

**VALUTARE E MISURARE L'IMPATTO BIOGRAFICO DI UN EVENTO DANNOSO:
LO STRUMENTO M.I.B.**

Turchi, G.P., Failoni, A., Romanelli, M., Gennuso, V.¹

Keywords: danno alla persona, misurazione del danno, accertamento medico-legale, impatto biografico, scienza dialogica, valutazione.

Abstract

Con quest'articolo, presentiamo lo strumento di Misurazione e valutazione dell'impatto biografico (da qui in avanti indicato con l'acronimo M.I.B.), che s'inserisce all'interno del processo di accertamento del danno alla persona in ambito giuridico.

Prenderemo in considerazione: (1) la sentenza numero 23147/2013 (cass. Civ. Sez III del 25/9/2013) in cui si definiscono i concetti di danno biologico, danno morale e il danno esistenziale; (2) la sentenza 20292/2012 (Cass. Civ., Sez. III, del 20/11/2012) in cui si evidenzia come il danno biologico (cioè la lesione della salute), quello morale (cioè la sofferenza interiore) e quello dinamico relazionale (altrimenti definibile esistenziale e consistente nel peggioramento nelle condizioni di vita quotidiane) costituiscono i pregiudizi non patrimoniali, ontologicamente diversi e tutti risarcibili; (3) che, a fronte della definizione di danno biologico (Brondolo e Marigliano, 1996) nella prassi medico-legale si danno indicazioni in ordine alle modalità e all'entità delle ricadute e dell'incidenza dell'evento antiggiuridico sul danno non patrimoniale di natura non biologica, che abbia rilevanza "morale", "esistenziale", "dinamico-relazionale" e che trovino legittimazione risarcitoria. Pertanto, a prescindere dalle specificità connotative del danno non patrimoniale (e più in generale del danno alla persona in ambito giuridico), presenteremo lo strumento M.I.B. mettendo in luce la metodologia

¹ Università degli Studi di Padova
Prof. Gian Piero Turchi, via Venezia 13, Studio n.11, 35131 Padova
gianpiero.turchi@unipd.it

che consente: (1) di misurare l'impatto che l'evento generatore del danno ha comportato nella vita della persona, in termini attuali e in prospettiva futura (considerando lo stato di partenza e/o la predisposizione del soggetto); (2) offrire una valutazione circa l'inquadramento diagnostico del caso stesso. Concluderemo questo articolo con la presentazione di un caso e la discussione dei risultati emersi, rilevanti per l'attività medico-legale e psichiatrico-forense.

1. Introduzione.

Il presente scritto, si pone l'obiettivo di descrivere - in termini teorici, metodologici e applicativi - lo strumento di Misurazione e valutazione dell'impatto biografico (da qui in avanti M.I.B.) per gli accertamenti del danno alla persona in ambito giuridico e a supporto dell'attività medico-legale e psichiatrico-forense. In questi due ambiti si inquadra la sua collocazione entro un percorso logico diagnostico-valutativo-controfattuale, volto a identificare e/o escludere, nelle singole fattispecie presentatesi al perito, la presenza o meno di "disturbi mentali". Questo ai sensi del DSM, quale fonte dei "quadri nosologici", accettati e condivisi dalla comunità "scientifica" e del consesso medico-legale, accogliendo le indicazioni date dalle "Linee Guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico" (SIMLA, 2016, da qui in avanti Linee Guida). Partendo dall'impostazione offerta da Walter Brondolo et al, il riconoscimento e la quantificazione del danno psichico richiede - quale elemento focale - l'accurata valutazione psicopatologica del soggetto da parte del medico legale. Questa deve essere perciò finalizzata ad accertare la presenza e il tipo di disturbi delle funzioni psichiche del soggetto, a identificare la presenza di eventuali sintomi psichiatrici in senso stretto, a precisare i rapporti esistenti tra l'evento lesivo e le alterazioni psicopatologiche osservate. Ciascuna delle funzioni psichiche può risultare alterata e, quindi, richiedere indagini separate (coscienza, percezione, ideazione, affettività, psicomotricità, comportamento). Sono noti, inoltre, innumerevoli sintomi direttamente innescati da episodi traumatici. Si pensi da un lato alle conseguenze dei traumatismi cranici, quali le psicosi e le demenze post-traumatiche, le "nevrosi", la sindrome soggettiva dei traumatizzati cranici; dall'altro, ai disturbi post-traumatici da stress e/o alle reazioni di adattamento conseguenti all'evento traumatico, alle sindromi da lutto eccetera. Per fare un'analisi dell'ambito in cui si andrà a collocare il M.I.B. si considera ora un *focus* preliminare - dottrinario e giuridico - sul danno non patrimoniale alla persona, senza necessariamente addentrarsi in, complesse e ancora

aperte, problematiche che i cultori della materia ben conoscono. Di utile interesse all'approccio del tema, comunque, può essere la sentenza numero 23147/2013 (cass. Civ. Sez III del 25/9/2013) ove si afferma che: 1) *il danno biologico rappresenta la lesione al bene salute (ai sensi art. 32 della Costituzione)*; 2) *il danno morale rappresenta la sofferenza interiore (spesso ancorata al danno biologico)*; 3) *il danno esistenziale consistente nel peggioramento delle condizioni di vita quotidiane, risarcibile nel caso in cui l'illecito abbia violato diritti fondamentali della persona.* Inoltre, nella sentenza 20292/2012 (Cass. Civ., Sez. III, del 20/11/2012) si riporta che: *il danno biologico (cioè la lesione della salute), quello morale (cioè la sofferenza interiore) e quello dinamico relazionale (altrimenti definibile esistenziale e consistente nel peggioramento nelle condizioni di vita quotidiane, risarcibile nel caso in cui l'illecito abbia violato diritti fondamentali alla persona) costituiscono i pregiudizi non patrimoniali, ontologicamente diversi e tutti risarcibili.* Si precisa che, nella nostra accezione, l'aspetto dinamico-relazionale costituisce sovente categoria conoscitiva e qualificante interna al danno biologico, come per altro emerge dalla definizione di legge. Con riferimento all'inquadramento metodologico medico-legale non possiamo che fare procedere la base del nostro ragionamento dal concetto di danno biologico (*alias*: danno da lesione del bene salute ai sensi art. 32 della Costituzione) che dopo aver raggiunto un sufficiente assestamento nell'ambito giurisprudenziale, è stato oggetto di specifica attenzione normativa, anche definitoria, nell'art. 5, c. 33 della L.57 del 5 marzo 2001 in tema di RCA, nell'art.13 del D.Lgs 38 del 23 febbraio 2000 in tema di assicurazione obbligatoria degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali e negli artt.138 e 139 del D.Lgs 209 del 7 settembre 2005 (Codice delle Assicurazioni Private). In particolare, l'art.138 del predetto decreto di recente ampliata anche all'ambito della responsabilità civile sanitaria dalla L.189/2012 - cosiddetto decreto Balduzzi, statuisce che *per danno biologico si intenda la lesione temporanea o permanente alla integrità psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento medico-legale e che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di produrre reddito.* Sulla scorta dei predetti cardini, al fine di un corretto inquadramento del tema, si riporta che nella metodologia classica dell'accertamento del danno alla persona vi è la necessità preliminare, da parte del perito medico-legale, di discriminare tra "presenza di patologia" e "assenza di patologia". Questo, mediante la classica criteriologia in tema di nesso materiale di causalità, in relazione ai mezzi di

prova disponibili e inquadrando l'eventuale "quadro sindromico" emergente dall'indagine conoscitiva all'interno di un ambito "nosologico", nell'ipotesi che il quadro sia di natura psico-organico-neurologico e/o psichiatrico/psicologico. Il tutto, avvalendosi delle indicazioni date dalle Linee Guida. Quando il medico-legale abbia escluso la sussistenza di danno biologico di natura psichica, egli potrà e dovrà dare indicazioni in ordine alle modalità e all'entità delle ricadute e dell'incidenza dell'evento antiggiuridico sul danno non patrimoniale di natura non biologica, che abbia rilevanza "morale", "esistenziale", "dinamico-relazionale" e che trovino legittimazione risarcitoria, come si evince dalle premesse di natura giuridica. Ecco che allora, è qui che s'inserisce lo strumento M.I.B. che, a prescindere dalle specificità connotative del danno non patrimoniale e delle differenze biologico, morale o esistenziale, offre la misura dell'impatto, dell'incidenza, della ricaduta pragmatica che l'evento generatore del danno ha comportato nella vita della persona. Non di meno, lo strumento - che si andrà a presentare - può essere anche di aiuto nell'inquadramento diagnostico (vedansi gli arcipelaghi di significato come elemento di contenuto all'interno delle risposte che si ottengono), oltre che nella misurazione relativa dello stato di partenza e/o predisposizione del soggetto; ovvero, della corretta identificazione dell'entità di eventuali preesistenze, più o meno, documentate e che consente di addivenire a precise valutazioni in termini di cd. "danno differenziale", lì ove, in ambito civilistico le concause (di lesione e/o menomazione) non escludono, notoriamente, la risarcibilità del danno. Precisiamo, inoltre, al fine di non ingenerare errori di interpretazione che, da qui in avanti i concetti di 'salute' e 'sanità' che si utilizzeranno per la fondazione epistemologica dello strumento di valutazione dell'impatto biografico sul soggetto, non andranno confusi con il concetto di 'bene salute' integralmente inteso (*alias* danno biologico ai sensi dell'art. 32 della Costituzione), trovando essi nella dimensione della Scienza Dialogica (Turchi, 2009; Turchi e Orrù, 2014) un grado di formalizzazione. Infatti, un'interpretazione dialogicamente orientata dell'input offerto dal Legislatore, consente di porre una distinzione che, in termini scientifici (Turchi, Vendramini, 2016), corrisponde alla demarcazione tra il piano della salute (dialogicamente intesa) e quello della sanità (disfunzionalità organica, in senso medico-legale); ossia, una separazione che c'è tra il livello appartenente alla storia di vita, si legga anche la biografia, della persona (la salute, oltre la sola sfera psichica) e quello relativo alle modificazioni del corpo (sia anatomiche, sia funzionali, dunque la sanità).

Allora, sulla scorta di quanto già messo a disposizione del lettore fino a questo momento, l'articolo si dividerà in tre parti. Nella prima parte esplicheremo le modalità conoscitive che caratterizzano il piano di salute (si ribadisce: dialogicamente inteso) e quelle che, invece, antinomicamente, caratterizzano il piano della sanità (biologicamente inteso). Sulla scorta di questo, presenteremo nella seconda parte dell'articolo, quali sono gli strumenti che, ad oggi, si utilizzano per offrire un contributo rispetto alla valutazione del piano di salute, in situazioni in cui si è rilevata la presenza di un danno alla persona. Sempre in questa parte, a fronte della descrizione di tali strumenti e sulla scorta di un'analisi degli stessi, presenteremo lo strumento per la misurazione e valutazione dell'impatto biografico (M.I.B.). Infine, nella terza e ultima parte, presenteremo un caso studio in cui si metteranno in luce sia l'applicazione dello strumento M.I.B., sia le ricadute e la valenza di questo strumento per la valutazione del danno alla persona.

2. Salute versus Sanità.

Per poter presentare lo strumento M.I.B. e prima di entrare nel merito delle questioni che caratterizzano la valutazione del danno alla persona, l'operazione che facciamo è di definire le modalità conoscitive che caratterizzano - come già anticipato - la sanità e la salute. Pertanto, senza dare per scontato che i due termini siano condivisi nell'alveo del consesso scientifico da parte di psichiatri e psicologi, e men che meno che questi siano due termini sinonimi tra loro, facciamo ricorso alla riflessione epistemologica per la definizione dei termini stessi (Salvini 1998; Turchi 2016, Turchi, Romanelli 2012). Quando si fa riferimento alla sanità si utilizza una categoria conoscitiva che si iscrive all'interno del modello medico. Tale modello - sviluppatosi a partire dalle esperienze e vicende che hanno caratterizzato la nascita e lo sviluppo della medicina così come oggi la intendiamo - ha come assunto teorico l'esistenza dell'unità anatomo-funzionale, comunemente chiamata 'corpo' (ossia, un piano organico). Questo fa sì che ci si possa collocare, in termini di conoscenza, entro un livello epistemologico - meglio noto come realismo monista (Salvini, 1998) - che rende valida l'asserzione per cui la realtà oggetto di indagine e intervento *c'è* (l'unità anatomo-funzionale risulta in quanto ente empirico-fattuale, con aderenza sul percetto). A partire da ciò, il modello medico si pone come obiettivo la guarigione; ossia, il ripristino dell'unità anatomo-funzionale ante l'intervento della *noxa causalis* che ha generato una modificazione della stessa. Infatti, poter individuare la *noxa causalis* di una patologia ed effettuare le

misurazioni su di essa, sono la condizione necessaria per l'efficacia del modello medico (unitamente alla rigorosità metodologica dell'applicazione delle prassi del modello medico stesso). Dunque, in virtù di questo, si interviene sui nessi causa-effetto tra enti, per cui l'organismo è considerato guarito (sano) quando tali meccanismi causali sono stati annullati o interrotti e le condizioni iniziali (normali) dell'organismo siano state ripristinate, ossia ci sia stata la guarigione (Turchi, Perno 2009; Turchi, Romanelli 2012; Turchi, Sposini 2016). Quando si fa riferimento alla salute - secondo l'impostazione caratterizzante tutto lo scritto - si utilizza una categoria conoscitiva che si iscrive all'interno del modello dialogico (Turchi, 2002). Tale modello ha come assunto teorico il processo dialogico, ossia l'interazione che è veicolata dall'uso e nell'uso del linguaggio ordinario che consente alla comunità dei parlanti di poter costruire la realtà (discorsiva). Questo fa sì che ci si possa collocare, in termini di conoscenza, entro un livello epistemologico - meglio noto come realismo concettuale - che rende valida l'asserzione per cui la realtà si genera a partire dalle modalità interattive e comunicative che vengono impiegate. Infatti, risulta assente il piano empirico-fattuale (percettivo), in quanto non c'è un corrispettivo organico. In particolare, l'assenza di un ente fattuale cui fare riferimento, pone l'impossibilità di identificare a livello empirico-fattuale (percettivo) una "condizione normale di salute", in quanto questa non è biologicamente definita; è invece costruita nelle interazioni, dialogiche per l'appunto. Questo implica che anche a fronte di quadri clinici con prognosi infausta (laddove non risulta possibile perseguire l'obiettivo della guarigione) o al cospetto di patologie irreversibili, la persona ha la possibilità di poter continuare a configurare un proprio stato di salute. La salute ha, quindi, statuto epistemologico di costruzione della realtà a partire dalle modalità di conoscenza utilizzate per definirla, leggi anche produzioni discorsive o modalità interattivo-comunicative, (Turchi, Orrù, 2014; Turchi, Vendramini 2016).

3. Sanità *et* Salute: quale rilevanza per la valutazione del danno alla persona?

Messi a disposizione gli elementi che ci consentono di considerare sia il piano sanitario, sia quello di salute, possiamo prendere in esame - così come riportato all'interno delle Linee guida - sia le funzioni sanitarie (neurologiche centrali e nervi cranici, degli organi di senso e dell'equilibrio, neurologiche periferiche, dolore e sindrome algodistrofica, funzione muscolo-scheletrica, cardiovascolare, respiratoria, stomatognatica, digerente, nefro-urologica, sessuale e riproduttiva, emomiolinfatica e immunitaria, endocrinometaboliche, estetica, del connettivo, tegumentaria, fino ad

arrivare alle neoplasie), sia le funzioni che potremmo chiamare “di salute” (e che nelle Linee Guida si riferiscono alle funzioni psichiche e relazionali). Infatti, la valutazione del danno alla persona ha da costruirsi a partire dal contributo di due specifiche professionalità: la prima afferente all’ambito sanitario attraverso l’utilizzo del modello medico; la seconda afferente all’ambito della salute, per rilevare la differenza tra le modalità interattive e comunicative prima e dopo l’evento dannoso. Il contributo su entrambi i piani, sanità e salute, converge poi all’interno di una perizia medico-legale e/o psichiatrico forense, di cui si dirà oltre, in cui sono esplicitati i due piani. Per di più che *"alla medicina legale compete ex lege l'accertamento e la valutazione del danno biologico che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico relazionali della vita del danneggiato ed è questa la indefettibile base concettuale sulla quale si fondano le linee guida, le cui percentualizzazioni comprendono appunto, la predetta incidenza negativa delle menomazioni sulle attività quotidiane comuni a tutti"* (Linee Guida, pag. 5). Quindi, si rileva la necessità che la valutazione rispetto alla salute possa da un lato essere un elemento di prova all’interno del processo civile per tutto quanto attiene al danno rilevato e da risarcire; dall’altro, essere misurata, ossia esprimere il grado di compromissione tale da poter consentire la definizione della percentuale di danno entro i *range* previsti dalle Linee Guida.

4. La valutazione psicologica del danno: una disamina degli strumenti a disposizione.

Lo psicologo (cioè il ruolo che si occupa del piano di salute) per adempiere al suo ruolo in questo specifico ambito, fa riferimento (ossia utilizza) una serie di strumenti, i cosiddetti test, che gli consentono di poter definire lo stato di salute della persona che ha subito un danno. A questo punto la domanda è: quanto questi strumenti gli consentono di poter offrire una valutazione e una misurazione dello stato di salute del danneggiato da mettere a disposizione per l'accertamento e la valutazione del danno alla persona?

Riportiamo di seguito (Tabella 1) una breve rassegna dei principali strumenti di valutazione psicologici e neuropsicologici applicati in ambito forense.

TEST	DESCRIZIONE DEL TEST /condivisione scientifica del test	CONTRIBUTO IN TERMINI VALUTATIVI ²	CONTRIBUTO IN TERMINI MISURATIVI ³
MMPI 2	Il MMPI-2 è un questionario di personalità autosomministrato, composto da 567 item, dal contenuto eterogeneo, che prevede risposte dicotomiche del tipo Vero/Falso. Costituisce la revisione aggiornata e ri-standardizzata di uno dei questionari di personalità più diffusi e utilizzati nell'assessment clinico e psichiatrico, il Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI; S.R. Hathaway, J.C. McKinley, 1940, 1942). I risultati di diverse indagini (W.J.Camara et al. 2000) indicano, infatti, che il MMPI/MMPI-2 è il test di personalità più frequentemente utilizzato dagli psicologi clinici (86%), il secondo in uso dopo la WAIS-R (94%) ⁴ .	Sulla base dei punteggi numerici ottenuti nelle singole scale, consente di attribuire un livello di gravità al profilo sintomatologico. Un altro indice che viene fornito riguarda la tendenza alla cronicizzazione, ovvero la possibilità di evolvere verso la permanenza del danno, della presenza o assenza di segni e sintomi e della loro intensità, nonché delle ripercussioni sul funzionamento psicosociale dell'individuo ⁵ .	Assente
Le tavole di Rorschach	Il test di Rorschach è costituito da una serie di stimoli ambigui (es. macchie) e non definiti (a volte anche caotici) a partire dai quali il soggetto ha la possibilità di esprimere parti interne del proprio sé. Una	L'applicazione dello strumento consente di offrire una descrizione dell'organizzazione della personalità e	Assente

²Valutazione: Determinazione del valore da assegnare a cose o fatti ai fini di un giudizio, di una classifica, ecc.

³Misura: Il valore numerico pari al rapporto tra una grandezza e un'altra ad essa omogenea, assunta convenzionalmente come unità (*unità di misura*; vedi anche unità): m. di lunghezza, di superficie, di volume, di peso, di tempo, di capacità, di frequenza, di lavoro, di potenza, ecc.; *com.*, anche nel senso di unità di misura. Da distinguere dal **Calcolo**: in matematica, il complesso delle operazioni che portano ad un determinato risultato; anche, il complesso dei metodi e delle tecniche impiegati in determinati rami della matematica.

⁴Del Corno F., Lang M, a cura di "La diagnosi testologica. Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato" Franco Angeli 2009.

⁵"La gravità del disturbo può essere classificata come lieve (range 70-100), se sono presenti pochi o nessun sintomo e non vi è che una minima compromissione del funzionamento sociale o lavorativo; moderata (range 60-70), se sono presenti sintomi o compromissione funzionale fra lieve e grave; grave (range 10-50), se i sintomi sono numerosi e/o particolarmente gravi con netta compromissione del funzionamento sociale e lavorativo". Cimino L. Vasapollo D. "Considerazioni in merito all'uso dei test mentali nella quantificazione del danno biologico di natura psichica" Rivista di *Criminologia, Vittimologia e Sicurezza* Vol. III - N. 2 - Maggio-Agosto 2009.

	personalità “normale”, in quest’ottica, è quella che oscilla in modo corretto tra l’adesione all’oggettività della macchia (momento meno proiettivo) e una certa distanza da essa (momento più proiettivo). Infatti, un’eccessiva aderenza allo stimolo (ad es.: “questa è una macchia”) può essere espressione di un blocco psichico, possibile indice a sua volta di un meccanismo di difesa ipertrofico. Un eccessivo stacco dallo stimolo (ad es.: “questo è un incubo”) può invece spingere ad interpretazioni eccessive, possibili espressioni di una sfera emotiva non controllata dal pensiero ⁶ .	delle strutture di difesa del soggetto: poiché il test ha la finalità di descrivere l’organizzazione della personalità e non di misurarla, viene impiegato per valutare la veridicità di una sintomatologia psichica e di un assetto di personalità preesistente ⁷ .	
WAIS-R	La WAIS è uno strumento che si pone l’obiettivo di valutare il funzionamento cognitivo globale di un individuo. Rileva sia funzionamenti nella norma, sia deficitari, evidenziando delle disabilità intellettive e cognitive. Inoltre, una valutazione qualitativa della WAIS consente l’utilizzo della stessa anche in ambito psicodiagnostico da cui è possibile evincere sia deficit riguardanti la sfera dei disturbi ansiosi, sia di personalità. La WAIS è ampiamente utilizzata per individuare il funzionamento intellettuale in contesti scolastici, per valutare specifici deficit cognitivi che potrebbero determinare uno scarso rendimento e per predire un futuro profitto scolastico ⁸ .	Valutazione psicodiagnostica dell’integrità intellettuale, qualora si sospettino deficit cognitivi ⁹ .	Assente
Test neuropsicologici	Si tratta di test psicometrici, ossia di strumenti atti a indagare specifiche aree cognitive, che forniscono dati di natura quantitativa e qualitativa. Alcuni test neuropsicologici per la valutazione clinica della demenza sono: il Mini-Mental State Examination (MMSE); Alzheimer’s Disease Assessment Scale (ADAS); Milan Overall Dementia Assessment (MODA); per la valutazione clinica	Consentono di ottenere un profilo qualitativo (valutazione psicodiagnostica) e quantitativo (punteggi ottenuti nelle specifiche scale) delle funzioni cognitive. Ciascuno di questi test psicometrici indaga specifiche	Assente

⁶ Il fondamento teorico del test di Rorschach è la cosiddetta “ipotesi proiettiva” formulata in ambito psicoanalitico. Le sensazioni suscitate dalle macchie provocherebbero il risveglio di vecchi insiemi di sensazioni sotto forma di immagini-ricordo. Da considerare che per i test proiettivi, a differenza di quelli psicometrici costruiti in funzione di una comunicazione di dati quantitativi, è difficile ottenere una standardizzazione e sono difficili da valutare la sensibilità, la fedeltà e la validità, non sostenibili con rigore statistico. Paolicelli E. “ Il testi di Rorschach: Manuale introduttivo” Rivista Psychomedia Telematic Review - Sezione: Modelli e Ricerca in Psichiatria- Area: Psicodiagnosi Clinica <http://www.psychomedia.it/pm/modpsy/psydiag/rorschach1.htm>.

⁷ *ibidem*

⁸ Secondo Wechsler l’intelligenza generale è composta da vari elementi specifici che unitamente definiscono un valore generale, globale, finale di funzionamento intellettuale. Wechsler si riferì all’intelligenza in termini di performance e non di capacità. Quindi, il soggetto non completava item sempre più complessi che riguardavano individui aventi un’età maggiore della propria, come faceva Binet per inferire l’esatta età mentale di un soggetto, ma un unico punteggio totale corrispondente alla sua prestazione. Così facendo, si otteneva un punteggio parziale a ogni compito e uno complessivo derivante dalla loro somma. Dai singoli punteggi era possibile individuare l’area in cui una persona mostra performance migliori rispetto alle altre. Del Como F., Lang M, a cura di “La diagnosi testologica. Test neuropsicologici, test d’intelligenza, test di personalità, testing computerizzato” Franco Angeli 2009).

⁹ Cimino L. Vasapollo D. “Considerazioni in merito all’uso dei test mentali nella quantificazione del danno biologico di natura psichica” Rivista di *Criminologia, Vittimologia e Sicurezza* Vol. III - N. 2 - Maggio-Agosto 2009.

	delle funzioni della memoria: il Test di Ripetizione Seriale di Parole Bisillabiche; Test di Corsi; Test delle Matrici Visive etc. Altri test: il BQSS (Boston Qualitative Scoring System), La grande figura complessa di Rey-Osterrieth, il Bender-Visul-Motor Gestalt Test-II eccetera ¹⁰ .	aree cognitive. ¹¹	
M.I.B.	Lo strumento per la " <i>Misurazione e valutazione dell'impatto biografico di un evento dannoso</i> " (M.I.B.) è costituito da un protocollo di 14 domande aperte, che si riferiscono a 4 gruppi (controllo, t0, t1 e t2). Il primo gruppo di domande dette "di controllo" (C) indaga come la persona configura un'altra persona a cui è accaduto il medesimo evento critico. Il secondo gruppo di domande (t0) indaga come la persona configurava la propria biografia prima che accadesse l'evento critico (che ha potuto generare danno biologico). Il terzo gruppo di domande (t1) consente di raccogliere come la persona configura la propria biografia a fronte del l'evento critico. Infine il quarto gruppo di domande (t2) indaga come viene configurata la propria biografia in termini di prospettiva futura dalla persona che ha subito un evento potenzialmente dannoso. Tali produzioni discorsive, mettono nella condizione di poter osservare quanto l'evento critico risulta pervasivo (anche) all'interno dei discorsi che il soggetto metterà in campo nel futuro. Il testo che viene raccolto, viene analizzato utilizzando la metodologia MADIT (Metodologia per l'analisi dei dati testuali informatizzati testuali) (Turchi, Orrù, 2014) che consente di denominare i <i>repertori discorsivi</i> ¹² ovvero le modalità interattive con cui la persona costruisce la realtà relativa al "danno" e all'impatto che ha avuto all'interno della propria biografia.	In termini valutativi consente di giungere ad una descrizione delle modalità interattive comunicative che a fronte dell'evento dannoso stanno caratterizzando la biografia della persona e che risultano critiche, osservando come tali modalità si siano modificate tra un tempo antecedente l'evento e uno successivo, oltretutto in prospettiva futura. Inoltre il testo raccolto attraverso il protocollo di domande aperte, consente di poter osservare degli indicatori per l'orientamento psicodiagnostico.	Misure: peso dialogico delle configurazioni della biografia della persona, corrispondenti ai tre piani temporali diversi (prima, durante l'evento dannoso e in prospettiva futura). Poi, sulla scorta di questi dati, si misura il valore d'impatto biografico attuale e impatto biografico in prospettiva futura (in termini di %).

Tabella 1 - Rassegna degli strumenti (test) utilizzati per la valutazione dello stato di salute.

¹⁰ L'esame neuropsicologico forense rappresenta uno strumento d'indagine per la valutazione delle conseguenze degli eventi traumatici, sia che questi interessino le conseguenze propriamente cognitive (danno neurocognitivo) oppure emozionali (danno psichico) del trauma. Stracciari A., Bianchi A., Sartori G. "Neuropsicologia forense" Il Mulino 2014.

¹⁰ Del Como F., Lang M, a cura di "La diagnosi testologica. Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato" Franco Angeli 2009.

¹² Definizione di repertorio discorsivo: "Una modalità finita di costruzione della realtà, linguisticamente intesa, con valenza pragmatica, che raggruppa anche più enunciati (denominati "arcipelaghi di significato"), articolata in frasi concatenate e diffusa con valenza di asserzione di verità, volta a generare (costruire)/mantenere una coerenza narrativa." Turchi,2009; Turchi, Orrù 2014.

4.1 Qualche considerazione sulla disamina dei test

Dalla rassegna presentata in Tabella 1 si evince che i principali strumenti di valutazione psicologica e neuropsicologica applicati in ambito forense, offrono un quadro valutativo complessivo della cosiddetta struttura di personalità e dell'eventuale inquadramento diagnostico. Capitolo a parte, costituiscono alcuni di questi strumenti che offrono una valutazione relativa solamente ad una o più funzioni cognitive. Utile, a questo punto, osservare come la diagnosi in sé risulti un processo conoscitivo orientato *“al ricondurre un fenomeno o un gruppo di fenomeni, dopo averne considerato ogni aspetto, a una categoria”*, seguendo le linee del DSM e alla luce della classica criteriologia medico legale in tema di nesso materiale di causalità e in relazione ai mezzi di prova di volta in volta forniti. Si tratta, poi, di pervenire a una valutazione; ovvero, la *“determinazione del valore da assegnare a cose o fatti ai fini di un giudizio, di una classifica, ecc”*, di come l'evento dannoso abbia inciso sulla vita della persona – *alias* biografia del singolo, nell'eventualità abbia avuto una incidenza su singole funzioni cognitive o abbia contribuito alla generazione di una vera e propria sintomatologia psicopatologica. Ad oggi, la strumentazione testologica a disposizione consente dunque di offrire una valutazione relativa a come il danno abbia impattato (la diagnosi), risultando tuttavia carente dal punto di vista misurativo¹³ (quanto il danno abbia impattato). Quindi, se da un lato il processo diagnostico assume valore, in quanto offre un quadro descrittivo del modo in cui il danno crea una situazione psicopatologica, dall'altro, la misura dell'impatto che il danno stesso ha avuto sulla persona, consente di disporre di criteri sulla base dei quali fondare la scelta rispetto al valore percentuale che il danno assume.

5. Lo strumento per la Misurazione e valutazione dell'impatto biografico di un evento dannoso (M.I.B)

5.1 Premessa

Lo strumento per la *“Misurazione e valutazione dell'impatto biografico di un evento dannoso”* che con il presente lavoro si intende presentare, prende le mosse dagli assunti conoscitivi della Scienza Dialogica (Turchi, 2009). In virtù di tali assunti, l'impatto biografico di un evento dannoso si caratterizza a partire da un evento (il danno

¹³ La misura è infatti il valore numerico pari al rapporto tra una grandezza e un'altra ad essa omogenea, assunta convenzionalmente come unità

per l'appunto) che funge da “spartiacque” tra quanto rilevabile prima, ossia in un momento precedente all'accadimento che ha potuto generare l'impatto e quanto rilevabile dopo il verificarsi dell'evento stesso (Turchi, 2009; Turchi, Orrù, 2014). Alla luce di ciò, risulta possibile definire il “danno” come “un processo trasformativo” che consente di rilevare delle differenze tra il tempo antecedente un evento biografico e il tempo seguente. Quindi: *un processo trasformativo di una biografia in una carriera biografica. Ossia: quanto la posizione della configurazione discorsiva rilevata si colloca in direzione di una “carriera biografica” a fronte dell'evento occorso*” laddove la “carriera biografica” si definisce come: *l'insieme delle produzioni discorsive poste in termini attuali e in termini di anticipazione (proiezione futura), che caratterizzano sia il livello del resoconto (modalità discorsive caratterizzate dall'utilizzo della prima persona singolare o plurale nella lingua italiana), che quello della narrazione (modalità discorsive caratterizzate dall'utilizzo della seconda persona singolare o plurale nella lingua italiana), e che assumono carattere di previsioni e/o spiegazioni al comportamento attuale/passato*. In altri termini l'evento s'inserisce entro il percorso biografico (la storia di vita della persona) andando a costituire un punto di snodo “critico”¹⁴, in virtù del fatto che è stato in grado di innescare un mutamento di direzione nel dipanarsi della biografia stessa, generando effetti pragmatici descrivibili come ‘altri’ da quelli rilevabili/anticipabili in precedenza.

5.2 Il metodo

A fronte degli elementi teorici posti in premessa, risulta possibile ora entrare nel merito della Metodologia applicata e che costituisce il corpus dello strumento stesso. Come già descritto i presupposti della Scienza Dialogica si basano sul *logos* ovvero il *discorso* inteso come generatore di realtà: ciò che dico e come lo dico diviene reale nei suoi effetti pragmatici¹⁵. La dimensione discorsiva a cui fa riferimento la Scienza Dialogica può essere rappresentata dall'etichetta di “spazio discorsivo”, ossia *quanto si genera dagli universi di possibili configurazioni che il processo discorsivo stesso costruisce*: i “parlanti” stessi non sono altro che “configurazioni discorsive”. In tal modo si entra a pieno titolo in paradigmi interazionistici (realismo concettuale) (Turchi, Orrù, 2014). Lo studio delle modalità discorsive (produzioni discorsive) ha

¹⁴ Dal gr. “*crisis*”: momento che separa una maniera di essere o una serie di fenomeni da altra differente.

¹⁵ Si sottolinea come quando si parla di “dire” non ci si riferisce all'uso della lingua, ovvero dell'idioma, bensì alla modalità interattiva che consente di definire e sancire la realtà e alle proprietà del linguaggio *tout court*, inteso come interazione tra membri della comunità umana (scritta, verbale, non verbale, testuale, grafica, eccetera).

consentito di giungere ad una formalizzazione delle stesse ovvero alla definizione delle proprietà fondamentali del linguaggio e che sono state raggruppate all'interno della Tavola periodica dei repertori discorsivi (Figura 1).

Di seguito una rappresentazione grafica della Tavola citata:

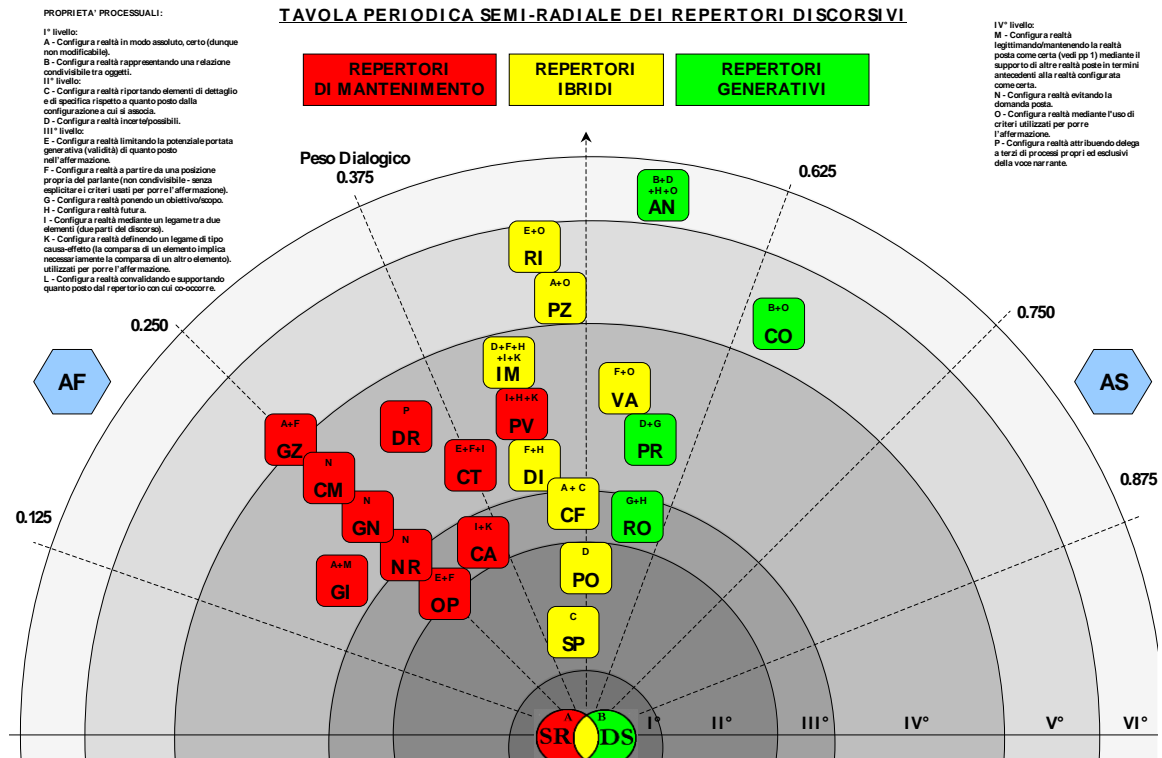


Figura 1 - La tavola periodica dei repertori discorsivi

Ognuna di queste modalità assume all'interno della teoria della misura per la Scienza Dialogica (Turchi, Orrù 2014) un peso dialogico, ovvero la capacità del Repertorio di generare configurazioni discorsive rispetto al gruppo cui appartiene: generativi, mantenimento, ibridi. L'insieme dei pesi dialogici dei repertori discorsivi individuati consente di giungere alla misura del peso dialogico complessivo della configurazione di "danno". Il metodo, quindi, prevede:

- la raccolta del testo tramite un protocollo di domande che indaga 4 aree distinte¹⁶:

¹⁶ Si sottolinea a fronte di quanto fin'ora presentato come l'uso della forma scritta e della raccolta del testo è solo uno degli elementi considerati dallo psicologo durante il colloquio, insieme con gli altri segni e modalità interattive del linguaggio (verbale, non verbale, mimica, prossemica, grafica etc).

TIPOLOGIA	OBIETTIVO	DOMANDE
“C”: controllo	Si tratta di una serie di domande “di controllo” (C) che indagano come la persona configura una persona (terza) nella cui biografia è accaduto un evento critico come il suo. Le produzioni discorsive che si raccolgono mettono nella condizione di poter valutare quanto l’evento critico risulta pervasivo all’interno dei discorsi che la persona stessa produce., ossia se sta inventando di avere un danno.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Come si descrive secondo lei una persona che ha vissuto un evento come quello che ha vissuto lei e per cui ci troviamo qui? 2. Come si descrive secondo lei una persona che, a fronte di un evento come quello che ha vissuto lei, ha subito un danno? 3. Pensi all’evento per cui ci troviamo qui. Descriva che cosa è accaduto. 4. Pensi a tutto ciò che è accaduto subito dopo l’evento per cui ci troviamo qui. Descriva cosa è accaduto. 5. Su quali aspetti della sua vita ritiene che l’evento abbia inciso?
T0: tempo prima dell’evento	Si tratta di una serie di domande che consentono di raccogliere, sia in termini di resoconto (inteso il racconto in prima persona), sia in termini di narrazione (inteso il racconto in terza persona), come la persona configurava la propria biografia prima che accadesse l’evento critico (che ha potuto generare danno). Pertanto, le produzioni discorsive raccolte consentono di osservare come la persona configurava la propria biografia prima dell’evento e, conseguentemente, se e quanto l’evento critico risulta pervasivo all’interno dei discorsi che mette in campo (anche) in un momento antecedente all’accadimento dell’evento critico.	<ol style="list-style-type: none"> 6. Come si descriveva in passato (prima dell’evento per cui ci troviamo qui)? 7. Pensi ad una persona che è a conoscenza dell’evento per cui ci troviamo qui. (Lei) Come veniva descritto da questa persona in passato (prima dell’evento per cui siamo qui)? 8. Pensi, invece, ad una persona che non è a conoscenza dell’evento per cui ci troviamo qui. (Lei) Come veniva descritto da questa persona in passato (prima che visse l’evento per cui siamo qui)?
T1: tempo dopo l’evento	Si tratta di una serie di domande che consentono di raccogliere, sia in termini di resoconto che in termini di narrazione, come la persona configura la propria biografia a fronte dell’evento critico. Pertanto, le produzioni discorsive raccolte mettono nella condizione di poter osservare come la persona configura la propria biografia dopo l’evento e, conseguentemente, quanto l’evento critico risulti pervasivo all’interno delle narrazioni discorsive che mette in campo (anche) a fronte dell’accadimento dell’evento critico.	<ol style="list-style-type: none"> 9. Come si descrive adesso (a fronte dell’evento che ha vissuto)? 10. Come la descriverebbe oggi (a fronte dell’accaduto) una persona che è a conoscenza dell’evento per cui siamo qui? 11. Come la descriverebbe oggi (a fronte dell’accaduto) una persona che, invece, non è a conoscenza dell’evento per cui siamo qui?
T2: prospettiva futura	Si tratta di una serie di domande che consentono di raccogliere, sia in termini di resoconto che in termini di narrazione, come la persona configura la propria biografia in termini di prospettiva futura. Pertanto, le produzioni discorsive raccolte mettono nella condizione di poter osservare come la persona configura la propria biografia dopo l’evento. Conseguentemente, tali produzioni discorsive, consentono di osservare quanto l’evento critico risulti pervasivo all’interno delle narrazioni discorsive che metterà in campo (anche) nel futuro.	<ol style="list-style-type: none"> 12. Come si descriverà in futuro? 13. Come la descriverà in futuro una persona che è a conoscenza dell’evento per cui ci troviamo qui? 14. Come la descriverà in futuro una persona che, invece, non è a conoscenza dell’evento per cui ci troviamo qui?

Tabella 2 - Il protocollo di domande per la raccolta del testo

- la denominazione dei ‘Repertori Discorsivi’ (Figura 1); ovvero, le modalità discorsive utilizzate nei testi per configurare la risposta ad ogni singola domanda del protocollo.

- partendo dal peso dialogico di ogni singolo repertorio discorsivo si giunge al calcolo del peso dialogico delle configurazioni di realtà generate dalle 4 tipologie di

domande (denominate con C, T0, T1 e T2). Il peso dialogico si colloca su un continuum che va da 0,1 a 9,9, dove il primo estremo rappresenta una configurazione di biografia (minimo impatto possibile dell'evento dannoso) e l'altro una di carriera biografica (massimo impatto possibile dell'evento dannoso).

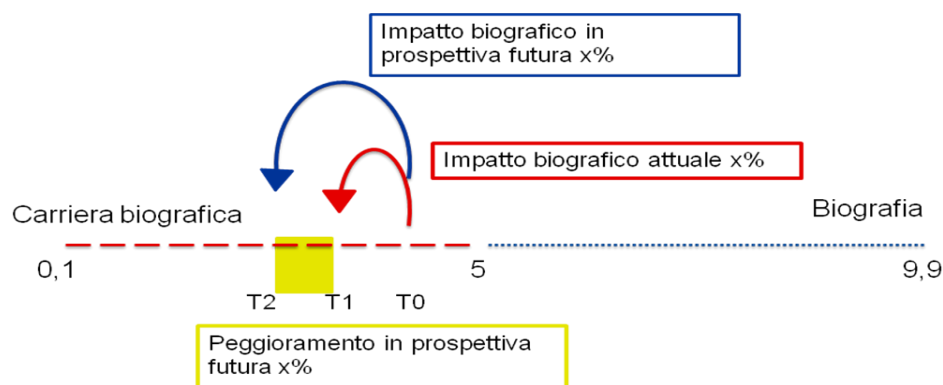


Figura 2 - La collocazione dei punti si configurazione (t0, t1 e t2) sul continuum Carriera biografica/Biografia (esemplificazione)

5.3 Gli output

Una volta raccolti i pesi dialogici delle configurazioni a t0, t1 e t2 (punti di configurazione), si giunge alla misurazione percentuale dell'impatto che l'evento critico ha avuto sulla biografia del singolo e in che quota esso può quindi dirsi dannoso. Mettendo a confronto il dato relativo al tempo precedente l'evento e il tempo attuale otteniamo lo scarto percentuale del possibile cambiamento biografico. La formula che consente di misurare quanto l'evento ha contribuito alla "compromissione" in termini biografici attuali è la seguente:

$$I.B. (Attuale) = (t1 - t0 / 9,8^{17}) * 100$$

Tale formula produce un valore che rappresenta la misura (in termini di percentuale) dello scarto procurato dal danno, sul massimo danno che si poteva dare. Mettendo poi a confronto i pesi dialogici delle configurazioni a t2 e t0; ovvero, il tempo in prospettiva futura e il tempo in prospettiva passata (per cui ci si aspetta valore positivo maggiore rispetto del tempo precedente laddove l'evento non abbiamo assunto valore di danno e viceversa), si ottiene il valore percentuale di impatto biografico dell'evento in prospettiva futura. La formula che consente di misurare questo indice, è la seguente:

$$I.B. (in prospettiva futura) = (t2 - t0 / 9,8) * 100$$

¹⁷ 9,8 è dato dalla differenza degli estremi del continuum 9,9 e 0,1. Indica quindi il massimo danno che si potrebbe dare.

Tale formula genera un valore che potrà essere letto in uno dei seguenti modi:

$t_2 > t_1$	$t_2 < t_1$	$t_2 = t_1$
si avrà una percentuale che indica un grado di assorbimento spontaneo dell'impatto biografico in prospettiva futura	si avrà una percentuale che indica un grado di peggioramento dell'impatto biografico in prospettiva futura;	si avrà una percentuale che indica il grado mantenimento dell'impatto biografico in prospettiva futura
MIGLIORAMENTO	PEGGIORAMENTO	MANTENIMENTO

Tabella 3 - Lettura degli output

In altri termini, se in prospettiva futura le modalità di descrivere la propria biografia e il mondo intorno a sé risultano caratterizzate da modalità generative di nuove possibilità e non contemplanò l'evento dannoso come unico elemento critico o su cui offrire valutazioni e stabilire scelte (se non tutt'al più in misura marginale), allora si potrà rilevare un miglioramento, rispetto al tempo attuale in cui incide l'evento dannoso. Viceversa se si rileva una uguaglianza di valori tra il tempo attuale e il tempo futuro si otterrà un mantenimento dell'impatto che il danno ha avuto e che avrà sulla biografia del singolo. In ultimo, nel caso in cui il valore del peso dialogico riferito al tempo in prospettiva futura sia inferiore rispetto al tempo attuale, allora avremo una riduzione dello spazio di possibilità che l'utente prospetta e quindi un peggioramento: ovvero l'evento "danno" produce dei riverberi sul lungo periodo all'interno della storia di vita del singolo. In questi ultimi due casi sarà quindi necessario prospettare un intervento mirato per la generazione di un cambiamento a livello biografico.

6. Caso studio

Il caso che presentiamo, riguarda due gemelli, nati nel 2003 che nel 2015 fanno un incidente con l'autobus in cui si trovavano, al rientro da una gita. L'incidente stradale, secondo quanto indicato dalle Linee Guida è un "Life event" di portata psico-lesiva massimale, con rischio morte.

Cronologia degli eventi¹⁸: l'evento traumatico risale al 23 luglio 2015.

Il gemello A riporta una frattura di gamba fa degli accertamenti ortopedici che non indagano altre componenti di danno, viene ricoverato e operato il 27 agosto dello stesso anno. L'ortopedico non fa alcun riferimento alla componente psichica. Diversamente, il 28 agosto un altro ortopedico segnala disturbi del sonno con agitazione richiedendo

¹⁸ Distinguiamo i percorsi dei due gemelli in termini cronologici, in quanto questo è uno dei criteri cardini sui nessi materiali di causalità in ambito medico legale.

visita neurologica ed eventuale visita psicologica. La visita psicologica viene effettuata dopo un mese. La relazione psicologica finale del 2 novembre 2016, a un anno circa dall'evento traumatico, riporta una diagnosi di disturbo da stress post traumatico.

Il gemello B non riporta alcuna lesione fisica. La visita psicologica viene effettuata a due giorni dall'evento e dal referto è possibile leggere: *“Impressioni: Sonnolenza, stanchezza, stress senza in atto segni di allarme. Consulenza psichiatrica, quesito diagnostico, sindrome depressiva con deviazione auto-soppressiva”*. Poi, la relazione psicologica è identica a quella del gemello A.

GEMELLO A		GEMELLO B	
Sanità	Salute	Sanità	Salute
Frattura alla gamba	<p>MISURAZIONE EFFETTAUATA</p> <p>Impatto biografico: I.B. (Attuale) = 72,4 %</p> <p>I.B. (Futuro) = 0 % (completo assorbimento dell'impatto biografico in prospettiva futura)</p> <p><u>Diagnosi: Disturbo acuto post-traumatico da stress</u></p>	//	<p>MISURAZIONE EFFETTAUATA</p> <p>Impatto biografico: I.B. (Attuale) = 69,3 %</p> <p>I.B. (Futuro) = 53 % (mantenimento significativo dell'impatto biografico in prospettiva futura)</p> <p><u>Diagnosi: Disturbo post-traumatico da stress acuto e cronico</u></p>
Perizia medico-legale (integrata)		Perizia medico-legale (integrata)	
<p>Il medico legale opta per l'attribuzione di un danno biologico temporaneo prolungato e per un danno biologico permanente pari allo 0%, per ciò che attiene il disturbo post-traumatico da stress. Viene, invece, valutata la componente biologica del danno all'arto inferiore con il riconoscimento di un danno biologico del 9%. Il “grado di sofferenza” (alias danno morale) viene considerato di grado “medio” nella fase della malattia e di grado “lieve” per i postumi.</p>		<p>Il medico legale opta per l'attribuzione di un danno biologico temporaneo prolungato e di un danno biologico permanente del 12% per disturbo post-traumatico da stress cronico (barèmes medico-legali di riferimento di cui alle Linee Guida per il <i>DSPT (F43.10)</i> prevedono per la forma lieve: range tra 11% e 15%. Il “grado di sofferenza” (alias danno morale) viene considerato di grado “medio” nella fase della malattia e di grado “lieve” per i postumi.</p>	

Tabella 4 - Schematizzazione del caso studio

6.1 Discussione dei risultati

L'applicazione dello strumento M.I.B. ha consentito al medico legale di individuare e misurare differenze significative fra i due gemelli, a fronte di un evento per cui si erano registrate due condizioni sanitarie differenti, una medesima diagnosi per la componente psichica a mezzo dello psicologo e, nonostante quest'ultima, due percorsi diversi per i due gemelli. Quindi, a parità di diagnosi e senza che fosse stata evidenziata

alcuna differenziazione tra i due casi da parte dello psicologo intervenuto, pur a fronte di percorsi clinici diversi e in quadri apparentemente sovrapponibili in una fattispecie complessa (trattandosi di soggetti giovani gemelli con legami complessi), in un ambito in cui dal colloquio medico-legale le differenze potevano, eventualmente, intuirsi ma non certamente misurarsi¹⁹, lo strumento M.I.B. ha consentito di porre in essere due percorsi valutativi diversi. Questo, alla luce di *prognosi diverse tra i due danneggiati oggettivate dallo strumento*. Lo strumento allora, dimostra, secondo l'applicazione che è stata descritta, le sue potenzialità sia sotto il profilo dell'*efficienza* (per la sua facilità di applicazione in cui il periziando risponde a un semplice questionario), sia sotto il profilo dell'*efficacia* (capacità di discriminazione del ruolo dell'evento impattante in relazione allo stato *quo ante* (lì ove il livello in T0 è capace di individuare anche preesistenze) e lì ove il livello in T2 ha forte valenza prognostica, estremamente importante in ambito medico-legale).

7. Considerazioni conclusive

Riprendendo quanto già offerto in premessa la sentenza 20292/2012 (Cass. Civ., Sez. III, del 20/11/2012) in cui si legge che "*il danno biologico (cioè la lesione della salute), quello morale (cioè la sofferenza interiore) e quello dinamico relazionale (altrimenti definibile esistenziale e consistente nel peggioramento nelle condizioni di vita quotidiane, risarcibile nel caso in cui l'illecito abbia violato diritti fondamentali alla persona) costituiscono i pregiudizi non patrimoniali, ontologicamente diversi e tutti risarcibili*", si è proceduto con il distinguere i due piani da considerare (sanità e salute) per la valutazione del danno alla persona. Successivamente, avendo focalizzato il contributo rispetto al piano della salute, si è offerta una panoramica dei principali strumenti a disposizione per l'analisi di questa e messo in luce come tale contributo sia essenzialmente di tipo valutativo. Si tratta, infatti, di strumenti (test psicologici o neuropsicologici) utili ai fini valutativi dell'impatto che il danno ha avuto sulla biografia del singolo, previa eventuale individuazione di etichette diagnostiche, secondo il DSM. Lo strumento presentato - il M.I.B, Strumento per la valutazione e misurazione dell'impatto biografico - oltre ad offrire anch'esso una valutazione dell'impatto che l'evento può aver avuto sulla biografia del singolo (inteso come impatto "dannoso" in senso lato), consente - e questo è l'elemento innovativo - di introdurre criteri di misurazione del danno alla persona. Tale ausilio consente quindi di disporre di una

¹⁹ Questo con evidenza di maggiore resistenza ai quesiti posti da parte del gemello B, rispetto al gemello A e maggiore riduzione del tono dell'umore apprezzabile nel gemello B, rispetto al gemello A.

argomentazione scientifica (la valutazione e gli output di misura che lo strumento offre, cfr par. 5.3). Si è argomentato come l'elemento comune che può essere misurato mediante lo strumento M.I.B riguarda l'impatto, l'incidenza, la ricaduta pragmatica che, l'evento generatore del danno, ha comportato nella vita della persona. Non di meno, lo strumento può essere pure di supporto nell'inquadramento diagnostico, oltre che nella misurazione relativa dello stato di partenza e/o predisposizione del soggetto; ovvero, della corretta identificazione dell'entità di eventuali preesistenze più o meno documentate e che consente pertanto di addivenire a precise valutazioni in termini di cd. "danno differenziale", lì ove, in ambito civilistico le concause (di lesione e/o menomazione) non escludono, notoriamente, la risarcibilità del danno. Lo strumento, infatti, offre indicatori valutativi e output misurativi che aiutano a giungere alla definizione e alla percentualizzazione del danno. Si riporta un esempio. La frattura di un arto, a causa di un incidente stradale, è misurabile e quantificabile dal medico legale in virtù del rigore del modello medico (potendo quantificare costi delle cure, riabilitazione, terapie etc.) poiché riferito a un'interruzione e/o riduzione della funzionalità dell'unità anatomo-funzionale. Lo stesso modello, però, non è adottabile laddove ci si riferisca al modo in cui tale evento abbia impattato sulla persona sotto il profilo psichico (danno biologico di natura psichica), sotto il profilo della sofferenza (cd. danno morale), sotto il profilo dinamico-relazionale e personale (anche in relazione alla coesistenza di postumi di natura fisica rilevanti), sotto il profilo dell'esistenza (cd. danno esistenziale) con possibilità di personalizzazione del danno. Questo in quanto l'oggetto di indagine, per questa fattispecie, non ha aderenza sul percetto (ovvero l'impatto che l'evento ha avuto) e deve, quindi, essere valutato in termini coerenti con lo statuto epistemologico su cui si adagia l'oggetto di indagine ovvero il realismo concettuale (Salvini, 1998). Oggetto d'indagine è, infatti, il modo in cui la persona costruisce l'evento e lo rende reale nelle sue ricadute; ovvero, come dal momento dell'evento in poi, la persona si descrive e narra di sé. Laddove l'evento abbia un impatto sulla vita di una persona senza tuttavia che emerga un disturbo psichico, tale incidenza può e deve essere rilevata, dimostrata e possibilmente misurata e quindi possibilmente risarcita. Considerando, poi, che la valutazione del danno esita in una percentualizzazione, e successiva monetizzazione, se da un lato il processo diagnostico costituisce la base del procedimento medico-legale, dall'altro, la misura dell'impatto biografico che il danno stesso ha sulla quotidianità della persona, offre i presupposti sulla base dei quali fondare la scelta del valore finanziario che il danno assume. In ultimo, sotto il profilo metodologico di acquisizione della

narrazione da parte del perito medico legale, lo strumento M.I.B., per com'è congegnato (formulazione del “questionario”, variabilità, imprevedibilità e indeterminazione delle risposte) si integra nell'ambito della prassi valutativo- discorsivo-acquisitiva, tipica della classica psichiatria forense e della medicina legale^{20 21 22}. Da tutto quanto esposto emerge altresì che, la valutazione dell'impatto biografico (quindi l'applicazione dello strumento M.I.B.), può costituire un valido mezzo di prova anche nei casi in cui il percorso trasformativo determinato dall'evento è testimoniato dalla presenza di “sintomi” e “segni” che non vengono spesso “colti” e “documentati” adeguatamente dai medici che intervengono nel percorso diagnostico-conoscitivo. Quindi, l'applicazione dello strumento M.I.B. consente al medico-legale anche di oltrepassare i limiti del danno biologico e di addentrarsi nella dimostrazione, valutazione e misurazione dei danni non patrimoniali di natura non biologica.

Bibliografia

BELLODI L., FARAVELLI C., (1990), Semeiotica Psichiatrica, in *Casano G. B.*, Psichiatria medica, UTET, Firenze, pp. 3-4

BRONDOLO W., MARIGLIANO A., (1996), *Danno psichico*, Giuffrè Editore, Milano.

BUZZI F., DOMENICI R., (2016) *Linee Guida per la valutazione medico-legale del danno alla persona in ambito civilistico*, SIMLA, Giuffrè Editore, Milano.

CASSANO G., BATTISTA – PANCHERI P., PAVAN L., (1999), *Trattato italiano di Psichiatria*, Masson Editore, Milano

CIMINO L., VASAPOLLO D., (2009), Considerazioni in merito all'uso dei test mentali nella quantificazione del danno biologico di natura psichica, *Criminologia, Vittimologia e Sicurezza* Vol. III - N. 2 - Maggio-Agosto, Bologna

²⁰ “... mentre nella semeiotica classica ispezione, palpazione, percussione, auscultazione sono di sicura resa nello svolgimento di un buon esame clinico, altrettanto non si può dire per la semeiologia psichiatrica, laddove è più difficile precisare quale sia la migliore tecnica d'esame. In quest'ultimo ambito, vista la scarsità dei reperti obiettivi e dei dati strumentali, *acquista significato preponderante il colloquio tra medico e paziente, attraverso il mezzo privilegiato della parola*” Trattato italiano di Psichiatria, 1999.

²¹ “...in psichiatria la parte oggettiva del procedimento diagnostico non esiste. *Il colloquio e la raccolta anamnestica.... sono gli unici momenti su cui realmente fondare la diagnosi*” – Invernizzi G, Manuale di psichiatria e psicologia clinica, McGraw-Hill, Milano 1996, pag 21.

²² “... *in psichiatria i segni obiettivi sono pressoché trascurabili e non esistono esami strumentali in grado di fornire interessanti sussidi diagnostici...*” – Bellodi L, Faravelli C., Semeiotica Psichiatrica, in *Cassano G. B.*, Psichiatria medica, UTET, Firenze, 1990, pp. 3-4.

DEL COMO, F., LANG M. , (2009), “*La diagnosi testologica. Test neuropsicologici, test d'intelligenza, test di personalità, testing computerizzato*” (a cura di) Franco Angeli, Milano.

INVERNIZZI G., (1996), *Manuale di psichiatria e psicologia clinica*, McGraw-Hill, Milano, p.21.

PAOLICELLI E., Il test di Rorschach: Manualetto introduttivo, *Psychomedia Telematic Review, Salute Mentale e Comunicazione*, <http://www.psychomedia.it/index1.htm>

SALVINI A., (1998) *Argomenti di Psicologia Clinica*, UPSEL, Padova

SENTENZA n.23147/2013 Cass. Civ. Sez III del 25/9/2013

SENTENZA n. 20292/2012 Cass. Civ., Sez. III, del 20/11/2012

STRACCIARI A., BIANCHI A. , SARTORI G. (2014) *Neuropsicologia forense II* Mulino, Bologna.

TURCHI, G.P., PERNO A., (2002), *Modello Medico e psicopatologia come interrogativo*, UPSEL, Padova

TURCHI, G.P. (2007), *M.A.D.I.T.: Manuale per la metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali*, Aracne Editore, Roma

TURCHI G.P., DELLA TORRE C.,(2007) *Psicologia della Salute: dal Modello Biosociosociale al Modello Dialogico*, Armando Editore, Roma.

TURCHI G.P., (2009) *Dati senza Numeri: per una metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali: M.A.D.I.T.*,Monduzzi Editore, Bologna

TURCHI G.P., ROMANELLI M., (2012), Per una Psicologia Clinica emanazione del senso scientifico: dall'ibridazione conoscitiva con il modello medico alla collocazione entro una precisa e rigorosa definizione di un modello operativo, *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 27-43 Roma, <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/ojs/index.php/rpc>

TURCHI G. P., ORRU' L. (2014), *Metodologia per l'analisi dei dati informatizzati testuali: Fondamenti di teoria della misura per la Scienza Dialogica*, EdiSES, Napoli.

TURCHI G.P., VENDRAMINI A.,(2016) *De Rerum Salute. Teoria e prassi per una architettura dei Servizi generativa di Salute*, EdiSES, Napoli.

TURCHI G.P., (2016) *Manuale Critico di Psicologia Clinica: Prolegomeni allo studio scientifico della Psicologia Clinica per la Salute - Lezioni di e su la Psicologia Clinica per la Salute*, EdiSES Napoli.

TURCHI G.P., SPOSINI F. M., (2016) *Al di là del Normale e del Patologico. Sulle possibilità normative in Medicina e Psicologia*, EdiSES, Napoli.