

RESPONSABILITÀ CIVILE E PREVIDENZA

rivista mensile di dottrina,
giurisprudenza e legislazione

diretta da
Giovanni Iudica - Ugo Carnevali

| estratto

Sulla materia del danno psichico

*di Bruno Magliona, Angelo Bianchi e
Vittorio Volterra*



GIUFFRÈ EDITORE

| 228 SULLA MATERIA DEL DANNO PSICHICO

di **Bruno Magliona** – Dipartimento di Anatomia Umana, Farmacologia e Scienze Medico Forensi - Sezione di Medicina Legale nell'Università di Parma

di **Angelo Bianchi** – Dipartimento Salute Mentale, U.O. Psicologia - Azienda USL 8 Arezzo
e di **Vittorio Volterra** – già Ordinario di Psichiatria nell'Università di Bologna

Il danno biologico di natura psichica è uno dei profili di pregiudizio non patrimoniale più complessi e delicati, dal momento che costringe gli esperti ad interrogarsi circa le modalità con cui gli esseri umani rispondono ad una grande varietà di situazioni minacciose per l'integrità ed il benessere personale. Gli Autori di questo saggio sostengono che il danno psichico debba essere mantenuto entro confini concettuali e metodologici ben definiti, resistendo alla tentazione di un'indiscriminata dilatazione. Altri profili di danno, diversi dal danno psichico, dovranno essere opportunamente azionati qualora derivanti dalla ingiusta lesione di diritti fondamentali che — per quanto capaci di incidere in profondità sulla qualità della vita delle persone — nulla hanno a che fare con l'integrità biologica.

Sommario 1. Cenni introduttivi. — 2. Comprendere il danno psichico. — 3. Accertare il danno psichico. — 3.1. Scienza e diritto. — 3.2. Le evidenze comportamentali. — 3.3. Il problema della simulazione. — 4. Un approccio prudente all'accertamento del danno psichico. — 5. Conclusioni.

1. CENNI INTRODUTTIVI

Di pari passo con l'accresciuto interesse per la componente psichica del danno biologico, si registra, nella pratica forense, la tendenza a portare all'attenzione dei competenti tribunali una quantità crescente di situazioni dove la lesione dell'integrità psichica costituisce l'oggetto principale, ed a volte esclusivo, dell'allegazione. Si tratta di situazioni che coprono una gamma davvero molto vasta di fattispecie, che finiscono per abbracciare — con gradi diversi di intensità e di durata — tutti i settori della responsabilità civile, sia quelli tradizionali che quelli emergenti⁽¹⁾. Trattandosi di situazioni che nella maggior parte dei casi rappresentano oggetto di valutazione peritale, si impone una preliminare distinzione concettuale tra ciò che propriamente costituisce un disturbo mentale (ed è quindi, eventualmente, inquadrabile come danno psichico) e ciò che eventualmente turba e sconvolge la vita delle persone coinvolte, senza tuttavia assumere rilievo in termini di nosografia psichiatrica.

Da questa distinzione preliminare, assolutamente fondamentale sia per la scienza che per il diritto, derivano altre ed importanti questioni: la natura delle evidenze da porre a sostegno dell'accertamento del danno psichico, il confine concettuale tra danno psichico ed altri danni non patrimoniali, l'eventuale utilità del ricorso a catego-

⁽¹⁾ F. BILOTTA, *Il danno psichico all'interno del nuovo danno non patrimoniale*, in questa Rivista, 2009, 892.

rie specifiche di danno psichico permanente, l'opportunità di ricorrere ad una quantificazione tabellare simile a quella in uso per il danno di natura somatica, ed altre questioni minori.

È in particolare a questi argomenti, di natura essenzialmente tecnica, che questo contributo intende rivolgersi.

Non è tuttavia possibile affrontare adeguatamente gli aspetti tecnici menzionati senza abbozzare una riflessione di natura epistemologica, o di teoria della tecnica.

2. COMPRENDERE IL DANNO PSICHICO

Il danno psichico è, nella sua essenza, un *danno emozionale* ⁽²⁾.

Il danno *somatico* — il cui prototipo è l'amputazione traumatica di un segmento corporeo — è il risultato di una lesione che colpisce direttamente il corpo, compreso l'encefalo, in uno qualsiasi dei suoi livelli di organizzazione strutturale, dal livello molecolare a quello macroscopico: lesione di natura meccanica nella maggioranza dei casi, ma anche di natura tossica, termica, elettrica, elettromagnetica, nucleare, ecc., a volte in combinazione tra loro. Qualunque sia la natura dell'evento responsabile, la lesione somatica è direttamente riconducibile all'evento causale, *esterno* alla vittima.

A differenza di quanto vale per il danno somatico, l'evento all'origine del danno *psichico* esplica la sua azione lesiva nei confronti dell'organismo in modo indiretto, tramite il *sistema emozionale* di colui che subisce l'evento. A differenza del danno somatico, il danno psichico è dunque un danno che la vittima non solo *subisce*, ma a cui attivamente *contribuisce*. Non viene solo « da fuori », ma « da fuori » e « da dentro ».

Ai fini della produzione del danno psichico non rileva tanto la natura dell'evento, quanto la sua capacità di alterare — temporaneamente o permanentemente — il funzionamento dei dispositivi neurali deputati alla rilevazione di specifiche classi di eventi, detti stressanti o traumatici: eventi di separazione o perdita, eventi minacciosi per l'integrità personale, turbamenti del benessere o alterazioni dell'omeostasi. La funzione biologica fondamentale del sistema emozionale è quella di riconoscere, conservare una traccia e rispondere in modo selettivo agli eventi maggiormente significativi (sia in termini di utilità che di danno) per l'integrità e la stessa sopravvivenza dell'individuo o della specie: nonostante l'apparente eterogeneità, il sistema emozionale condivide infatti molte proprietà biologiche con il sistema immunitario ⁽³⁾.

Il sistema emozionale umano è un sistema complesso, filogeneticamente molto antico ma largamente rimodellato nel corso della storia evolutiva della specie, così da risultare almeno parzialmente accessibile all'introspezione cosciente. Esso presiede alla formazione di rappresentazioni ed equivalenti simbolici di vario tipo (ricordi, immagini, pensieri, resoconti verbali, ecc.), che nel loro complesso costituiscono il correlato *mentale* degli eventi emozionalmente rilevanti.

Il substrato neurale del sistema emozionale è del tutto specifico ed in gran parte noto. Le strutture cerebrali cruciali sono l'ippocampo, l'amigdala, l'asse ipotalamo-

⁽²⁾ P. D'AMICO, *Il danno da emozioni*, Milano, 1992. Si tratta, a nostra conoscenza, del più completo ed accurato studio italiano sulle caratteristiche scientifiche e giuridiche del danno psichico e del danno morale.

⁽³⁾ L'analoga tra risposte emozionali ed immuni-

tarie è stata, negli ultimi anni, chiarita con successo dalle discipline di base, in particolare dalla fisiologia comparata. Per una rassegna recente, cfr. B.S. McEWEN, *Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain*, in *Physiol. Rev.*, 2007, 87:873-904.

ipofisi-surrene, la corteccia prefrontale (in particolare il cingolo anteriore e la regione ventromediale). In risposta — ma anche in preparazione — ad un evento emozionalmente significativo, il sistema regola la liberazione (sia centrale che periferica) dei principali mediatori chimici dello *stress*, catecolamine e corticosteroidi, entrambi secreti dalle ghiandole surrenali. In generale, quanto più la risposta allo *stress* è intensa e/o prolungata nel tempo, tanto più compaiono effetti dannosi per l'organismo, sia sui singoli organi che sul sistema emozionale stesso.

La risposta dell'organismo tende ad essere uguale per tutti, immediatamente dopo l'esposizione agli eventi dotati di maggiore impatto traumatico, ed è nella grande maggioranza dei casi del tutto reversibile. La variabilità interindividuale aumenta al diminuire dell'intensità e/o al protrarsi nel tempo dell'esposizione — reale o percepita — all'evento traumatico. In tutti questi casi, il contributo dei fenomeni propriamente biologici tende a scemare, a favore di componenti più squisitamente *sogettive*, di natura psicologica e sociale, compresi i meccanismi di ricompensa eventualmente associati al protrarsi della condizione di disagio.

È evidente che, fra le possibili sorgenti di contaminazione soggettiva, gli scopi e gli interessi dell'esaminato rivestono, in ambito giudiziario, un ruolo assolutamente preponderante. La possibilità di controllare il proprio comportamento, in modo da renderlo funzionale al conseguimento dei propri scopi, è una delle caratteristiche più elementari delle specie viventi. Già negli insetti, com'è noto, sono riconoscibili forme raffinate di simulazione e di *inganno* (per esempio fingersi privi di vita, oppure mimetizzarsi di fronte al predatore, o alla preda) dotate di elevato valore adattativo, cioè — in buona sostanza — *vantaggiose*.

Ma ancor più complessa e ramificata è l'economia dei vantaggi di ordine simbolico, propri della specie umana (ricevere attenzione, conquistare la gloria del martirio, allontanare il biasimo, punire il colpevole, compiacere, spiare la colpa, evitare doveri e responsabilità, ecc.): anche questi possibili scopi, quasi sempre perseguiti in modo involontario (o solo parzialmente volontario), sono tuttavia potentemente all'opera nel plasmare la condotta osservabile.

A causa di questa intrinseca *complessità*, il danno psichico mal si presta ad essere semplicemente assimilato alla componente somatica del danno biologico. Esso *emerge* dal danno biologico, nel senso che normalmente procede da un evento stressante capace di produrre modificazioni biologiche a carico dell'organismo, ma lo eccede largamente, nel senso che alla sua genesi e mantenimento concorrono in maniera rilevante (ed in qualche caso prevalente e perfino esclusiva) componenti di natura squisitamente *psicologica* e *sociale*. Mentre lo studio del danno somatico può considerare trascurabili queste variabili, la loro attenta considerazione è indispensabile alla comprensione, e quindi all'accertamento ed alla valutazione, del danno biologico di natura psichica.

Fra le componenti di natura *psicologica*, la ricerca ha evidenziato soprattutto i meccanismi cognitivi, intimamente collegati alle attribuzioni, convinzioni ed aspettative che l'esperienza post-traumatica inevitabilmente comporta⁽⁴⁾. Questi meccanismi,

⁽⁴⁾ Uno dei più interessanti esempi proviene dalla ricerca medicolegale in tema di danno psichico associato a colpo di frusta: il gruppo di Castro, con lucida irriverenza, ha evidenziato che per

sperimentare i sintomi psichici (ansia, disturbi di concentrazione, irritabilità, insonnia) non è necessario aver subito un trauma cervicale, ma è sufficiente *credere* di averlo subito. Un vero e proprio

concettualmente analoghi al noto effetto *placebo* (nel caso specifico sarebbe più corretto dire *nocebo*⁽⁵⁾), agiscono come potenti fattori di distorsione (*biases*) dell'esperienza soggettiva della vittima, in maniera pervasiva e del tutto automatica, ben al di là della semplice malafede intenzionale, peraltro non irrilevante.

Per quanto riguarda i fattori *sociali*, è noto che il malessere percepito in un contesto di risarcibilità (più in generale: associato a ricompense socialmente legittimate) tende a sua volta a distorcere in maniera significativa l'esperienza di malattia e a rallentare, fino in alcuni casi ad impedire, i processi di guarigione⁽⁶⁾. È noto altresì che quando un danno è attribuibile alla responsabilità altrui (e quindi, in linea teorica, poteva essere evitato), la perdita risulta ancora più insopportabile, e spinge urgentemente ad agire pur di riparare il torto che si ritiene di aver subito: la punizione del responsabile, in molti casi, funziona come un surrogato (solo parzialmente efficace) del processo di elaborazione della perdita subita⁽⁷⁾.

Anche altri elementi socio-culturali, quali il contesto familiare, l'ambiente lavorativo e la natura del sistema sanitario, svolgono un ruolo non marginale nel plasmare la risposta che il singolo individuo oppone all'evento traumatico⁽⁸⁾, delineando una « cornice culturale » dei disturbi psicopatologici che chiama in causa gli stessi fondamenti filosofici e metodologici della diagnosi psichiatrica⁽⁹⁾ e di cui si è cominciato a tenere conto in ambito specialistico⁽¹⁰⁾.

Queste componenti operano in maniera universale, vale a dire nella totalità dei casi. Non si tratta di fare appello a preesistenze psicopatologiche individuali, che pure possono concorrere, ma di rintracciare i « normali » meccanismi attraverso cui il malessere psichico prende forma e si incanala lungo tragitti che possono apparire tor-

placebo-whiplash, peraltro più frequente, ad ulteriore testimonianza della complessità del danno psichico, nei soggetti che presentano, all'indagine effettuata prima della collisione simulata, una maggiore instabilità emozionale. Cfr. W.H.M. CASTRO-S.J. MEYER-M.E.R. BECKE et al., *No stress-no whiplash? Prevalence of « whiplash » symptoms following exposure to a placebo rear-end collision*, in *Int. J. Legal Med.*, 2001, 114:316-22. Si vedano anche i commenti successivi: O. KWAN-J. FRIEL, *Whiplash sine whiplash*, in *Int. J. Legal Med.*, 2002, 116:249-50; GP. SIEGMUND-J.R. BRAULT-J.B. WHEELER, *Placebo whiplash data need cautious interpretation*, in *Int. J. Legal Med.*, 2002, 116:251.

⁽⁵⁾ Sull'argomento, si veda: H.S. MAYBERG-J.A. SILVA-S.K. BRANNAN et al., *The functional neuroanatomy of the placebo effect*, in *Am. J. Psychiatry*, 2002, 159:728-37; A.J. BARSKY-R. SAINTFORT-M.P. ROGERS-J.F. BORUS, *Nonspecific medication side effects and the nocebo phenomenon*, in *JAMA*, 2002, 87:622-7; P. ENCK-F. BENEDETTI-M. SCHEDLOWSKI, *New insights into the placebo and nocebo responses*, in *Neuron*, 2008, 59:195-206.

⁽⁶⁾ Di nuovo, è alla letteratura medicolegale internazionale che si devono alcuni fra i migliori contributi chiarificatori: il 1° gennaio 1995, nella provincia canadese del Saskatchewan, il cambia-

mento del sistema di risarcimento degli incidenti stradali (da *tort-compensation* a *no-fault*) determinò un crollo delle cause di risarcimento ed un dimezzamento della durata delle stesse. Lo studio, ormai un « classico », fu pubblicato sull'autorevole *New England Journal of Medicine*: J.D. CASSIDY-L.J. CARROLL-P. CORÉ et al., *Effect of eliminating compensation for pain and suffering on the outcome of insurance claims for whiplash injury*, in *New Engl. J. Med.*, 2000, 342:1179-86.

⁽⁷⁾ Questo effetto è noto come *avversione alle perdite*. Qui è invece alla migliore letteratura psicologica, in particolare alla *Behavioral Law & Economics*, che occorre rivolgersi. L'Autore principale, psicologo di formazione, è il premio Nobel per l'economia D. Kahneman.

⁽⁸⁾ L.J. KIRMAYER, *Culture, context and experience in psychiatric diagnosis*, in *Psychopathology*, 2005, 38:192-6.

⁽⁹⁾ Si veda sul punto il numero monografico *Philosophical and methodological foundations of psychiatric diagnosis*, in *Psychopathology*, 2005, 38(4).

⁽¹⁰⁾ Si veda ad esempio C.E. BERGANZA et al., *The Latin American guide for psychiatric diagnosis. A cultural overview*, in *Psychiatr. Clin. North. Am.*, 2001, 24:433-46.

tuosi rispetto alla linearità della causalità fisica, ma che tuttavia conservano una loro — seppur complessa — comprensibilità scientifica.

3. ACCERTARE IL DANNO PSICHICO

Per poter essere accertato, il danno biologico — coerentemente con la sua definizione normativa — richiede la dimostrazione della presenza di una lesione dell'integrità psicofisica⁽¹¹⁾. Ciò vale indiscutibilmente anche per il danno psichico⁽¹²⁾: in questo caso ciò che deve essere dimostrata è l'esistenza di una lesione psichica, temporanea o permanente, conseguente ad un evento giuridicamente rilevante.

Questa dimostrazione — come evidenziato dal riferimento alla valutazione medico-legale che accompagna la definizione normativa di danno biologico — deve essere fondata su evidenze *oggettive*, ovvero rilevabili in modo indipendente sia dalla soggettività dell'esaminatore che dell'esaminato, e pertanto — come tali — riproducibili. Ci potrà poi essere spazio per la normale dialettica interpretativa circa il significato ed il valore da attribuire al dato, ma non è ammissibile — in un contesto tecnico-scientifico — che la discussione prenda l'avvio da dati privi dei necessari prerequisiti di oggettività e riproducibilità.

3.1. Scienza e diritto

Ciò che il diritto chiede alla scienza è di accertare l'esistenza di un *fatto* della natura, in questo caso una lesione psichica, che si ipotizza essersi verificato in circostanze spazialmente e temporalmente definite, comunque *prima* dell'accertamento stesso. È dall'esistenza di questo fatto (la lesione psichica) che il ragionamento propriamente giuridico prende le mosse, e d'altra parte le conoscenze necessarie all'accertamento del fatto (la lesione psichica, non l'evento generatore della lesione) non sono solitamente in possesso del giudice, ma solo del sapere scientifico pertinente.

Il rapporto logico e cronologico tra fatto da accertare ed accertamento prevede la preesistenza del primo rispetto al secondo. Il fatto da accertare non si identifica mini-

⁽¹¹⁾ Il significato di *lesione* va naturalmente inteso in senso ampio, non esclusivamente anatomico, ma comprendente anche l'alterazione funzionale, intesa come fallimento (*failure*) di un meccanismo biologico deputato ad adempiere la funzione per cui è stato naturalmente selezionato. Ciò che rileva è la componente intrinsecamente « fattuale », naturalistica, del concetto di lesione: non è sufficiente il carattere socialmente o soggettivamente « dannoso » della condizione (la componente « valoriale »), occorre che essa sia l'espressione di una alterazione anatomica e/o funzionale identificabile. Questa duplice natura (fattuale e valoriale) del concetto di lesione è ben presente nella più recente definizione legislativa di danno biologico, ove tuttavia la componente *valoriale* (l'incidenza *negativa* sugli aspetti dinamico-relazionali) non può in nessun caso prescindere dalla componente *fattuale* (la lesione in sé e per sé). Sull'argomento, J.C. WAKEFIELD, *The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values*, in *Am. Psychol.*, 1992, 47:373-88; Id., *The concept of*

mental disorder: diagnostic implication of the harmful dysfunction analysis, in *World Psychiatry*, 2007, 6:149-56.

⁽¹²⁾ Solo il perdurare di una visione implicitamente dualistica del rapporto tra mente e corpo — che il DSM-IV, dopo aver cancellato ogni riferimento a presunti disturbi « organici » opposti a quelli « funzionali », bolla come « anacronistica » — potrebbe considerare il danno psichico « esonerato » dal ricorso ai comuni criteri di accertabilità. È del tutto pacifico per la comunità scientifica che il danno psichico sia da considerare come una disfunzione del cervello, più precisamente del sistema cerebrale deputato alla regolazione della risposta emozionale agli eventi traumatici. Le strutture ed i meccanismi fisiopatologici sottesi alla patologia post-traumatica sono, allo stato dell'arte, conoscibili in maniera più che soddisfacente senza fare appello a sorgenti di conoscenza diverse da quelle comunemente utilizzate nelle scienze della natura. Per dirla con Edelman, i fenomeni psichici non sono *né esclusivamente metafisici né necessariamente misteriosi*.

mamente con la procedura di accertamento in quanto tale. Qualora la procedura fosse inidonea ad accertare il fatto — o, specularmente, il fatto non fosse *in sé* suscettibile di accertamento — l'obiettivo finale non potrebbe che ritenersi mancato. Diversamente argomentando, si potrebbe erroneamente ritenere che l'esistenza di un fatto coincida, o perfino discenda, dalla procedura stessa finalizzata al suo accertamento. Come dire che la lesione psichica esiste *perché medicalmente accertata*, e non, come sarebbe logico attendersi, che viene accertata *perché esistente*. Questo tipo di errore logico è ben conosciuto dagli epistemologi e storici della scienza come *principio di autorità*. Nella conoscenza fondata sull'autorità, è l'esperto stesso (il suo *curriculum*, la sua esperienza, i suoi titoli accademici, ecc) che «garantisce» l'affidabilità dei risultati; nella conoscenza scientifica, l'esperto — per essere riconosciuto autorevole — deve rendere *evidenti* i metodi e i risultati attraverso cui è pervenuto alle sue conclusioni, così che altri possano fare altrettanto.

Le evidenze necessarie all'accertamento del danno biologico, a ben riflettere, sono almeno altrettanto rigorose di quelle richieste, per esempio, in tema di imputabilità o di capacità di stare in giudizio: che esista una condizione patologica, e che questa sia rilevante per la questione in causa. Entrambe le condizioni devono essere dimostrate oltre ogni ragionevole dubbio.

Il fatto che la definizione normativa di danno biologico preveda l'esistenza di una lesione e/o di una disfunzione causalmente riconducibile ad eventi — e non di una generica condizione morbosa — circoscrive ulteriormente il tipo e la qualità delle condizioni patologiche rilevanti, che sostanzialmente finiscono per coincidere con i disturbi psichici di natura post-traumatica. I prototipi categoriali sono riconducibili ai disturbi dell'umore e d'ansia reattivi ad eventi, di cui il Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) è il più grave.

Inoltre, disponendo di un sistema che traduce la gravità della lesione in un valore percentuale *standard*, il criterio richiesto è ancora più stringente, dovendosi alla fine non solo dimostrare l'esistenza di una lesione e la sua pertinenza al caso in esame, ma anche misurarla.

3.2. Le evidenze comportamentali

L'evidenza comunemente utilizzata a supporto dell'esistenza del danno psichico soddisfa questi requisiti preliminari?

Tipicamente, la principale sorgente di evidenze è rappresentata dal resoconto (*self-report*) del soggetto che lamenta il danno, o dei suoi familiari. Durante la raccolta anamnestica ed il colloquio iniziale, l'esperto è solitamente attento alla presenza di indicatori comportamentali valevoli come segni di eventuale psicopatologia, secondo i principi classici dell'esame dello stato mentale, che rappresenta l'equivalente logico dell'esame obiettivo nella patologia somatica.

Accanto all'evidenza clinica, si fa comunemente ricorso all'evidenza psicodiagnostica. Questo tipo di evidenza, della cui utilità nessuno dubita, deve tuttavia essere ben compreso. Si assiste infatti, nei confronti dell'indagine psicodiagnostica, a due opposti atteggiamenti, entrambi concettualmente errati: da una parte, se ne proclama l'inutilità, o perlomeno l'importanza marginale, dal momento che la clinica sarebbe già di per sé sufficiente a rilevare quanto è necessario per la decisione; dall'altra, se ne

enfattizza in modo eccessivo l'importanza, non di rado attribuendo ai test psicodiagnostici caratteri di « oggettività » tanto ingenui quanto comprensibili, in un settore dove l'oggettività, in effetti, scarseggia.

Ciò che deve essere ben chiaro è che l'evidenza psicodiagnostica è un'evidenza di natura comportamentale (*behavioral*) — non dissimile dall'evidenza clinica, di cui rappresenta, dal punto di vista concettuale, solo un affinamento — basata cioè sulla rilevazione di campioni di comportamento osservabili « ad occhio nudo », dai quali trarre inferenze circa il *funzionamento mentale* del soggetto, che di per sé resta inaccessibile all'osservazione. Nessuna inferenza affidabile potrà invece essere ricavata relativamente al substrato neuropatologico eventualmente responsabile dei disturbi comportamentali osservati. L'evidenza comportamentale, in altre parole, non può dire nulla circa le cause (biologiche o di altra natura) della condotta osservata. Questo punto è di capitale importanza, e merita di essere brevemente sottolineato.

L'evidenza comportamentale (sia di natura clinica che psicométrica) è correttamente utilizzata solo per scopi *descrittivi*, allo scopo di meglio definire e classificare le condizioni morbose oggetto di studio (come fanno sia il DSM che l'ICD), ma non deve essere in nessun modo confusa con la prova dell'esistenza delle condizioni morbose stesse. Ben altre sono le evidenze necessarie per poter stabilire la natura e la sede dei processi patologici eventualmente responsabili ⁽¹³⁾.

Tra la manifestazione comportamentale osservabile ed i suoi (eventuali) determinanti biologici si spalanca una distanza troppo ampia, costellata da variabili confondenti capaci di distorcere profondamente l'accertamento che si volesse basato sulle sole evidenze comportamentali.

3.3. Il problema della simulazione

A quali condizioni le evidenze comportamentali possono essere affidabilmente assunte come indicatori di una lesione psichica non altrimenti evidenziabile?

Le evidenze comportamentali, in quanto tali, non possono fare a meno della collaborazione del soggetto esaminato, cioè della sua motivazione all'indagine stessa. A differenza di molti esami strumentali, che possono essere svolti, senza perdere le loro proprietà fondamentali, anche *senza* (in narcosi, nel sonno) e perfino *contro* la volontà del soggetto, l'esame clinico e quello psicométrico devono poter contare su un grado accettabile di cooperazione e di impegno (*effort*) da parte del soggetto esaminato. Non è un problema da poco, soprattutto in un contesto di risarcibilità, dove la probabilità di impegno non ottimale (*suboptimal effort* è l'espressione, volutamente neutrale, che si usa nella letteratura specializzata) cresce di molto. Fra le ragioni di *suboptimal effort*, la simulazione intenzionale è una delle più frequenti.

⁽¹³⁾ L'esempio più pertinente è quello della demenza, che rappresenta il prototipo dei disturbi neurobiologici ad espressività comportamentale. Essa viene descritta e classificata in base alle sue manifestazioni comportamentali, ma richiede — per poter essere affidabilmente diagnosticata — il ricorso ad evidenze di natura biochimica, genetica, neuroradiologica, ecc. La valutazione neuropsicologica della demenza (evidenza comportamentale) serve per selezionare, il più precoce-

mente possibile, i candidati a procedure diagnostiche e terapeutiche appropriate. L'evidenza di deterioramento cognitivo, in quanto tale, non equivale minimamente ad una diagnosi di demenza. Al massimo, il quadro neuropsicologico potrà essere qualificato come « compatibile » con una certa ipotesi diagnostica. Nei criteri diagnostici più recenti, l'evidenza comportamentale e quella neurobiologica si arricchiscono e si completano a vicenda.

Mentre la prevalenza dei fenomeni di simulazione è normalmente trascurabile nei contesti clinici ordinari (dove semmai prevalgono i malati immaginari, corrispondenti ai fenomeni dello spettro fittizio e somatoforme), nei contesti giuridicamente rilevanti (sia in ambito penale che civile) la falsificazione intenzionale deve essere sovente considerata — ci piaccia o no — come una delle più probabili ipotesi esplicative dei disturbi riferiti. Non c'è del resto da scandalizzarsi se le persone cercano di trarre dagli eventi che sono loro capitati senza colpa, e anzi per colpa di altri, e che comunque sono fonte di disagio, dei vantaggi socialmente legittimati.

Le evidenze comportamentali (sia cliniche che psicometriche, lo ripetiamo) raccolte in contesti di risarcimento devono, prima di poter essere accettate, essere state preliminarmente vagliate circa la loro effettiva *credibilità*, vale a dire circa la loro resistenza alla deliberata falsificazione.

La ricerca sul tema segue principalmente due strade.

La *prima* strada conduce alla selezione di indicatori che in un modo o nell'altro «aggirino» la capacità di falsificazione da parte del soggetto. I test proiettivi hanno avuto, in passato, tanto successo in ambito giuridico proprio perché si riteneva che il test avrebbe comunque rivelato, nonostante ogni intenzione contraria del soggetto esaminato, aspetti «nascosti» della sua personalità, grazie al meccanismo psicodinamico della proiezione. Questa credenza, a lungo data per scontata (altro esempio di scienza basata sull'autorità), è stata completamente smentita dalla ricerca empirica, che ha al contrario dimostrato l'indistinguibilità dei protocolli autentici rispetto a quelli simulati⁽¹⁴⁾. Molti clinici, soprattutto se carichi d'esperienza, sono peraltro convinti di saper individuare in modo pressoché infallibile i simulatori, senza bisogno di ricorrere ad alcuna evidenza ulteriore, unicamente sulla base dell'intuizione e della capacità di «decifrare» i più disparati segni comportamentali, solitamente di tipo non verbale. Non esiste ragionamento più fallace, dal momento che il criterio di falsificabilità risulta del tutto assente, per cui l'accumulo di esperienza può, purtroppo, condurre ad un incontrollato aumento dell'errore.

Approcci più moderni e sofisticati, ma pur sempre basati sulla ricerca di indicatori resistenti alla falsificazione, prevedono l'utilizzo di paradigmi sperimentali che misurano componenti elementari della cognizione (per esempio la compatibilità tra risposte motorie semplici e conoscenze depositate nella memoria autobiografica), come nei brillanti metodi messi a punto dal gruppo padovano di Sartori⁽¹⁵⁾. Altri approcci, che utilizzano essenzialmente la fMRI (risonanza magnetica funzionale), cercano di isolare i correlati propriamente neurobiologici dei comportamenti di menzogna, in qualche modo esplorando la «verità neurale» prima della «verità comportamentale»: una sorta di moderno *lie detector*⁽¹⁶⁾.

⁽¹⁴⁾ Una rassegna, particolarmente rigorosa, dei risultati sperimentali relativi alla qualità psicometrica dei test proiettivi si trova in S.O. LILIENFELD-S.J. LYNN-J.M. LOHR eds., *Science and pseudoscience in clinical psychology*, New York, Guilford Press, 2004. Un'altra rassegna, ugualmente rigorosa, relativa all'uso forense degli stessi test, si trova in R. ROGERS, ed., *Clinical assessment of malingering and reception*, New York, Guilford Press, 3rd edition, 2008; si veda in particolare il contributo di R.K.

OTTO, *Challenges and advances in assessment of response style in forensic examination contexts*, pp. 365-75.

⁽¹⁵⁾ G. SARTORI-S. AGOSTA-C. ZOGMAISTER-S.D. FERRARA-U. CASTIELLO, *How to accurately detect autobiographical events*, in *Psychol. Sci.*, 2008, 19:772-80.

⁽¹⁶⁾ Si tratta di uno dei temi più interessanti dell'attuale dibattito circa l'applicabilità delle neuroscienze al contesto giudiziario. Sull'argomento, ci

La seconda strada, invece, utilizza normali strumenti d'indagine psicometrica *self-report-based*, ma corredati di una quantità di strumenti di controllo della credibilità, che nel loro complesso vengono chiamati *indicatori di validità*. Non interessa qui esporne in dettaglio le caratteristiche. Basti dire che uno strumento psicometrico accettabile in ambito forense deve poter discriminare, con una percentuale d'errore nota, i protocolli autentici (resi cioè da soggetti diagnosticati in modo indipendente come affetti da una certa condizione patologica) rispetto a quelli prodotti da soggetti che semplicemente ne fingono i sintomi, oppure che presentano condizioni patologiche diverse rispetto a quelle pertinenti. Gli inventari di personalità MMPI possiedono, solo per fare un esempio, un repertorio di indicatori di validità molto ampio, ed in continuo aggiornamento. Anche le interviste strutturate aventi per oggetto la simulazione dei disturbi psicotici condividono questa caratteristica. Analoghi strumenti sono disponibili per l'analisi del contenuto dei resoconti testimoniali.

In assenza di questi strumenti di controllo, la pura e semplice assunzione del dato comportamentale — sia clinico che psicometrico — non costituisce evidenza adeguata per l'accertamento dell'eventuale lesione psichica ipotizzata quale responsabile dei sintomi riferiti.

4. UN APPROCCIO PRUDENTE ALL'ACCERTAMENTO DEL DANNO PSICHICO

È sicuro che nei prossimi anni, già a partire dalla prossima edizione del DSM, un certo numero di *markers* di natura propriamente neurobiologica verranno gradualmente incorporati tra i criteri diagnostici di molti disturbi mentali, in armonia con la tendenza verso un paradigma unificatore «centrato sul cervello», che gradualmente ridurrà — come già accaduto per la demenza, la sindrome di Tourette ed in passato per l'epilessia — la distanza tra i disturbi tradizionalmente considerati neurologici e i disturbi cosiddetti «mentali», nella prospettiva — delineata dieci anni or sono da Kandel — di un nuovo *intellectual framework* per l'indagine psichiatrica⁽¹⁷⁾.

Per quanto riguarda i disturbi dello spettro post-traumatico — sia dell'umore che d'ansia — il *marker* biologico più affidabile sembra al momento rappresentato dall'atrofia dell'ippocampo, a sua volta riconducibile agli effetti neurotossici dei glucocorticoidi, dei cui recettori l'ippocampo è particolarmente ricco. Già oggi è possibile, con costi sostenibili ed in condizioni di assoluta sicurezza, seguire longitudinalmente — tramite un semplice esame di risonanza magnetica quantitativa — l'andamento del volume dell'ippocampo nel singolo soggetto (che quindi non necessita di comparazioni *between*) esposto ad un evento traumatico di particolare intensità, per esempio nei primi mesi dopo l'evento ed a distanza di circa 24-30 mesi⁽¹⁸⁾. La eventuale ridu-

permettiamo di rimandare a A. BIANCHI-G. GULLOTTA-G. SARTORI (a cura di), *Manuale di neuroscienze forensi*, Milano, 2009. È stato inoltre suggerito un ruolo delle neuroscienze nella valutazione della *decision-making capacity* del paziente e, quindi, della validità del consenso informato al trattamento sanitario: sul punto si rimanda a B. MAGLIONI, *Risoluzioni definitive e stati d'animo non duraturi: la valutazione della capacità di autodeter-*

minazione in ambito sanitario, in A. BIANCHI-G. GULLOTTA-G. SARTORI (a cura di), *Manuale di neuroscienze forensi*, cit., 327-50.

⁽¹⁷⁾ E.R. KANDEL, *A new intellectual framework for psychiatry*, in *Am. J. Psychiatry*, 1998, 155:457-69.

⁽¹⁸⁾ Uno studio di questo tipo, il primo in Italia a nostra conoscenza, è attualmente in corso presso il Dipartimento di biochimica molecolare dell'Università degli studi di Pisa (prof. Pietro Pietrini).

zione del volume ipocampale rappresenta, in questo caso, una forte evidenza — interamente oggettiva — a sostegno della natura biologica della sintomatologia riferita. Il contrario non sarebbe vero, in armonia col noto principio « assenza di prova non significa prova di assenza »⁽¹⁹⁾.

Ora, al di là della plausibilità del predetto scenario, che appartiene comunque ancora al futuro (se non sotto il profilo della ricerca, sicuramente sotto quello della concreta applicazione), è verosimile che con il migliorare delle conoscenze di natura neuroscientifica ed il perfezionamento delle attuali tecniche di *neuroimaging* tali metodiche d'indagine possano trovare, in tempi relativamente brevi, un impiego nel senso di una visualizzazione *in vivo* dei correlati biologici del danno emozionale.

Si deve tuttavia sottolineare, a parte l'interesse di queste scoperte scientifiche, la loro scarsa *specificità* diagnostica, dato il loro riscontro nelle situazioni più disparate. La fMRI, inoltre, offre preziose indicazioni sullo stato di attività del cervello, ma non lo misura direttamente, bensì solo tramite le variazioni *relative* del flusso sanguigno, per cui quanto più il flusso è intenso, tanto più una certa area è attiva rispetto alle altre. Poiché il cervello presenta un'incessante attività spontanea, tali variazioni rappresentano solo minime differenze di attività in un contesto estremamente ampio di scariche neuronali cui la scienza non è in grado, almeno oggi, di dare un'interpretazione univoca. Il significato da attribuire alle attivazioni cerebrali evidenziate dalla fMRI coinvolge inevitabilmente il controverso problema dell'interazione mente-cervello, del determinismo o della libertà della mente. Detto altrimenti, accettare che l'attivazione di un piccolo gruppo di neuroni, tra i miliardi di cellule nervose del cervello, sia responsabile dell'emozione, del comportamento o di un'attività psichica correlata significa implicitamente suggerire che il cervello, o meglio una sua minuscola porzione, abbia già scelto *prima* del soggetto⁽²⁰⁾.

Al di là dell'ovvia constatazione che ad ogni stato mentale e ad ogni condotta corrisponde un particolare stato neurale, è lungo il percorso ancora da fare per dotare l'accertamento del danno psichico di un supporto neuroscientifico « forte ».

Fino a quel momento, pertanto, è raccomandabile che questo accertamento mantenga un carattere di estrema sobrietà, e sia consapevole della propria fragilità epistemologica, prima ancora che tecnica, anche alla luce delle incertezze che tuttora connotano il dibattito in merito al concetto stesso di disturbo mentale⁽²¹⁾, e in particolare al rapporto intercorrente, ai fini dell'inquadramento nosografico di un determinato disturbo mentale, tra criteri sintomatologici ed incidenza degli stessi sul funzionamento individuale⁽²²⁾.

⁽¹⁹⁾ Un altro *marker* neurobiologico promettente è la spettroscopia in risonanza magnetica (SRM), che consente — con costi ancor più accessibili — di studiare l'integrità neuronale tramite la concentrazione di metaboliti a basso peso molecolare.

⁽²⁰⁾ C. CASTELFRANCHI, *Contro il riduzionismo biologico prossimo venturo*, in *Sistemi intelligenti*, 2008, 20:319-24.

⁽²¹⁾ C.E. BERGANZA-J.E. MEZZICH-C. POUNCEY, *Concepts of disease: their relevance for psychiatric diagnosis and classification*, in *Psychopathology*, 2005, 38:166-70. K.S. KENDLER, *Setting boundaries*

for psychiatric disorders, in *Am. J. Psychiatry*, 1999, 156:1845-8.

⁽²²⁾ Colpisce a questo proposito il candore con cui gli estensori della *Guida alla valutazione dell'invalidità permanente* dell'American Medical Association (L. COCCHIARELLA-G.B.J. ANDERSSON, *Guida alla valutazione dell'invalidità permanente*, V ed.; ed. it. a cura di S. JOURDAN, Torino, Centro Scientifico Editore, Torino, 2004), nel capitolo relativo ai disturbi mentali e comportamentali — l'unico dove la valutazione dell'invalidità *non* è espressa in valori percentuali — così giustificano la « diversità »

Questa consapevolezza, peraltro, è ben presente all'interno della comunità scientifica, dove la discussione intorno all'utilizzo dei sistemi diagnostici basati esclusivamente sui sintomi (come il DSM e l'ICD) è ben nota: «Una distinzione fondamentale per una diagnosi accurata è se il problema del cliente sia un disturbo mentale o un problema di vita che comporta una normale, seppur problematica, reazione ad un evento stressante ambientale. (...) L'uso internazionale dei criteri basati sui sintomi, come il DSM, solleva due principali problemi. Per prima cosa, i criteri basati sui sintomi non tengono abbastanza in considerazione il contesto di presentazione. Di conseguenza, i criteri stessi sono troppo larghi ed includono erroneamente molte reazioni normali entro la categoria dei disturbi»⁽²³⁾. Quanto queste considerazioni valgano, a

del capitolo rispetto agli altri: «Non esistono precisi metodi di misurazione dell'invalidità per i disturbi mentali. L'utilizzo di percentuali indica una certezza che qui non esiste. (...) Gli Autori non conoscono dati che dimostrino l'affidabilità delle percentuali di invalidità. (...) Non esistono prove sperimentali a sostegno di alcun metodo per stabilire una percentuale di invalidità globale della persona affetta da un certo disturbo mentale». La cautela degli Autori statunitensi è interamente condivisa, in Italia, da R. LUVONI-F. MANGILI-L. BERNARDI, *Guida alla valutazione medico-legale del danno biologico e dell'invalidità permanente*, Milano, 2002: «Per quanto riguarda la valutazione del danno permanente biologico e del danno permanente lavorativo da menomazione psichica non è possibile fornire indicazioni generali, neppure approssimative: proprio per le caratteristiche strettamente individuali dello psichismo e delle sue estrinsecazioni nell'ambito della vita quotidiana, ogni caso deve essere singolarmente analizzato e tecnicamente risolto senza possibili validi parametri di riferimento analogico e, quindi, nell'ambito di una inevitabile notevole approssimazione tecnica, ancorché opportunamente mitigata da una adeguata esperienza clinica psichiatrica e valutativa medico-legale». Una parziale cautela è espressa anche da W. BRONDOLO-A. MARIGLIANO, *Danno psichico*, Milano, 1996, che, con riferimento al DSM-IV, propongono una «scala di valutazione del danno da menomazione psichica», nella consapevolezza che «le cifre indicate sono quindi da considerare solo come un semplice e magari ingenuo tentativo di passare dalla nebulosa del dubbio e del sospetto rispetto al danno psichico ad un primo timido accenno di concretezza e di verosimile obbiettività dello stesso» (p. 234); e da D. PAJARDI-L. MACRÌ-I. MERZAGORA BETSOS, *Guida alla valutazione del danno psichico*, Milano, 2006, che optano per un sistema di valutazione della percentuale di danno psichico non basato sulla diagnosi *categoriale*, ma esclusivamente sulla presenza di compromissioni di carattere *dimensionale*, sia di natura sintomatica che funzionale, distinguendo tra incidenza ininfluen-

lieve, moderata, rilevante, grave, gravissima, totale (pp. 275-6). M. BARGAGNA-M. CANALE-F. CONSIGLIERE-L. PALMIERI-G. UMANI RONCHI, *Guida orientativa per la valutazione del danno biologico*, Milano, 2001, forniscono indicazioni percentuali «latteramente indicative» (p. 20) solo per alcuni disturbi psichici; mentre F. BUZZI-M. VANINI, *Guida alla valutazione psichiatrica e medicolegale del danno biologico di natura psichica*, Milano, 2006, prospettano un'analitica valutazione percentuale secondo i «termini percentuali propri della quantificazione medicolegale del danno biologico» (p. 89) sulla base dell'inquadramento nosografico di cui al DSM IV-TR. Analoga impostazione, pur con significative differenze, sostengono M. CERISOLI-D. VASAPOLLO, *La valutazione medico legale del danno biologico di natura psichica*, Società Editrice Universo, Roma, 2008. Da notare, infine, che sia la Tabella delle menomazioni INAIL che la Tabella delle menomazioni R.C.A. contemplano alcune voci relative alla valutazione del danno psichico: cfr. sul punto G. CIMAGLIA-P. ROSSI, *Danno biologico. Le Tabelle di legge*, Milano, 2006.

⁽²³⁾ J.C. WAKEFIELD-M.B. FIRST, *Clarifying the distinction between disorder and non-disorder: confronting the overdiagnosis («false positive») problem in DSM-V*, in K.A. PHILLIPS-M.B. FIRST-H.A. PINCUS, eds., *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*, Washington, American Psychiatric Association, 2003, 23-56, 29. Il problema, d'altra parte, è ben presente pure agli estensori del DSM stesso. Si pensi al criterio E per l'episodio depressivo maggiore (EDM): esso esclude la diagnosi di episodio depressivo maggiore in presenza di lutto fisiologico, implicitamente suggerendo che la caratteristica distintiva del disturbo depressivo non consista solo nella sintomatologia, ma nella disfunzione del dispositivo biologico — in questo caso, il meccanismo di risposta alla perdita di una persona amata — responsabile dei sintomi stessi. Non si capisce, peraltro, come la stessa annotazione debba valere solo per il lutto, e non per tutti gli altri eventi stressanti negativi. Cfr. sul punto J.C. WAKEFIELD-M.F. SCHMITZ-M.B. FIRST-A.V. HORWITZ, *Extending the*

maggior ragione, nel contesto forense non c'è bisogno di dirlo. Com'è noto, lo stesso DSM non manca di farlo ripetutamente rilevare.

Di sicuro esiste, e deve essere accertata, una patologia psichica permanente conseguente a traumi emozionali, soprattutto se i traumi sono estremi, insorgono in età infantile, hanno carattere interpersonale e non sono adeguatamente curati: la letteratura scientifica sull'argomento è abbondante e sostanzialmente univoca nell'indicare che una percentuale significativa — oscillante intorno al 10% dei maschi e al 20% delle femmine — mostra evidenze di malattia (sia comportamentali che neurobiologiche) a distanza di anni dall'evento scatenante, e che queste conseguenze sono devastanti per la vita di queste persone, e dei loro familiari, al pari dei gravi traumi cerebrali. Sono questi i soggetti che devono essere riconosciuti ed adeguatamente risarciti, nel tempo più breve possibile. La valutazione tabellare del DPTS, che è una delle diagnosi più usate (ed abusate) nei contesti risarcitori, è del tutto inadeguata a rendere conto della gravità e pervasività dei sintomi presentati da questi soggetti. Se DPTS cronico esiste, infatti, non può che essere gravemente invalidante.

Ma è altresì evidente che esiste una grandissima quantità di reazioni emozionali agli eventi negativi, di cui l'esistenza umana è purtroppo disseminata, che non soddisfano minimamente i requisiti scientifici per essere considerati un disturbo mentale né quelli medico-legali per essere qualificati come un danno psichico. Ciò non equivale ad affermare che non si tratti di situazioni dolorose o dannose, che non siano meritevoli di tutela giuridica o di risarcimento. Solo non si tratta di disturbi mentali e, di conseguenza, i relativi pregiudizi non devono essere annoverati nell'ambito del danno biologico.

5. CONCLUSIONI

È esperienza comune a chi si occupa, in qualità di consulente tecnico, dell'accertamento e della valutazione delle infinite manifestazioni della soggettività ferita che affollano il contesto forense constatare come i confini del danno biologico vengano spesso oltrepassati, conferendosi così la patente di danno psichico a condizioni che, pur determinando a volte una vera e propria frattura esistenziale nella vita del soggetto, non ne soddisfano i criteri.

La ricodificazione del sistema risarcitorio che è in atto ad opera della giurisprudenza di legittimità, sia pure tra non poche incertezze e contraddizioni⁽²⁴⁾, non deve indurre a «biologizzare» pregiudizi che certamente — per il solo fatto di arrecare danno — coinvolgono le emozioni ed i sentimenti, come pure il funzionamento personale, ma non per questo devono forzatamente essere scambiati per sintomo di malattia.

Non presidiare con la necessaria energia i confini del danno biologico, soprattutto nel suo versante più debole (appunto il danno psichico), significherebbe davvero spalancare la porta ad una marea montante di richieste che finirebbe per travolgere il sistema. Ciò che entra attraverso il varco del danno biologico, infatti, penetra diretta-

bereavement exclusion for Major Depression to other losses. Evidence from the National Comorbidity Survey, in Arch. Gen. Psychiatry, 2007, 64:433-40.

⁽²⁴⁾ F. BILOTTA, *Le sentenze di merito dopo le Sezioni Unite del 2008 sul danno non patrimoniale*, in questa Rivista, 2009, 1499.

mente entro i confini del perimetro, per usare una metafora militare, e non può, salvo casi eccezionali o correttivi parziali, che trasformarsi in giudicato.

Dal punto di vista scientifico, la stessa negligenza condurrebbe fatalmente ad una dilatazione del tutto inappropriata della patologia psichica reattiva ad eventi, conferendo a queste reazioni negative l'apparenza spuria di una obiettività naturalistica che non possiedono.

Sarà più facile, per il sistema della responsabilità civile, adempiere al proprio mandato sociale di risarcimento integrale del danno ingiusto, e *solo* del danno ingiusto, potendo disporre di altre figure di danno non patrimoniale diverse dal danno biologico, non derivanti cioè da alcuna lesione dell'integrità psicofisica, bensì dalla lesione di altri interessi meritevoli di tutela, allo scrutinio dei quali la dialettica propriamente giuridica è indubbiamente meglio equipaggiata di quella scientifica.

Il danno biologico è uno dei sentieri — forse il più doloroso, oltre che il più frequente — verso lo scadimento della qualità dell'esistenza, ma non l'unico.

Detto altrimenti, il concetto di salute non deve essere confuso con il concetto di natura umana, finendo per inglobare al suo interno ogni possibile valore.

Sarebbe un errore rubricare tutte le caratteristiche desiderabili della condizione umana all'interno del concetto di salute. Nonostante sia così spesso citata, la vecchia definizione dell'OMS della salute come « uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non mera assenza di malattia » merita l'icastico commento di Sir Aubrey Lewis, uno dei padri fondatori della psichiatria scientifica: « Raramente una proposizione potrebbe essere più comprensiva di questa, o più insignificante ».

