza*, 1, 198-205, 2011

13 – La tabella del Tribunale di Milano (e altre affini),

prevede valori monetari medi, commisurati a gradi

standardizzati di incidenza menomativa delle lesioni, sia

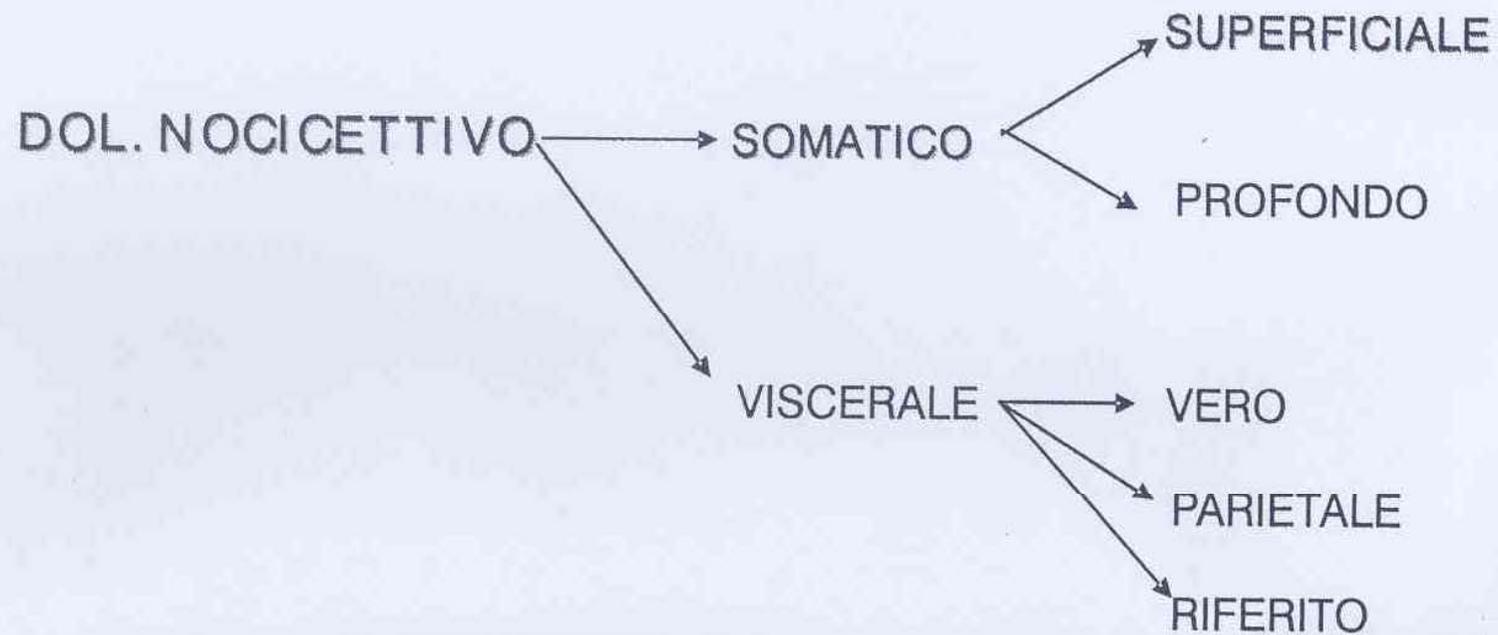
quanto ad implicazioni anatomico-funzionali e relazionali,

sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva, sia

ancora quanto agli aspetti di ordine esistenziale.

**COM'E'
VALUTABILE
IL DOLORE NOCICETTIVO
(ALGOS/DOLOR) ?**

Divisione etiopatogenetica.



SCREENING DEL DOLORE

IL/LA PAZIENTE RIFERISCE DOLORE

NO

SI

Comparso da

[Signature]

(gg. - sett.)

VALUTAZIONE DEL DOLORE

INTENSITÀ

 niente 0	 poco 1	 abbastanza 2	 forte 3	 fortissimo 4
NRS				
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				
scala pediatrica		scala per adulti		

SEDE

[Handwritten: spine]

TIPOLOGIA

ACUTO

CRONICO

ALTRO:

FREQUENZA

CONTINUO

RICORRENTE

INTERMITTENTE

UTILIZZO DI ANALGESICI

NO

SI

[Handwritten: via PS]

[Handwritten: poco oltre il 1200]

INTERFERENZA CON:

MOVIMENTI

SONNO

ATTIVITA' LAVORATIVA

ALTRO

American Medical Association



Guida alla valutazione dell'invalidità permanente

Linda Cocchiarella
Gunnar B.J. Andersson

Quinta Edizione americana

2004



Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

GUIDA A.M.A 2004

Tabella 18-3 Classificazione dell'invalidità dovuta a disturbi algici

Classe 1 Lieve	Classe 2 Moderata	Classe 3 Moderatamente grave	Classe 4 Grave
<p>Dolore di lieve entità, tenuto conto dell'intensità e della frequenza</p> <p>Il dolore è lievemente aggravato dallo svolgimento delle ADL; l'individuo è in grado di svolgerle con piccoli adattamenti</p> <p>Il paziente manifesta un coinvolgimento emotivo minimo o nullo per effetto del dolore</p> <p>L'individuo non segue regolare terapia analgica</p> <p>Le limitazioni correlate al dolore nel corso dell'esame obiettivo sono lievi e adeguate; in corso di esame obiettivo si osservano pochi comportamenti dovuti al dolore (esplicite espressioni di dolore, malessere e sofferenza, come lamenti, zoppia, movimenti cautelati, mimica facciale)</p>	<p>Dolore di entità moderata, tenuto conto dell'intensità e della frequenza</p> <p>Il dolore comporta qualche difficoltà nello svolgimento delle ADL; per svolgerle l'individuo deve compiere significativi adattamenti (ad es., trasferirsi in un appartamento al piano terreno, acquistare un'automobile con il cambio automatico)</p> <p>L'individuo manifesta un coinvolgimento emotivo da lieve a moderato in risposta al dolore</p> <p>Il paziente necessita di regolari controlli medici e frequente terapia analgica</p> <p>Le limitazioni correlate al dolore nel corso dell'esame obiettivo sono significative; i comportamenti dovuti al dolore che si osservano in corso di esame obiettivo sono relativamente scarsi e la loro adeguatezza non è determinabile</p>	<p>Il dolore è presente per la maggior parte del tempo e può raggiungere intensità pari a 9-10/10</p> <p>L'individuo è in grado di svolgere le ADL solo con significativi adattamenti; non è in grado di svolgere molte attività ordinarie (ad es., guidare un'automobile)</p> <p>L'individuo manifesta un coinvolgimento emotivo da moderato a grave in risposta al dolore</p> <p>L'individuo necessita di terapia analgica di mantenimento</p> <p>All'esame obiettivo si osservano gravi limitazioni correlate al dolore, tali da rendere difficoltose l'esecuzione dell'esame e l'interpretazione dei reperti</p> <p>in corso di esame obiettivo si osservano diversi comportamenti correlati al dolore, che paiono coerenti con la patologia organica</p>	<p>Dolore pressoché continuo, di intensità massima pari a 9-10/10</p> <p>Il paziente necessita di assistenza nello svolgimento delle ADL (ad es., per cucinare e vestirsi), di modifiche drastiche (ad es., smettere di fare il bagno) o di molto tempo per compierle (ad es., 2 ore per alzarsi al mattino e vestirsi)</p> <p>L'individuo manifesta coinvolgimento emotivo grave in risposta al dolore e comunica la percezione di un dolore non controllabile</p> <p>L'individuo necessita di terapia analgica aggressiva a dosi massimali, da continuare nel tempo</p> <p>L'esame obiettivo è virtualmente impossibile da effettuare a causa dell'intolleranza del paziente alle manovre necessarie (ad es., si rifiuta di camminare o di permettere al medico di palpare una zona sintomatica); si osserva un numero rilevante di comportamenti correlati al dolore, che paiono coerenti con la patologia organica</p>

MEDICINA LEGALE

CRIMINOLOGIA
E DEONTOLOGIA MEDICA

Collana diretta da GIACOMO CANEPA - ANGELO FIORI
TULLIO BANDINI - ANTONIO FARNETI

IL DOLORE NELLA VALUTAZIONE DEL MEDICO LEGALE

a cura di
Marcello Valdini

2007

GIUFFRÈ EDITORE

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

**COM' E'
VALUTABILE
LA SOFFERENZA
(PATHOS/AEGRITUDO) ?**

**SECONDO IL
SISTEMA TABELLARE
DEL
TRIBUNALE DI MILANO**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

Osservatorio per la giustizia civile di Milano
Nuove tabelle "2009" per la liquidazione del danno non patrimoniale da lesione all'integrità psico-fisica e da perdita del rapporto parentale

Si propone la liquidazione congiunta:

- **del danno non patrimoniale conseguente a "lesione permanente dell'integrità psico-fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale", nei suoi risvolti anatomico-funzionali e relazionali medi, ovvero peculiari,**
- **del danno non patrimoniale conseguente alle medesime lesioni in termini di "dolore", "sofferenza soggettiva", in via di presunzione riferibili ad un dato tipo di lesione: vale a dire la liquidazione congiunta dei pregiudizi in passato liquidati a titolo di:**
- **c.d. danno biologico "standard"**
- **c.d. personalizzazione - per particolari condizioni soggettive - del danno biologico**
- **c.d. danno morale**

Osservatorio per la giustizia civile di Milano
Nuove tabelle "2009" per la liquidazione del danno non patrimoniale da lesione all'integrità psico-fisica e da perdita del rapporto parentale

si è quindi pensato:

- a una tabella di valori monetari "medi", corrispondenti al caso di incidenza della lesione in termini "standardizzabili", in quanto frequentemente ricorrenti (sia quanto agli aspetti anatomo-funzionali, sia quanto agli aspetti relazionali, sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva);
- a una percentuale di aumento di tali valori "medi" da utilizzarsi - onde consentire un'adeguata "personalizzazione" complessiva della liquidazione - laddove il caso concreto presenti peculiarità che vengano allegare e provate (anche in via presuntiva) dal danneggiato,

Osservatorio per la giustizia civile di Milano
Nuove tabelle "2009" per la liquidazione del danno non patrimoniale da lesione all'integrità psico-fisica e da perdita del rapporto parentale

**... Individuando il nuovo valore del c.d. "punto", aumentato ...
anche della componente di danno non patrimoniale relativa alla
"sofferenza soggettiva"**

di un percentuale ponderata nei seguenti termini:

- dall'1 al 9% di invalidità l'aumento è del 25% fisso
- dal 10 al 34% di invalidità l'aumento è progressivo per punto, dal 26 al 50%
- dal 35 al 100% di invalidità l'aumento torna ad essere fisso al 50%

Osservatorio per la giustizia civile di Milano
Nuove tabelle "2009" per la liquidazione del danno non patrimoniale da lesione all'integrità psico-fisica e da perdita del rapporto parentale

... in particolare:

- sia quanto agli aspetti anatomico-funzionali e relazionali (ad es. *lavoratore soggetto a maggior sforzo fisico senza conseguenze patrimoniali; lesione al "dito del pianista dilettante"*),
- sia quanto agli aspetti di sofferenza soggettiva (ad es. *specifica penosità delle modalità del fatto lesivo*),

ferma restando, ovviamente, la possibilità che il giudice moduli la liquidazione oltre i valori massimi in relazione a fattispecie del tutto eccezionali rispetto alla casistica comune degli illeciti.

SECONDO IL MODELLO FRANCESE

DELLE

SOUFFRANCES ENDUREES

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

Il modello francese delle “soffrances endurées”

Echelle d'évaluation des souffrances endurées

Le quantum des souffrances physiques, psychiques et morales dépend de nombreux facteurs, en particulier de la nature et du nombre des blessures, du traitement et des complications éventuelles, de la longueur des périodes de rééducation et de réadaptation. On peut retenir comme **facteurs déterminants de l'importance des douleurs** :

- le nombre de lésions importantes,
- le contexte de l'accident et des suites immédiates,
- le nombre d'interventions et de soins pénibles,
- la durée d'hospitalisation et la nature des services,
- la durée de la kinésithérapie utile,
- les troubles dans les conditions d'existence durant la période qui précède la consolidation, etc.

Voici quelques exemples, sur l'échelle d'évaluation de 1 à 7 généralement utilisée :

- **Très léger (1/7)**
 - contusion avec petite plaie (mais suturée)
 - pas d'hospitalisation ou courte hospitalisation
 - arrêt d'activités limité à quelques jours
- **Léger (2/7)**
 - lésions ayant nécessité une immobilisation simple de quinze à vingt jours (entorse cervicale immobilisée par collier, fracture du poignet sans déplacement, immobilisée en plâtre)
 - hospitalisation de cinq à dix jours
 - et éventuellement 10 à 15 séances de rééducation
 - traumatisme crânien avec commotion cérébrale simple, hospitalisation d'une semaine environ
- **Modéré (3/7)**
 - fracture avec déplacement, traitée par réduction sous anesthésie générale ou par ostéosynthèse (enclouage, plaque) : hospitalisation de quinze jours à trois semaines, immobilisation de deux à trois mois ; une trentaine de séances de rééducation
 - traumatisme thoracique avec fracture de côtes sans complications
 - fracture par tassement du rachis dorsal ou lombaire traitée par immobilisation simple pendant quelques semaines, puis rééducation

interventions ou la mise en extension continue pendant plusieurs semaines

- pseudarthrose (évolution prolongée, réintervention)
- traumatisme du thorax avec fractures de côtes, pneumothorax ou hémithorax (drainage)
- hospitalisation de un mois ou plus
- rééducation pendant plusieurs mois
- traumatisme crânien ayant nécessité une intervention neurochirurgicale.

— **Assez important (5/7)**

- polytraumatisme ayant obligé à plusieurs interventions
- fracture de la face ayant nécessité un blocage maxillaire après ostéosynthèse
- traumatisme thoracique avec volet costal
- fracture compliquée de lésions vasculo-nerveuses ayant nécessité plusieurs interventions et une rééducation prolongée
- fracture du rachis avec complications neurologiques
- traumatisme cérébral avec troubles neurologiques ayant nécessité une kinésithérapie et une réadaptation spécialisée

— **Important (6/7)**

- plusieurs lésions traumatiques graves
- interventions chirurgicales multiples ou itératives
- rééducation très prolongée pour syndromes déficitaires neurologiques ou neuro-psychologiques
- brûlures ayant nécessité plusieurs mois de traitement

— **Très important (7/7)**

- polyblessés soignés pendant de longs mois à l'hôpital, brûlés ayant subi de multiples interventions

Conscient du caractère assez subjectif de l'évaluation et des limites imposées par une échelle comportant peu de degrés, l'expert attachera de l'importance à la description des souffrances physiques, psychiques et morales ainsi que des troubles dans les conditions d'existence avant consolidation.

Par ailleurs, l'expert intégrera le cas échéant, dans cette description et dans cette évaluation, des douleurs ou désagréments postérieurs à la consolidation mais ne constituant pas un déficit physiologique et n'ayant pas le caractère de permanence prévisible.

Il modello francese delle “souffrances endurées”

Souffrances endurées après consolidation

Le problème peut se poser de l'évaluation de troubles à expression majoritairement douloureuse, persistant après consolidation, et dont on sait qu'ils sont le plus souvent appelés à disparaître dans un délai de quelques mois à quelques années. Cette difficulté n'est pas nouvelle. Déjà, en 1975, elle était évoquée par le professeur Padovani, chirurgien expert de référence à cette époque, qui proposait d'inclure ces phénomènes essentiellement douloureux dans le *pretium doloris*.

Cette pratique s'est poursuivie jusqu'à présent. Elle reste d'actualité, surtout si l'on se réfère à la définition donnée de l'incapacité permanente.

C'est l'expérience de l'expert – et seulement elle – qui peut lui permettre de faire le choix entre une IP si minime soit-elle et une relative majoration de la cotation de ce qu'il est convenu d'appeler les souffrances endurées.

*Le Comité scientifique
du Centre de documentation sur le dommage corporel*

SECONDO

IL METODO

VERGARI - RONDINELLI - ZANUZZI

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

BENEDETTO VERGARI
ROBERTO RONDINELLI ANNA CHIARA ZANUZZI

GUIDA ALLA VALUTAZIONE
MEDICO-LEGALE DEL GRADO DI
SOFFERENZA E DELLA COMPONENTE
DINAMICO RELAZIONALE DEL
DANNO BIOLOGICO

con il contributo
FRANCESCO CARRARO CALOGERO NICOLAI ELISA RUZZA

Prefazione di
PAOLO CORTIVO

2009

CEDAM

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

GUIDA VERGARI-RONDINELLI-ZANUZZI

... la sofferenza morale rappresenta un concetto più ampio rispetto al dolore.

Essa non è certamente tabellabile secondo i parametri di carattere biologico. Comprende infatti non solo il dolore, ma le cure, gli interventi effettuati, gli impedimenti, le rinunce, il sentimento di inadeguatezza e di umiliazione, i timori, il turbamento e il disagio psicologico, i patemi d'animo, l'effetto negativo di rendere partecipi gli altri della propria menomazione attraverso presidi rilevabili all'esterno (gessi, bastoni, ecc.).

Per la sofferenza morale sono già state proposte scale di valutazione, spettando al medico legale il compito, in base all'interpretazione di parametri oggettivi e soggettivi di carattere clinico, di graduarla e fornire lo strumento tecnico, per poi tradurlo in termini economici in altra sede.

GUIDA VERGARI-RONDINELLI-ZANUZZI

... Il medico legale dovrà giungere ad una quantificazione del danno morale

descrivendo accuratamente i patimenti e le sofferenze del lesso, facendo particolare riferimento a parametri di orientamento semi-quantitativi simili a quelli espressi dalla scuola medicolegale francese ... all'interno di una delle sette categorie, nell'ambito della quale si procederà successivamente alla personalizzazione.

Inoltre, la personalizzazione andrà fatta tenendo conto soltanto delle voci non altrimenti specificate nella tabella valutativa di base e potrà incidere solo per 1/7 totale della valutazione.

Ovvero, non è consentito il passaggio nella categoria successiva solo grazie alla personalizzazione.

4.1. *Tabella Principale per categorie*

Molto leggero (1/7)

- contusione e/o piccola ferita lacero contusa suturata
- durata malattia < 5 giorni
- n. sedute fisioterapia = 0
- durata ricovero giorni/mesi = 0
- uso di immobilizzatore semplice < 5 giorni

Leggero (2/7)

- trauma indiretto o distrazione (distrazione cervicale immobilizzata con collare; frattura del polso senza spostamento dei monconi, immobilizzata con gesso)
- trauma cranico con commozione cerebrale semplice, ricovero di una settimana circa
- durata malattia > 5 giorni e < 2 mesi
- n. sedute fisioterapia = 10-15
- durata ricovero giorni = 5-10
- uso di immobilizzatore semplice 15-20 giorni

Moderato (3/7)

- frattura con spostamento dei monconi, trattata con riduzione in anestesia generale o con osteosintesi (inchiodaggio, placche)
- trauma toracico con frattura di costole senza complicazioni
- trauma toraco-addominale senza compromissioni funzionali e necessità di intervento
- frattura per schiacciamento del rachide dorsale e/o lombare, trattata con immobilizzazione semplice per alcune settimane, seguito da rieducazione
- durata ricovero= 15 giorni- 3 settimane
- durata malattia = 2-3 mesi
- n. sedute fisioterapia = >30

Medio (4/7)

- frattura multipla con necessità di diversi interventi o la messa in trazione continua per alcune settimane
- stomia cutanea con necessità di intervento di ricanalizzazione
- pseudoartrosi (evoluzione prolungata, reintervento)
- trauma toracico con frattura di costole, pneumotorace o emotorace con necessità di drenaggio
- trauma cranico con necessità di intervento neurochirurgico
- durata ricovero= ≥ 1 mese
- rieducazione per più mesi

Mediamente importante (5/7)

- politraumatismo con necessità di plurimi interventi
- frattura maxillo-facciale con necessità di bloccaggio mascellare dopo osteosintesi
- trauma toracico con volet costale
- frattura complicata da lesione vascolo-nervose con necessità di plurimi interventi
- frattura del rachide con complicanze neurologiche

Importante (6/7)

- multiple lesioni traumatiche gravi
- interventi chirurgici molteplici o iterattivi
- rieducazione molto prolungata per sindrome da deficit neurologico o neuropsichico
- ustione con necessità di diversi mesi di trattamento

Molto importante (7/7)

- politraumatizzati trattati in ospedale per lunghi mesi, ustionati con necessità di interventi molteplici

4.2. *Tabella Secondaria per personalizzazione*

Maggiorazione SCORE	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7
DURATA MALATTIA giorni	1-15	16-30	31-60	61-90	91-135	136-180	oltre 180
DURATA RICOVERI giorni	1-5	6-15	16-25	26-40	41-60	61-90	Oltre 90
FISIO-TERAPIA numero sedute	1-10	11-20	21-40	41-60	61-90	91-120	oltre 120
TEMPO DI USO IMMOBILIZZAZIONE SEMPLICE RIMOVIBILE (COLLARE, TUTORE, BUSTI, ECC) giorni	1-15	16-30	31-60	61-90	91-135	136-180	oltre 180
TEMPO DI USO IMMOBILIZZAZIONE SEMPLICE NON RIMOVIBILE (APPARECCHI CESSATI, ECC) giorni	1-5	6-15	16-25	26-40	41-60	61-90	oltre 90
ORALE giorni	1-15	16-30	31-60	61-90	91-135	136-180	oltre 180
Tempo uso di terapia Farmacologica giorni INIETTIVA	1-5	6-15	16-25	26-40	41-60	61-90	oltre 90
PREESISTENZE numero rilevanti per comparto anatomico		1		2		3	4 e oltre
numero COESISTENZE	1		2		3		4 e oltre

GUIDA VERGARI-RONDINELLI-ZANUZZI

Si ritiene che nell'ambito della personalizzazione del danno dinamico-relazionale debbano entrare anche quelle componenti c.d. "esistenziali" di natura prettamente "biologica", ovvero quei riflessi sulla qualità della vita conseguenti alla menomazione e che, nel loro insieme, possono essere definiti come componente "dinamico-relazionale-esistenziale"... di stretta natura biologica e competenza medicolegale.

Qualora emergano elementi meritevoli di approfondimento in ordine a significativi riflessi su peculiari aspetti della vita del danneggiato, oltre a procedere alla valutazione del danno biologico tabellare, viene somministrato l' "EDRA TEST" (Existential Dynamic Relational Aspects): test specialistico medicolegale per la valutazione personalizzata della componente esistenziale e dinamico-relazionale del danno alla persona.

EDRA TEST

2° versione 2009

**Existential Dynamic Relational Aspects
Test for Forensic Doctors to evaluate personal and existential injury**

TEST SPECIALISTICO MEDICO-LEGALE

per la valutazione personalizzata della componente esistenziale e dinamico-relazionale del danno alla persona

Premesse ed istruzioni per la compilazione:

Il test medico-legale viene compilato autonomamente dal danneggiato prima della visita medica.

Le informazioni raccolte con il test saranno considerate strettamente riservate ed utilizzate esclusivamente per la presente indagine peritale, finalizzata a fornire strumenti di valutazione idonei per evidenziare tutti i riflessi dell'evento lesivo sulla vita del danneggiato.

Le risposte dovranno essere assolutamente obiettive e realistiche, in caso contrario verrà falsata la metodologia di valutazione a discapito di un corretto inquadramento medico-legale del danno.

La risposta può essere effettuata barrando una casella fra le opzioni presenti, oppure formulando una diversa indicazione, in ogni caso facendo esclusivo riferimento alle eventuali conseguenze ritenute connesse all'evento lesivo.

I quesiti vengono posti in modo estremamente semplificato nella loro formulazione, in modo da permettere ad ogni periziando risposte autonome e senza difficoltà di comprensione.

GENERALITÀ DELLA PERSONA

Nome e Cognome: _____

Nascita e Residenza: _____

Documento di Identificazione: _____

Occupazione: _____

Evento lesivo del giorno: _____

Rispondere ai seguenti quesiti barrando l'opzione prescelta e descrivendo, in caso di risposta affermativa le difficoltà insorte solo in conseguenza dell'evento.

1) HA DIFFICOLTÀ AD ESEGUIRE CORRETTAMENTE I MOVIMENTI O AD ASSUMERE DETERMINATE POSIZIONI CON IL PROPRIO CORPO?

(Ad es.: camminare, correre, in piedi, seduto, chinato, sdraiato, inginocchiato, uso delle mani, uso delle braccia, uso di scale).

SI NO

-se "sì", precisare quali:

2) HA DIFFICOLTÀ NELL'IGIENE PERSONALE, NEI BISOGNI FISIOLOGICI, NEL VESTIRSI, NELL'ALIMENTARSI?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

3) HA PROBLEMI NEI RAPPORTI AFFETTIVI E PERSONALI CON I PROPRI FAMILIARI ED AMICI?

(Genitori, figli, nipoti, fratelli, sorelle, amicizie in genere, ecc.)

SI NO

-se "sì", precisare quali:

4) HA PROBLEMI NELL'INTIMITÀ E SESSUALITÀ?
(Con il coniuge, compagno, fidanzato, ecc.)

SI NO

-se "sì", precisare quali:

5) HA DISTURBI DEL SONNO O DIFFICOLTÀ NEL RIPOSO?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

6) RITIENE DI POTER COMUNICARE COME PRIMA CON GLI ALTRI
TRAMITE IL SUO CORPO ED I SUOI SENSI?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

7) HA DIFFICOLTÀ NELLA PROPRIA ABITAZIONE?
(Accesso, all'interno degli spazi, ecc.)

SI NO

-se "sì", precisare quali:

8) HA DIFFICOLTÀ NELL'USO DEI MEZZI DI TRASPORTO?
(Ad es.: autovettura, motoveicolo, bicicletta, autobus, aereo, nave, treno)

SI NO

-se "sì", precisare quali:

9) HA PROBLEMI NELLO SVOLGIMENTO ABITUALE DEL SUO LA-
VORO?

(Se l'evento ha inciso negativamente ne indichi i motivi ed in che misura.
Quali movimenti, gestualità, posture, atti ed azioni abitudinarie ritiene abbia-
no subito una qualche influenza o modifica a causa dell'incidente occorso?)

SI NO

-se "sì", precisare quali:

10) HA DIFFICOLTÀ A SVOLGERE LE SUE ABITUDINARIE ATTIVI-
TÀ IN AMBITO DOMESTICO E FAMILIARE? (Ad es.: pulizia e cura della
casa, uso elettrodomestici, fare la spesa, cucinare, lavare, stirare, spolverare,
cucire, ricamare e lavorare a maglia, accudire figli, accudire anziani, accudire
l'orto, accudire animali, ora ha bisogno di aiuto?, ora ha difficoltà ad aiutare
gli altri nella conduzione familiare?)

SI NO

-se "sì", precisare quali:

11) È IN GRADO DI PARTECIPARE AD ATTIVITÀ SOCIALI, CULTU-
RALI, RELIGIOSE O DI VOLONTARIATO (se partecipate in precedenza)?

SI NO

-se "sì", precisare quali:

12) È IN GRADO DI SVOLGERE LE SUE ABITUALI ATTIVITÀ SPOR-
TIVE? (Ad es.: calcio, pallacanestro, tennis, golf, pallavolo, palestra, nuoto,
sci, caccia, equitazione, barca e natanti, arti marziali)

SI NO

-se "sì", precisare quali:

13) È IN GRADO DI IMPEGNARSI COME SEMPRE NEGLI HOBBIES E NELLE ATTIVITÀ RICREATIVE IN GENERE?

(Ad es.: cinema e/o teatro, mostre e/o musei, bar, discoteche e sale da ballo, televisione, giornali, radio e hi-fi, uso di strumenti musicali, cantare, ballare, uso del telefono, uso del computer, giardinaggio, giochi come carte, biliardo, bocce)

SI NO

-se "si", precisare quali:

14) È IN GRADO DI PROGRAMMARE ED EFFETTUARE COME PRIMA LE SUE VACANZE ED I SUOI VIAGGI?

SI NO

-se "si", precisare quali:

15) È PREOCCUPATO PER LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA E SI SENTE PIÙ A DISAGIO?

(Ha notato mutamenti del suo carattere, nel ridere, nel piangere, nei rapporti con gli altri...)

SI NO

-se "si", precisare quali:

16) SI VEDE ESTETICAMENTE DIVERSO E RITIENE CHE SIA CAMBIATA LA SUA IMMAGINE NEI CONFRONTI DEGLI ALTRI? (Ad es.: ha difficoltà nel trucco, all'esposizione solare, riesce a nascondere o meno determinati difetti...)

SI NO

-se "si", precisare quali:

17) IL TRAUMA SUBITO HA PROVOCATO CAMBIAMENTI NEL SUO STILE E QUALITÀ DI VITA E NELLE SUE ABITUDINI?

(Ad es.: a parte quelli già sopra citati ad esempio nel vestirsi, indossare calzature, biancheria intima, cinture, borse e zaini, copricapi, occhiali, orologio, articoli oreficeria e/o bigiotteria, indumenti vari).

SI NO

-se "si", precisare quali:

18) HA PIÙ BISOGNO DELL'AIUTO DI ALTRE PERSONE IN QUANTO SI SENTE MENO AUTONOMO ED AUTOSUFFICIENTE?

SI NO

-se "si", precisare quali:

19) AVREBBE VOLUTO FARE O PENSATO DI FARE NELLA SUA VITA E NEL FUTURO QUALCOSA CHE ORA RITIENE DI NON POTER PIÙ FARE COME PRIMA?

SI NO

-se "si", precisare quali:

20) LE CONSEGUENZE DI PASSATI EVENTI O MALATTIE INFLUISCONO ED IN CHE MISURA SULLA SUA VITA ATTUALE?

SI NO

-se "si", precisare quali:

Sa indicare il motivo per cui sta rispondendo al presente questionario?

Note personali aggiuntive

È disponibile ad una eventuale ulteriore verifica a distanza con il presente test medico-legale

Tempo di compilazione _____

Il sottoscritto si assume la responsabilità in ordine al contenuto sostanziale e formale delle dichiarazioni rilasciate e contenute nell'Edra Test e nella documentazione prodotta anche sanitaria.

L'Edra Test viene direttamente consegnato al medico legale per le finalità dell'indagine peritale, autorizzandolo ad allegarlo alla relazione specialistica.

Luogo e Data _____

Firma

Lo specialista medico-legale per presa visione _____

PRIVACY -La visita medico-legale, la disamina della documentazione prodotta agli atti e la relazione di consulenza tecnica medico-legale (finalizzate alla ricerca della verità scientifica ed al rispetto dei diritti della persona nello specifico ambito medico-legale accertativo e valutativo del danno), sono state espletate nella piena consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano, a richiesta e con specifico incarico conferitomi dall'interessato, che vi si è volontariamente sottoposto manifestando il proprio consenso previa informativa e dichiarando altresì di essere a conoscenza di quanto previsto del D. Lgs 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), autorizzando pertanto il sottoscritto al trattamento, archiviazione e comunicazione dei suoi dati personali, tramite relazione scritta. Ai sensi del D. Lgs 196/2003 tutto quanto sopra descritto viene trasmesso a persone che sono altresì tenute al segreto professionale. Qualunque divulgazione al di fuori di tale ambito non potrà essere attribuita al sottoscritto. Le valutazioni medico-legali sono formulate alla luce dei rilievi clinici e documentali attuali e delle relative implicazioni prognostiche medico-legali

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

SECONDO

IL METODO

RONCHI - MASTROROBERTO - GENOVESE

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

Enzo Ronchi, Luigi Mastroberto, Umberto Genovese

**GUIDA ALLA VALUTAZIONE
MEDICO-LEGALE
DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE**

CON CONTRIBUTO ALLA QUANTIFICAZIONE DELLA SOFFERENZA MORALE



GIUFFRÈ EDITORE

2009

Ronchi E, Mastroberto L, Genovese U:

Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente

Giuffré, 2009, p. 33-70

Cap. 2 :“ *Contributo medico-legale alla quantificazione della sofferenza morale*”

richiamo al modello francese delle

“*souffrances endurées*”

TABELLA N. 1

0,5	minimo, molto leggero
1,5	tra molto leggero e leggero
2	leggero
2,5	fra leggero e moderato
3	moderato
3,5	tra moderato e medio
4	medio
4,5	tra medio e abbastanza importante
5	abbastanza importante
5,5	tra abbastanza importante ed importante
6	importante
6,5	fra importante e molto importante
7	considerevole

È evidente come tale classificazione sia solo una prima griglia di orientamento che anticipa una seconda fase di approfondimento come risulta dalla successiva tabella.

TABELLA N. 2

0,5	assenza di ricovero, intervento chirurgico, rieducazione - trattamento antalgico di breve durata - I.T. di qualche giorno
1	degenza breve, intervento chirurgico minore - I.T. di una settimana - trattamento antalgico per una decina di giorni
1,5	ospedalizzazione di 1-2 giorni con intervento chirurgico minore - terapia antalgica per 1-2 settimane - I.T. di 2 settimane
2	immobilizzazione di un arto o del collo per 2-3 settimane - ricovero per meno di 1 settimana - qualche seduta di rieducazione (10-15) - I.T. della durata di 15 giorni
3	intervento chirurgico con anestesia generale o loco-regionale ricovero di 1-3 settimane - rieducazione (circa 30 sedute) - I.T. da 2-4 mesi
4	numerosi interventi chirurgici - immobilizzazione con protesi e/o fissatore esterno e/o interventi su più segmenti artuali - ricovero di 1-2 mesi - rieducazione durata molti mesi - I.T. > 6 mesi
5	plurimi ricoveri chirurgici per un lungo periodo - ricovero di 2 - 6 mesi - I.T. da 6-12 mesi
6	interventi chirurgici plurimi - ricovero per circa 1 anno - rieducazione molto prolungata - I.T. di circa 18 mesi
7	ciò che supera le precedenti definizioni per intensità e durata

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

Ronchi E, Mastroberto L, Genovese U:

Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente

Giuffré, 2009, p. 33-70

Cap. 2 :“ Contributo medico-legale alla quantificazione della sofferenza morale”

elaborazioni
personali
degli autori

TABELLA N. 3

0,5	contusione benigna, sospensione attività lavorativa e terapia antalgica di breve durata
1	ferita suturata in ambulatorio o ospedalizzazione di 1-2 giorni - lesioni dentarie
1,5	trauma cranico con p.d.c. che ha richiesto sorveglianza ospedaliera della durata di 48 ore, contusione cervicale o frattura di costa con necessità di breve ricovero, trattamento antalgico per 15 giorni - I.T. qualche settimana
2	distorsione cervicale con collare per qualche settimana, ospedalizzazione di qualche giorno, qualche seduta di riabilitazione, sospensione lavoro di un mese - frattura di polso trattata con gesso - frattura di un dito immobilizzata con stecca - necessità di rieducazione - ferita tendinea suturata, rieducazione e sospensione dell'attività lavorativa per un mese frattura di più coste o dello sterno senza complicanze
3	frattura di osso lungo con osteosintesi, ospedalizzazione di 1 settimana, immobilizzazione di 2 mesi, sospensione attività lavorativa di 2-3 mesi - frattura mandibolare con immobilizzazione di più settimane - frattura vertebrale trattata con osteosintesi o immobilizzazione prolungata - splenectomia per via laparotomica
4	frattura arto inferiore con plurimi interventi chirurgici, immobilizzazione prolungata, ospedalizzazione di 1 mese, rieducazione per più mesi - I.T. > di 6 mesi, trauma toracico grave con ricovero in rianimazione e ospedalizzazione di 1-2 mesi - trauma cranico grave con intervento o rianimazione di settimane e rieducazione di mesi
5	paraplegia con ospedalizzazione di 1-2 mesi e 3-6 in riabilitazione - grave trauma cranio-encefalico con degenza in rianimazione per più di 1 mese e rieducazione per 4 a 6 mesi - politrauma (lesioni di più segmenti artuali, lesioni vascolo-nervose) - pseudoartrosi o osteomielite
6	tetraplegia - trauma cranico gravissimo con ricovero in rianimazione per più di 1 mese e rieducazione per più di 6 mesi
7	sofferenza eccezionalmente prolungata ed intensa che supera le descrizioni precedenti

Ronchi E, Mastroroberto L, Genovese U:

Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente
Giuffré, 2009, p. 33-70
Cap. 2 :“ Contributo medico-legale alla quantificazione della sofferenza morale”

elaborazioni
personali
degli autori

TABELLA N. 4

Iter clinico	Terapia analgesica	Presidi vari	Intervento chirurgico	Rinunce quotidiane	score
Nessuno	Nessuna	Nessuno	Nessuno	Nessuna	0
Fino a 15 giorni	Analgesici minori per os al bisogno	Tutori cervicali (morbidi) o per piccole articolazioni (finger splint)	Medicazione e ferita cutanea	“Soggettive”	0,5
Da 16 a 30 giorni	Analgesici minori per os (es. FANS)	Tutori cervicali rigidi; morbidi o per piccole articolazioni (finger splint) rinnovati	Medicazione di più ferite cutanee o medicazioni ripetute di ferita complicata	Occasionali	1
Fino a 3 mesi	Analgesici minori per via iniettiva; infiltrazioni articolari; cure fisiche (es. ionoforesi, ultrasuonoterapia)	Tutore elastico (es. Desault) per grandi articolazioni e/o deambulazione in scarico monopodalico	Piccola chirurgia ambulatoriale (es. estrazione dentaria)	Minime	2
Fino a 6 mesi	Analgesici maggiori (es. Toradol)	Tutore semirigido (es. ginocchiera); gesso o apparecchio equivalente; scarico bipodalico	Chirurgia ospedaliera in anestesia loco-regionale	Modeste	3
Fino a 12 mesi	Analgesici stupefacenti	Fissatore esterno; stomie cutanee	Chirurgia ospedaliera in anestesia generale	Medio-alte	4
Oltre 12 mesi	Blocchi nervosi, infiltrazioni analgesici	Plurimi presidi tra loro combinati	Plurimi interventi chirurgici	Notevoli	5

Ronchi E, Mastroberto L, Genovese U:

Guida alla valutazione medico-legale dell'invalidità permanente

Giuffré, 2009, p. 33-70

Cap. 2 :“ Contributo medico-legale alla quantificazione della sofferenza morale”

elaborazioni personali degli autori

TABELLA N. 5

Supporto da parte di terzi nello svolgimento degli atti di vita quotidiana	Terapia analgesica e/o necessità di trattamenti sanitari e/o diagnostici	Necessità di presidi sanitari	Evidenza della menomazione	Patemi per le rinvii nella vita	Grado di invalidità	Scelta
Nessuno	Nessuna	Nessuno	Non percepita da terzi	Nessuna	0	
occasionale	Sporadica	Protesi interna con manifestazioni occasionali della sua presenza	Occasionalmente percepita da terzi	Occasionali	1	
periodico	Frequente	Protesi interna con manifestazioni frequenti della sua presenza	Percepita da terzi senza cadute rapporto interpersonale	Minimi	2	
frequente	Quotidiana	Necessità di un bastone d'appoggio per deambulare fuori casa	Percepita da terzi con cadute nel rapporto interpersonale	Modesti	3	
Costante con assistenza di terzi inferiore a 12 ore/die	Terapia infusione-dialitica o terapia del dolore esclusi analgesici stupefacenti	Protesi esterna/necessità di doppio appoggio per deambulare fuori casa	La percezione della menomazione nera evidente	Medio-alto	4	
Costante con assistenza di terzi superiore a 12 ore/die	Analgesici stupefacenti	Carrozzina	Ritiro sociale	Notevoli	5	

SECONDO

**L' ASSOCIAZIONE ITALIANA
DEI GIOVANI AVVOCATI (AIGA)**

E

**LA SOCIETA' MEDICOLEGALE
DEL TRIVENETO**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011


SOCIETÀ MEDICO LEGALE DEL TRIVENETO



aiga

Associazione Italiana Giovani Avvocati
COORDINAMENTO DEL TRIVENETO

QUAL È IL PREZZO DEL DOLORE E DEL DISVALORE
DEL DANNEGGIATO

ATTI DEL CONVEGNO MEDICO GIURIDICO

Treviso, 25 GIUGNO 2010

Comitato organizzatore: Dott. E. Pedoja, Avv. R. Toppan, Avv. A. Poli



AntiliaA

2010

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

SOCIETA' MEDICOLEGALE DEL TRIVENETO & AIGA

*PROPOSTA VALUTATIVA DEL DANNO ALLA PERSONA
DI NATURA NON PATRIMONIALE ALLA LUCE
DELLE NOTE SENTENZE DELLE S.S.U.U.*

**Le recenti sentenze delle S.S.U.U. hanno creato
delle notevoli innovazioni nell'ambito valutativo
focalizzandosi in particolare sulla necessità di
personalizzazione del danno alla persona non patrimoniale,
evitando nel contempo parcellizzazioni
e danni bagatellari**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

... In tale ottica appare imprescindibile personalizzazione che va raggiunta attraverso la quantificazione del danno biologico e delle conseguenze negative sui diritti costituzionalmente tutelati.

Prende forma con ciò una modalità operativa che prevede alla base la valutazione del danno biologico secondo i comuni criteri tabellari (previsti per legge o non), i quali devono essere adeguati al soggetto leso ed alle sue eventuali condizioni soggettive (comma 4 art. 5, ora 139 per le microinvalidità e 138 per le macroinvalidità).

La personalizzazione prevede poi la quantificazione della sofferenza fisica e psichica patita dal leso nella fase acuta di malattia e nella fase di stabilizzazione dei postumi.

... Ne deriva l'attuale necessità di fornire all'utente idonei criteri di adeguamento dei parametri di monetizzazione della componente "non patrimoniale" relativa all'apprezzamento delle conseguenze "soggettive" del danno alla persona ed alle sofferenze patite e patiendo

In tale ottica, tenuto conto delle esigenze valutative a seconda se i disturbi "soggettivi" incidano sul "fare" ovvero sul "sentire" del lesso,

ne deriva la necessità di una duplice criteriologia di stima medicolegale del danno "non patrimoniale" ...

Fabio Buzzzi Medicina Legale

Pavia - febbraio 2011

a – Valutazione medicolegale delle conseguenze della lesione e dei postumi sul “fare”: danno da “handicap”

... Tale primo aspetto riguarda la correlazione dell’evento sugli aspetti personali dinamico-relazionali dei postumi, allorché sussista uno stretto e compatibile rapporto tra lesione e/o menomazione e loro “interferenza negativa” su specifiche “attività” esercitate dal lesso (e quindi suscettibili di eventuale riscontro probatorio) non solo in ambito lavorativo ma anche in ambito relazionale, sociale e ludico-ricreativo (come ad es. già previsto in ambito di danno da RC auto agli art. 138 e 139 del DL 209/2005), suscettibili di modulazione maggiorativa dei parametri di monetizzazione del danno biologico nel contesto di un apprezzamento equitativo del Magistrato o nei limiti previsti per Legge.

Si tratta quindi esclusivamente di un parere medicolegale di “compatibilità” tra evento lesivo biologico ed interferenza dello stesso su aspetti “ individuali “ del lesso, tali da determinare un qualche handicap aggiuntivo del lesso rispetto al cosiddetto “uomo medio”, compromettendo in vario modo e misura una qualsiasi attività del soggetto lesso, in altri termini creando un “handicap” ...

b) Valutazione medicolegale delle conseguenze delle lesioni e dei postumi sul “ sentire”

- **LIVELLO DI SOFFERENZA INTRINSECA NELLA FASE DI MALATTIA E CONVALESCENZA** La sofferenza nel periodo di malattia è qualcosa che attiene all'intimo percepire della persona. Si tratta del transiente perturbamento psicologico del soggetto offeso nella sofferenza derivata alla gioia del vivere, nei patimenti che il soggetto subisce a causa della lesione, nei trattamenti necessari per lenire se non risolvere le conseguenze delle stesse, nella sofferenza fisica sopportata. O ancora nel dolore fisico, nella sofferenza e nel turbamento psicologico provocati da un evento lesivo.

Essendo quindi l'intimo sentire negativo della persona, cosa sia sofferenza dev'essere dedotto non solo per concetto medico, ma riferendosi a quella che può essere la percezione della sofferenza dell'essere umano, che potrebbe lamentarsi della più o meno protratta durata del periodo di malattia, quando, a causa della lesione è stato rinchiuso in un ospedale, o comunque allontanato dai propri affetti e dalle proprie abituali attività del lieto vivere quotidiano.

Potrebbe così ipotizzarsi una scala che tenga conto di questi tre parametri, costituiti da

- 1) dolore fisico intrinseco alla lesione
- 2) importanza e durata dell'aggressione terapeutica
- 3) periodo di allontanamento dai piaceri della vita

Estratto qualitativamente dal comune sentire, il “cosa fa soffrire” può essere medicalizzato dal punto di vista quantitativo, interpretando cioè sulla base di dati tecnici l'entità di queste sofferenze, non potendosi evidentemente basare la valutazione peritale sulle semplici lamentazioni del lesi, che vanno necessariamente considerate sempre criticamente nella loro attendibilità, o meno.

- 1) DOLORE FISICO INTRINSECO ALLA LESIONE

a) Lieve: assimilabile ad un'esperienza dolorosa di comune esperienza nella vita, a seguito di traumatismo banale non preoccupante. Ad es: una contusione, una lieve distorsione, una ferita superficiale. Terapia analgesica pressoché assente.

b) Medio: una lesione che comporta una sintomatologia dolorosa abbastanza rilevante, tale da focalizzare l'attenzione nel periodo di malattia, ma che può essere non infrequente per l'uomo medio. Ad es: una frattura composta, una distorsione, con ematoma documentato, fratture costali non scomposte. Terapia analgesica minore per qualche giorno.

c) Alto: si tratta di un'esperienza dolorosa che normalmente non si realizza nell'esistenza delle persone. Ad es: fratture scomposte/esposte degli arti, ustioni interessanti un singolo arto, o una limitata zona toracica o del volto, fratture costali plurime scomposte con complicanza pleuro-polmonica. Terapia analgesica necessaria, praticata non solo per via orale ma anche per via iniettiva con analgesici maggiori a dosaggio pieno.

d) Elevatissimo: rappresenta il livello di sofferenza che comporta una lesione di gravità estrema, tale da potersi considerare la situazione più dolorosa che il leso potesse immaginarsi. Ad es: plurime fratture o estese ustioni, con necessità di terapia rianimatoria e sedazione, o lesioni degli organi interni, con insufficienza respiratoria, peritonite. **Terapia analgesica ai massimi livelli terapeutici.**

- 2) IMPORTANZA E DURATA DELL'AGGRESSIONE TERAPEUTICA

- a) Lieve: trattamento ambulatoriale con medicazioni o presidi immobilizzanti non particolarmente voluminosi, blocco di piccole articolazioni. Ad es: sutura di piccola ferita, medicazione di escoriazione, bendaggio di ginocchio per pochi giorni, stecca per frattura di dito.
- b) Medio: immobilizzazione gessata di arto per un periodo inferiore ai 40 gg, breve e non particolarmente doloroso trattamento riabilitativo, piccolo intervento chirurgico in anestesia locale.
- c) Alto: uno o più interventi chirurgici richiedenti anestesia locoregionale o generale, protratto uso di apparecchi di contenimento o di fissazione Esterna, allettamento obbligato per più di 3 mesi, trattamento riabilitativo protratto per più di 3 mesi.
- d) Elevatissimo: plurimi interventi chirurgici in anestesia generale, protratto trattamento rianimatorio, con intubazione o ventilazione forzata, trattamento farmacologico impegnativo delle condizioni generali, protratta alimentazione parenterale, riabilitazione superiore ai 6 mesi.

3) ALLONTANAMENTO DAI PIACERI DELLA VITA

- a) Lieve : necessità di astensione da non tutte le attività della vita quotidiana, senza ospedalizzazione.
- b) Medio: ospedalizzazione dai 3 ai 10 gg o necessità di degenza presso il proprio domicilio da 10 a 30 gg.
- c) Alto: necessità di ospedalizzazione dai 10 ai 30 gg o necessità di degenza domiciliare obbligata dai 30 ai 90 gg.
- d) Elevatissimo: necessità di degenza ospedaliera superiore ai 30 gg, necessità di degenza domiciliare superiore ai 90 gg.

... La
sofferenza soggettiva
nel periodo di stabilizzazione dei postumi
viene sostanzialmente riferita sia alla
intrinseca percezione del dolore in fase di cronicizzazione,
sia all'apprezzamento soggettivo del lesa delle modifiche permanenti
(o anche ricorrenti) della sua qualità di vita,
sia alle eventuali alterazioni permanenti della sua integrità "somatica".

In linea di massima, secondo la comune esperienza valutativa
medicolegale, esistono quindi sostanzialmente
tre aspetti della sofferenza intrinseca del lesa,
che possono rappresentarsi nelle seguenti categorie,
alle quali si è tentato di dare un riferimento percentualistico,
ponderato e proporzionale all'entità del "disturbo psicologico"
residuale, sul quale basare – anche con criteri di equivalenza –
i parametri di maggiorazione del valore monetario
del danno biologico "tabellato" per ogni singolo caso ...

1) ESITI CHE CONDIZIONANO STATI DI DOLORE FISICO CRONICO

a) Assente

b) Lieve: cervicoalgia, lombalgia, ecc. ricorrenti nel tempo a seguito di evento traumatico distorsivo significativo, allo osseo doloroso, parestesie e condizioni analoghe.

c) Medio: condropatia rilevante, algodistrofia significativa, instabilità articolare, ecc.

d) Grave: condizioni di dolore che necessitino di trattamento farmacologico e/o riabilitativo periodico, in contesto di menomazione grave.

e) Gravissima: condizioni di dolore costante tale da richiedere trattamento farmacologico continuativo e/o altri presidi, in contesto di condizioni menomative annesse a sovvertimento della preesistente validità funzionale lesa.

2) ESITI CHE INTERFERISCONO PSICOLOGICAMENTE SULLE CONDIZIONI ESISTENZIALI DEL LESO

a) Assente

b) Lieve: determinano disagio psicologico lieve nella quotidianità.

c) Medio: comportano disagio psicologico significativo nella quotidianità

d) Grave: comportano disagio psicologico grave tale da modificare le preesistenti abitudini di vita e da interferire significativamente nella vita di relazione. Modificazione delle aspettative di vita.

e) Gravissimo: comportano disagio tale da sovvertire le preesistenti abitudini ed aspettative di vita

3) ESITI CHE MODIFICANO L'ESTERIORITÀ DEL LESO

a) Assente

b) Lieve: piccole amputazioni e/o cicatrici di modesta entità, comunque tali da determinare disagio psicologico lieve nella quotidianità: vedi precedente punto “b”.

c) Medio: cicatrici, deformità o amputazioni immediatamente apprezzabili ictu oculi, o comunque tali da determinare disagio psicologico significativo nella quotidianità: vedi precedente punto “c”.

d) Grave: mutilazione e/o deformità grave, o comunque comportante disagio psicologico modificativo delle preesistenti abitudini di vita e/o da interferire significativamente nella vita di relazione: vedi precedente punto “d”.

e) Gravissimo: modificazioni dell'esteriorità del leso tali da determinare sovvertimento della preesistente validità anatomico-funzionale, o comunque da sovvertire le preesistenti abitudini di vita: vedi precedente punto “e”.

CONCLUSIONI

Dopo approfondita discussione tecnica e giuridica si è ritenuto di individuare i seguenti *range* di “incremento” dei parametri di monetizzazione del danno per inabilità temporanea biologica e per invalidità permanente biologica, essendo stata giustamente considerata l’ipotesi di differenti entità di “sofferenza soggettiva” nella fase di malattia e convalescenza (inabilità biologica temporanea) rispetto alla fase di menomazione (danno biologico permanente).

1. Per condizioni di sofferenza soggettiva intrinseca di livello “lieve”:
incremento oscillante tra il 15% ed il 25% dei parametri di base.
2. Per condizioni di sofferenza soggettiva intrinseca di livello “medio”:
incremento oscillante tra il 25% ed il 40% dei parametri di base.
3. Per condizioni di sofferenza soggettiva intrinseca di livello “alto o grave”:
incremento oscillante tra il 40% ed il 55% dei parametri di base.
4. Per condizioni di sofferenza soggettiva intrinseca di livello “elevatissimo o gravissimo”:
incremento oscillante tra il 55% ed il 70% dei parametri di base.

**LE CONSEGUENZE PRATICHE
DELLE DESCRITTE
DIFFORMITA' INTERPRETATIVE**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

RELAZIONE MEDICOLEGALE IN MATERIA DI RP OSTETRICA:

PARALISI DELLE DUE RADICI INFERIORI DEL PLESSO BRACHIALE DESTRO, SUSSEGUENTE A PARTO OPERATIVO CON VENTOSA

1) DANNO BIOLOGICO PERMANENTE PER PARALISI DEL PLESSO BRACHIALE, CON BUON RECUPERO FUNZIONALE = 30%

2) DANNO PSICOLOGICO PER LIMITAZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE E PER COMPROMISSIONE DELL'AUTOSTIMA = 10%

3) DANNO DA SOFFERENZA MORALE ED ESISTENZIALE = 11%

CALCOLATO CON IL SEGUENTE "CRITERIO" (Guida Ronchi et al.):

A) FREQUENTE SUPPORTO DI TERZI PER LO SVOLGIMENTO DEGLI ATTI DELLA VITA QUOTIDIANA = 3

B) SPORADICA NECESSITA' DI TRATTAMENTI SANITARI = 1

C) PERCEZIONE DELLA MENOMAZIONE DA PARTE DI TERZI = 3

D) NOTEVOLI PATEMI PER LE RINUNCE DELLA VITA = 5

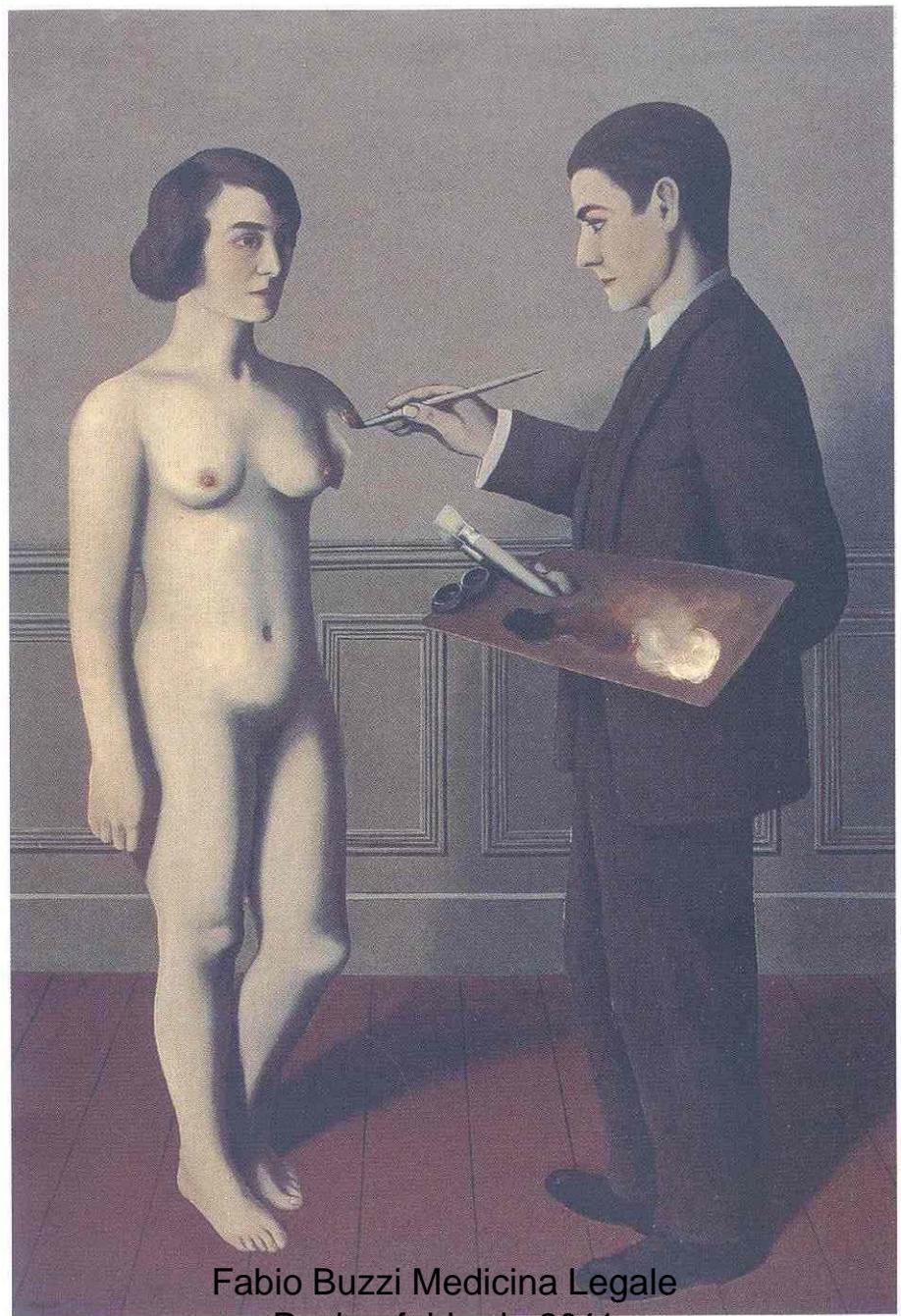
4) DANNO BIOLOGICO PERMANENTE COMPLESSIVO = 50%

INSOMMA

OGNUNO DIPINGE

LA SOFFERENZA

COME MEGLIO GLI AGGRADA !



Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

MA
" COS' E' "
IN PRATICA
IL DANNO BIOLOGICO
DI NATURA PSICHICA ?

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

**INNANZITUTTO
UN CORRETTO
INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO**

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

DSM-IV-TR

Manuale
diagnostico
e statistico
dei disturbi
mentali

TEXT REVISION

MASSON

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

ICD-10/ICD-9-CM
classificazione parallela

DSM IV

RACCOMANDAZIONE CAUTELATIVA

**I concetti clinici e scientifici implicati
nella categorizzazione come disturbi mentali
possono essere del tutto irrilevanti in sede giuridica
ove, ad esempio, si debba tenere conto di aspetti
quali la responsabilità individuale,
la valutazione della disabilità
e l'imputabilità.**

**LA CLASSIFICAZIONE MULTIASSIALE
DEL DSM IV
PREVEDE CINQUE ASSI:**

- **Asse I – Disturbi che possono essere oggetto di attenzione clinica**
- **Asse II – Disturbi di personalità e ritardo mentale**
- **Asse III – Condizioni mediche generali**
- **Asse IV – Problemi psico-sociali e ambientali**
- **Asse V – Valutazione globale del funzionamento**

**POI UN SISTEMA CHE RICOMPRENDA
TUTTA LA GAMMA
DEI DISTURBI PSICOPATOLOGICI
PARAMETRATI SECONDO
UNA RAZIONALE PROPORZIONALITA'
DEGLI EFFETTI DISFUNZIONALI**

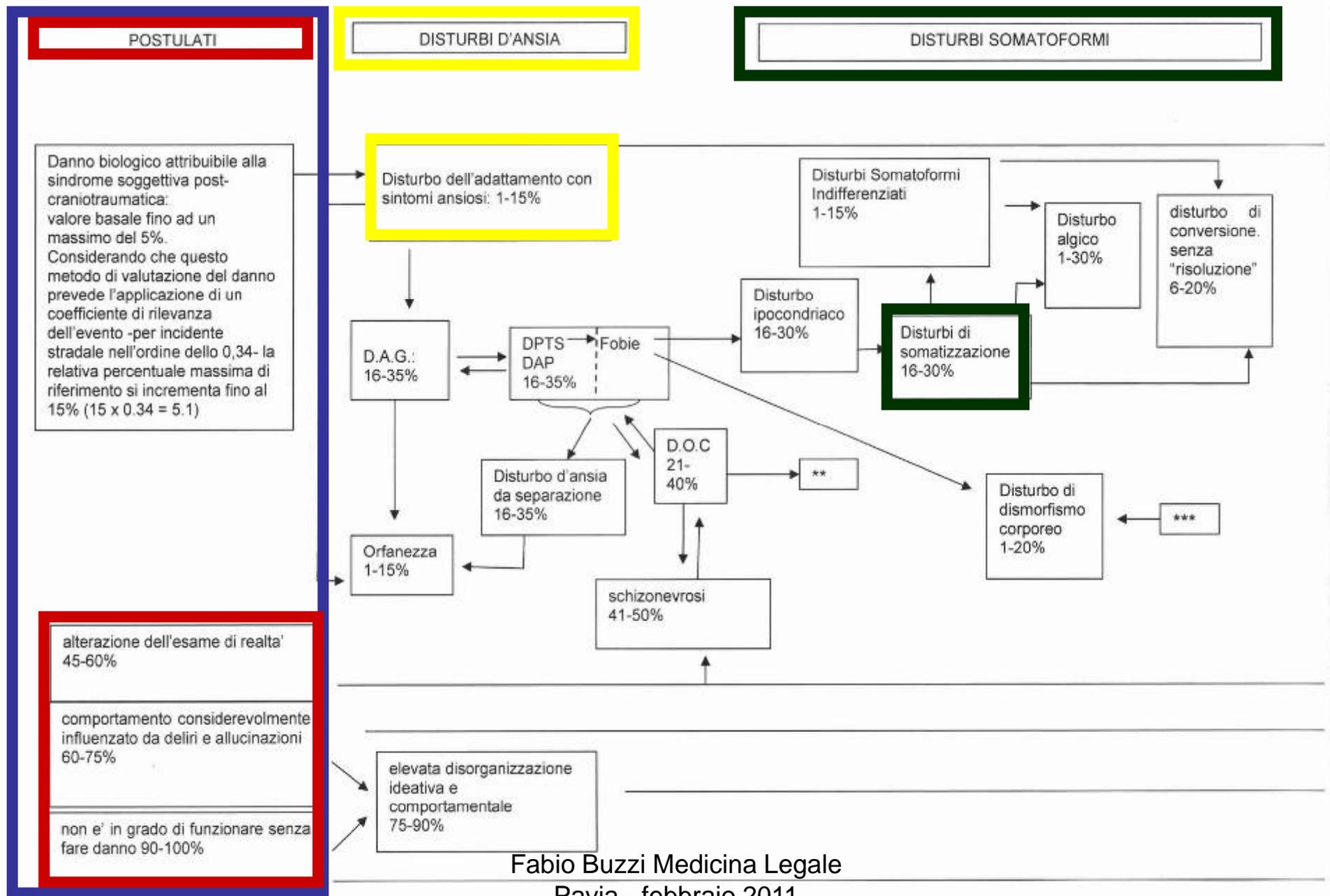


TABELLA SINTETICAMENTE RIASSUNTIVA DELLE SCALE DI VALUTAZIONE GLOBALE DEL FUNZIONAMENTO (VGF) E DI VALUTAZIONE DEL FUNZIONAMENTO SOCIALE E LAORATIVO (VSFL), TRATTE DAL DSM.

I)	100-91	Funzionamento socio-lavorativo superiore alla norma.
II)	90-81	Sintomi assenti. Funzionamento socio-lavorativo buono.
III)	80-71	Se sono presenti sintomi, essi rappresentano una reazione transitoria. Lievissima alterazione del funzionamento socio-lavorativo.
IV)	70-61	Alcuni sintomi lievi. Qualche difficoltà del funzionamento socio-lavorativo che, in generale, funziona bene.
V)	60-51	Sintomi moderati oppure moderate difficoltà del funzionamento socio-lavorativo.
VI)	50-41	Sintomi gravi oppure rilevante compromissione del funzionamento socio-lavorativo.
VII)	40-31	Alterazione dell'esame di realtà o nella comunicazione oppure grave menomazione in alcune aree del funzionaento socio-lavorativo.
VIII)	30-21	Il comportamento è considerevolmente influenzato da deliri e allucinazioni oppure grave alterazione della comunicazione o della capacità di giudizio oppure incapacità di funzionare in quasi tutte le aree.
IX)	20-11	Qualche pericolo di far del male a sé o agli altri oppure occasionalmente non riesce a mantenere l'igiene personale minima oppure grossolane alterazioni della comunicazione.
X)	10-1	Non è in grado di funzionare senza far danno a sé o agli altri.

*Classi tratte dalle scale
VGF e SVFSL*

Fasce di danno biologico

IV	1-15%
V	16-30%
VI	31-45%
VII	46-60%
VIII	61-75%
IX	76-90%
X	91-100%

SCALA DELLA RILEVANZA DEGLI EVENTI PSICO-TRAUMATIZZANTI (da Rahe e Holmes, modificata)

	A	B	C	D	E
VIII	120	Eventi psico-traumatizzanti estremi ed eccezionali	100	1	1- 0,40
VII	100	Morte di un familiare stretto (coniuge/figlio)	83	0,83	0,83-0,62
VI	63	Carcerazione o arresto Divorzio o perdita di una persona cara	52	0,52	0,52 – 0,39
V	53	Incidente o malattia con gravi conseguenze	44	0,44	0,44 – 0,34
IV	45	Espulsione dall'attività lavorativa Serio deterioramento della salute di un familiare	37	0,37	0,37 – 0,28
III	33	Cambiamento imposto di ambiente lavorativo, mansioni, responsabilità	27	0,27	0,27 – 0,21
II	24	Conflitti con i superiori, o con i colleghi di lavoro Cambiamento delle condizioni di vita, o mutamento delle abitudini personali	20	0,20	0,25-0,15
I	18	Cambiamento di orari, di condizioni lavorative, di residenza, di scuola, delle abitudini del sonno	15	0,15	0,20-0,10

Fabio Buzzi Medicina Legale

Pavia - febbraio 2011

disturbi somatoformi											
	≤ 5%	6-10%	11-15%	16-20%	21-25%	26-30%	31-35 %	36 -40%	41-45%	46-50%	
disturbo somatoforme indifferenziato	<i>lieve</i>	<i>moderato</i>	<i>grave</i>								
disturbo di dismorfismo corporeo	<i>lieve</i>	<i>moderato, o lieve complicato</i>	<i>grave, o moderato complicato</i>	<i>grave e complicato</i>							
disturbo di conversione senza risoluzione			<i>lieve</i>	<i>moderato</i>	<i>grave</i>						
disturbo algico	<i>lieve</i>		<i>moderato</i>		<i>grave</i>						
disturbo di somatizzazione				<i>lieve</i>	<i>moderato</i>	<i>grave</i>					
disturbo ipocondriaco				<i>lieve</i>	<i>moderato</i>	<i>grave</i>					
	≤ 5%	6-10%	11-15%	16-20%	21-25%	26-30%	31-35 %	36 -40%	41-45%	46-50%	
disturbi d'ansia											
disturbo dell'adattamento con sintomi ansiosi											
disturbo d'ansia generalizzata, disturbo post-traumatico da stress, disturbo da attacchi di panico, fobie				<i>lieve</i>	<i>moderato, lieve - complicato</i>	<i>grave, moderato - complicato</i>	<i>grave-complicato</i>				
				<i>disturbo d'ansia da separazione</i>							
disturbo ossessivo - compulsivo					<i>lieve</i>	<i>moderato, lieve - complicato</i>	<i>grave, moderato - complicato</i>	<i>grave - complicato</i>	<i>sindromi schizo-nevrotiche</i>		
	≤ 5%	6-10%	11-15%	16-20%	21-25%	26-30%	31-35 %	34 -40%	41-45%	46-50%	

DISTURBI DELL'UMORE

%	≤ 5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-75	76-90	91-100
episodi con risoluzione	un episodio di depr. magg.	due episodi di depr. magg.	un episodio maniacale													
disturbo dell'adattamento con sintomi depressivi																
disturbo distimico				lieve	moderato, o lieve e complicato	grave, o moderato e complicato	grave e complicato									
disturbo depressivo maggiore cronico					lieve	moderato, o lieve e complicato	grave senza melanconia, o moderato e complicato	grave con melanconia, o grave senza melanconia e complicato	grave con melanconia e complicato	grave con melanconia e con sintomi psicotici			grave con melanconia, sintomi psicotici e agiti suicidari			
%	≤ 5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-75	76-90	91-100

DISTURBI PSICOTICI

%	≤ 5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36 -40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-75	76-90	91-100
episodi con "risoluzione"		disturbo psicotico breve	disturbo schizofreniforme		psicosi schizofrenica con "risoluzione"											
schizofrenia latente/ semplice					lieve		moderata		grave							
disturbo delirante					lieve			moderata			grave					
schizofrenia residuale								lieve		moderata	grave					
disturbo schizo-affettivo										lieve	moderato		grave			
schizofrenia a decorso continuativo										alterazione dell'esame di realtà		comportamento notevolmente influenzato da deliri e allucinazioni		drastico scompenso dell'ideazione e del comportamento		incapacità' di gestirsi e agiti dannosi per sé e altri
%	≤ 5	6-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36 -40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-75	76-90	91-100

Fabio Buzzi

Mario Vanini

Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica

Con trattazione monotematica di:

Reazioni psico-patologiche a menomazioni somatiche
e c.d. "suicidio post-traumatico"

Reazioni psico-patologiche a lutto e orfanezza

Reazioni psico-patologiche a mobbing e a burn-out



Giuffrè Editore - 2006

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

Tabella delle menomazioni
di cui dall'art. 138
del TU delle Assicurazioni Private
DLgs. n. 209 del 7.9.2005
(c.d. tabella 10-100% della R.C.A.)

Disturbo somatoforme indifferenziato lieve, o disturbo dell'adattamento cronico lieve	≤ 5
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbo da attacchi di panico; fobie - forme lievi	10-15
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbo da attacchi di panico; fobie - forme da lieve a moderata, o lieve complicata	16- 20
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbi da attacchi di panico; fobie - forme da moderata, o lieve complicata, a grave o moderata complicata	21- 25
Disturbo d'ansia generalizzato; disturbo da attacchi di panico; fobie - forme da grave, o moderata complicata, a grave complicata	26-30
Disturbo post-traumatico da stress cronico - forme lievi	10- 20
Disturbo post-traumatico da stress cronico - forme da lieve a moderata, o lieve complicata	21-25
Disturbo post-traumatico da stress cronico - forme da moderata, o lieve complicata, a grave, o moderata complicata	26-30
Disturbo post-traumatico da stress cronico - forme da grave, o moderata complicata, a grave complicata	31-35
Disturbo depressivo maggiore cronico - forme da lieve a moderata, o lieve complicata	10-30
Disturbo depressivo maggiore cronico - forme da moderata ,o lieve complicata, a grave con melanconia, fino alla presenza di sintomi psicotici e agiti suicidari	31-75

TABELLA INAIL

(DM 12 luglio 2000 – D.Lgs. n. 38/2000)

Menomazioni del sistema nervoso e psichico

- 180 - Disturbo post-traumatico da stress moderato, a seconda dell'efficacia della psicoterapiafino al 6 %**
- 181 - Disturbo post-traumatico da stress cronico severo, a seconda dell'efficacia della psicoterapiafino al 15 %**
- 183 - Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di lieve entità.....10-20 %**
- 184 - Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di media entità..... 21-50 %**
- 185 - Disturbo psicotico – sindrome dissociativa di grave entità> 50 %**

DECRETO MINISTERIALE 5 FEBBRAIO 1992
(G.U. n. 47 del 26 febbraio 1992, Suppl. Ord.)

**Nuova tabella indicativa
delle percentuali d'invalidità
per le minorazioni e le malattie invalidanti
sulla base della classificazione internazionale dell'OMS
(INVALIDITA' CIVILE)**

cod.	APPARATO PSICHICO	min.	max.	fisso
1002	DEMENZA INIZIALE	61	70	0
1003	DEMENZA GRAVE	0	0	100
1005	INSUFFICIENZA MENTALE LIEVE	41	50	0
1006	INSUFFICIENZA MENTALE MEDIA	61	70	0
1007	INSUFFICIENZA MENTALE GRAVE	91	100	0
1101	ESITI DI SOFFERENZA ORGANICA ACCERTATA STRUMENTALMENTE CHE COMPORTI ISOLATI E LIEVI DISTURBI DELLA MEMORIA	11	20	0
1102	ESITI DI SOFFERENZA ORGANICA ACCERTATA STRUMENTALMENTE CHE COMPORTI DISTURBI DI MEMORIA DI MEDIA ENTITA'	21	30	0
1103	ESITI DI SOFFERENZA ORGANICA ACCERTATA STRUMENTALMENTE CHE COMPORTI GRAVI DISTURBI DELLA MEMORIA	41	50	0
1201	NEVROSI FOBICA OSSESSIVA E/O IPOCON- DRIACA DI MEDIA ENTITA'	21	30	0
1202	NEVROSI FOBICA OSSESSIVA LIEVE	0	0	15
1203	NEVROSI FOBICA OSSESSIVA GRAVE	41	50	0
1204	PSICOSI OSSESSIVA	71	80	0
1205	NEVROSI ISTERICHE LIEVI	0	0	15

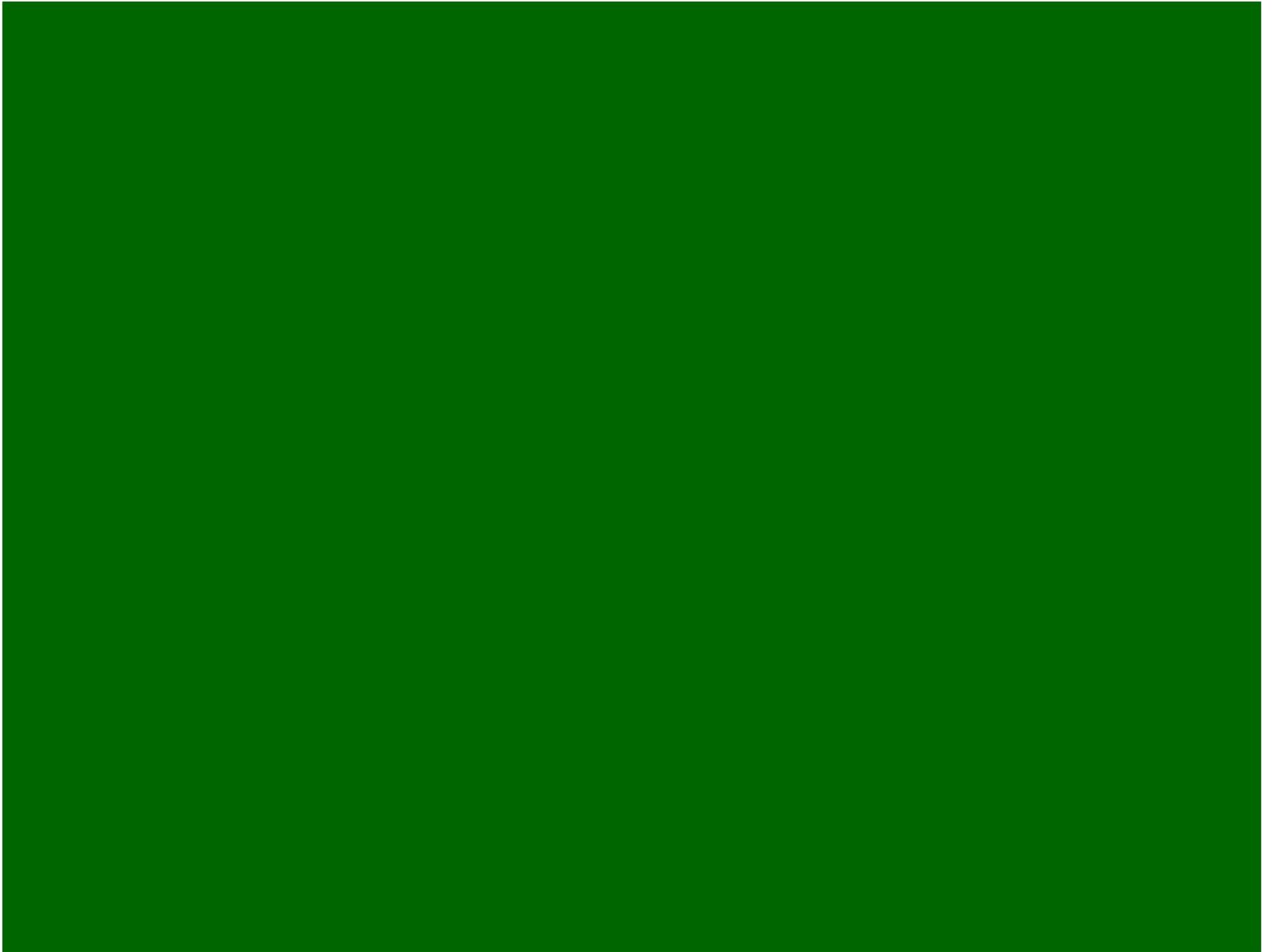
cod.		min.	max.	fisso
1206	NEVROSI ISTERICA GRAVE	41	50	0
1207	SINDROME DELIRANTE CRONICA GRAVE CON NECESSITA' TERAPIA CONTINUA	0	0	100
1208	SINDROME SCHIZOFRENICA CRONICA CON RI- DUZIONE DELLA SFERA ISTINTIVO-AFFETTI- VA E DIMINUZIONE DELLA ATTIVITA' PRAGMATICA	31	40	0
1209	SINDROME SCHIZOFRENICA CRONICA GRAVE CON AUTISMO DELIRIO O PROFONDA DISOR- GANIZZAZIONE DELLA VITA-SOCIALE	0	0	100
1210	SINDROME SCHIZOFRENICA CR. CON DISTUR- BI DEL COMPORTAMENTO E DELLE RELAZIONI SOCIALI E LIMITATA CONSERVAZIONE DELLE CAPACITA' INTELLETTUALI	71	80	0
1211	SINDROME DELIRANTE CRONICA	71	80	0
2201	DISTURBI CICLOTIMICI CON CRISI SUBEN- TRANTI O FORME CRONICHE GRAVI CON NE- CESSITA' DI TERAPIA CONTINUA	0	0	100
2202	DISTURBI CICLOTIMICI CHE CONSENTONO UNA LIMITATA ATTIVITA' PROFESSIONALE E SOCIALE	0	0	36
2203	DISTURBI CICLOTIMICI CON RIPERCUSSIONI SULLA VITA SOCIALE	51	60	0
2204	SINDROME DEPRESSIVA ENDOREATTIVA LIEVE	0	0	10

Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011

cod.		min.	max.	fisso
2205	SINDROME DEPRESSIVA ENDOREATTIVA MEDIA	0	0	25
2206	SINDROME DEPRESSIVA ENDOREATTIVA GRAVE	31	40	0
2207	NEVROSI ANSIOSA	0	0	15
2208	SINDROME DEPRESSIVA ENDOGENA LIEVE	0	0	30
2209	SINDROME DEPRESSIVA ENDOGENA MEDIA	41	50	0
2210	SINDROME DEPRESSIVA ENDOGENA GRAVE	71	80	0
2301	ESITI DI SOFFERENZA ORGANICA ACCERTATA STRUMENTALMENTE CHE COMPORTE DISTURBI DEL COMPORTEAMENTO DI MEDIA ENTITA'	21	30	0
2302	ESITI DI SOFFERENZA ORGANICA ACCERTATA STRUMENTALMENTE CHE COMPORTE GRAVI DI- STURBI DEL COMPORTEAMENTO	41	50	0
2303	ESITI DI SOFFERENZA ORGANICA ACCERTATA STRUMENTALMENTE CHE COMPORTE ISOLATI E LIEVI DISTURBI DEL COMPORTEAMENTO	11	20	0



Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011



Fabio Buzzi Medicina Legale
Pavia - febbraio 2011