

Prof. Dott. Giuseppe Castellani

**PSICOLOGO**

**SPECIALISTA IN PSICOTERAPIA**

C.T.U. Tribunale di Firenze

Docente di Psicodiagnostica alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia 'Erich Fromm' -Prato

Docente di Neuropsicologia e Psicologia Forense Polo Psicodinamiche - Prato

Già Consulente del Consultorio Psicologico

del Dipartimento Militare di Medicina Legale di Firenze

Socio Ordinario della Scuola Romana Rorschach

e della Società Internazionale Rorschach

Socio della Società Medico Odontoiatrica Legale Toscana-SMOLT

Commissario UGL Medici Nazionale per Firenze e Provincia –

Responsabile Nazionale per lo stress lavoro correlato

Socio AIBeL- Associazione Italiana Benessere e Lavoro 

Via G. Giusti, 24 Firenze

Tel. 055/2345422 328/8144474

E- mail : [beatbep@virgilio.it](mailto:beatbep@virgilio.it)

Studio : via Montanelli,2 Firenze

Firenze, 2013

**RELAZIONE PSICODIAGNOSTICA SU XX DI ANNI 51**

**( Resa in disposizione ed ai sensi della Legge 56/89 )**

**Breve anamnesi recente**

XX accede al colloquio in atteggiamento lucido, orientato e partecipativo degli eventi che racconta. La storia anamnestica di XX – che soffre per un quadro ascrivibile a Sensibilità Chimica Multipla ed a fibromialgia -, è lunga e complessa, come apprendiamo dalla cospicua documentazione a proposito che esibisce.

Numerosi sono stati gli accertamenti specialistici, sia quanto a visite, sia ad esami di laboratorio. Cercherò di riassumerli brevemente e comunque rimando alla certificazione allegata a questo studio psicodiagnostico, per una loro approfondita disamina ed in particolare a quanto prodotto dal prof. Genovesi (allegati al termine di questa Relazione).

A causa delle patologie in atto da oltre 12 anni, il soggetto esperisce una profonda condizione di disagio e malessere psicologico, come tipicamente avviene in diretta conseguenza della SCM e della fibromialgia.

Non solo sul versante squisitamente comportamentale si hanno delle difficoltà, ma tutto questo si estende anche agli aspetti neuropsicologici, come potremo analizzare nel prosieguo di questa Relazione.

In virtù della complessa situazione di patologia, la vita tutta di XX ha subito una sorta di arresto affettivo, con una chiusura ed un ritiro da pressoché ogni interesse: sociale, lavorativo, relazionale.

Ogni volta che deve spostarsi dalla propria abitazione – che, lo ricordo, è bonificata ed è l'unico luogo per XX sicuro -, numerosissimi sono gli ostacoli e le precauzioni indispensabili. Questo rende il complesso della sua esistenza irto di problematiche praticamente insormontabili: chiunque si avvicini, deve premunirsi di non essere in qualche modo 'inquinato' e vi lascio immaginare quali difficoltà sono sempre presenti in ogni momento della giornata di XX.

**E' necessario sottolineare quanto sopra esposto in quanto tale condizione di imprevedibilità degli eventi comuni della vita quotidiana, rende XX costantemente preda di uno stato di ansietà diffusa nei riguardi di situazioni dannose che possono presentarsi in ogni momento. Infatti, i sintomi della malattia che abbiamo descritto, possono scatenarsi immediatamente se XX si trovi – in contrasto con la sua volontà e con il suo premunirsi -, esposto a banali fatti usuali e necessita, per questo, di una assistenza continua. XX fornisce la descrizione di tali 'fatti usuali': se lascia una finestra aperta e nel frattempo uno dei vicini stende i panni profumati di detersivo, accende il camino o il barbecue o se passa nelle vicinanze un motorino o un camion deve chiudere immediatamente la finestra ed attivare il purificatore d'aria, ma nel frattempo sono già comparse delle**

**reazioni violente che debilitano a tal punto da non poter rimanere solo. Ecco, così, che vive in uno stato di perenne allarme e praticamente recluso in casa.**

Ma sottolineiamo gli aspetti psicologici, quelli che sono il focus di questa indagine diagnostica, per risaltare ancor più la necessità di XX di aver un sostegno riconoscitivo e risarcitorio, che renda la sua vita un po' più accettabile.

### **ESAME PSICOLOGICO CLINICO**

A causa delle numerose serie patologie da cui è affetto XX, è presente una condizione di tipo depressivo del tono dell'umore. Tuttavia, XX non può assumere una terapia ad hoc, a causa dell'intollerabilità ai medicinali (vedere certificazioni allegate).

Questo comporta una situazione di estremo disagio, con tutta la sintomatologia clinica ed obiettiva che caratterizza XX, con difficoltà nel sonno, nei rapporti relazionali – che non può avere date le problematiche letterali di contatto-, nella vita tutta, insomma. Anche il lavoro è stato lasciato forzatamente ( .....) e questo ha contribuito ad un peggioramento continuativo delle condizioni comportamentali.

Anche durante il nostro colloquio,XX si interrompe più volte perché la partecipazione emotiva a quanto racconta sfocia in attacchi di pianto. L'umore è orientato al minus.

Si apprezza una condizione ansiosa di contorno; ma la patologia di maggior rilievo- potremmo dire esclusivo -, appare senz'altro di tipo depressivo.

L'impossibilità di eseguire una adeguata terapia- che XX vorrebbe decisamente assumere- , come segnalato all'inizio, costituisce un aggravamento oggettivo della situazione complessiva del soggetto.

Per adeguatamente valutare la condizione attuale della paziente, ho somministrato una consona e congrua batteria di test psicodiagnostici, qui sotto brevemente descritti e sui quali vi invito a soffermarvi per ben comprendere i risultati raggiunti:

**Wechsler Memory Scale – forma I e II** : si tratta della **Scala Wechsler per lo studio delle capacità mnesiche** e dei loro eventuali deficit. L'enorme vantaggio di questa Scala è la sua **diretta comparabilità con il Q.I. ( livello intellettivo ) ottenuto secondo la WAIS** . Esistono due versioni parallele, utili per il test-retest sul medesimo soggetto in tempi differenti. La Scala è composta da una serie di prove **'verbali' e 'grafiche'** di facile accettazione da parte dell'esaminato. La prova è di fondamentale utilità nella determinazione dei deficit eventuali conseguenti a traumi di natura psicologica e fisica.

**Test di Weigl** : la prova – la cui nuova edizione è datata 2010 -, pone in rilievo le sintomatologie correlate alla lesione dei lobi frontali, nei casi di trauma cranico,ictus,tumori cerebrali,sindrome di Korsakoff,encefaliti,malattie degenerative ed anche disordini psichiatrici come la schizofrenia. La prova è composta da una serie di 12 pezzi di legno differenti per forma, dimensione,colore,spessore e seme ed all'esaminato viene chiesto di comporre le categorie suddette – a lui sconosciute inizialmente. La valutazione avviene mediante il punteggio totale conseguito, corretto per età, sesso e scolarizzazione. Ampia è la letteratura internazionale seguita agli studi clinici effettuati sui soggetti in questione

#### **Hamilton Depression Scale:**

Scala che indaga 21 diverse aree che sono determinanti per la valutazione dello stato depressivo del soggetto. Le aree sono: umore depresso, senso di colpa, idee di suicidio, insonnia iniziale, insonnia intermedia, insonnia prolungata, lavoro e interessi, rallentamento di pensiero e parole, agitazione, ansia di origine psichica, ansia di origine somatica, sintomi somatici gastrointestinali, sintomi somatici generali, sintomi genitali, ipocondria, introspezione, perdita di peso, variazione diurna della sintomatologia, depersonalizzazione, sintomatologia paranoide, sintomatologia ossessiva. Ciascuna delle 21 aree rappresenta un singolo items della scala, ad ognuno dei quali l'esaminatore, durante il colloquio, deve attribuire un punteggio che va da 1 (assente) a 5 (grave), o da 1 (assente) a 3 (chiaramente presente), a seconda degli items e della gravità dei sintomi.

**Analisi dei risultati ottenuti per gli aspetti relativi all'Asse I e per gli  
aspetti neuropsicologici eventualmente compromessi**

**Analisi dell'Hamilton Depression Scale**

Tabella 1 – Protocollo Ham-D

<b>Umore depresso</b> (tristezza,mancanza di speranza,incapacità)			
Per niente	0		4
Manifesto questi sentimenti solo se mi viene chiesto	1		
Ne parlo spontaneamente	2		
Comunico questi sentimenti con l'espressione del volto, il	3		
Manifesto questi sentimenti con messaggi sia verbali che non verbali	4	x	

<b>Suicidio</b>			
Per niente	0		2
Penso che la vita non valga la pena di essere vissuta	1		
Vorrei essere morto o penso alla possibilità di suicidarmi	2	x	
Ho idee di suicidio	3		
Ho tentato seriamente il suicidio	4		

<b>Insonnia centrale</b>			
Non mi sveglio durante la notte	0		2
Sono diventato irrequieto durante la notte	1		
Mi sveglio durante la notte e mi alzo dal letto (non per urinare)	2	x	

<b>Lavoro e interessi</b>			
Nessuna difficoltà	0		4
Mi sento incapace,mi affatico facilmente,mi sento debole	1		
Ho perso interesse per le attività devo sforzarmi per lavorare	2		
Dedico un minor tempo alle attività o sono meno efficiente	3		
Ho cessato di lavorare a causa della malattia	4	x	

<b>Agitazione</b>			
Per niente	0		1
Sono irrequieto	1	x	
Gioco con le mani, con i capelli, ecc.	2		
Mi muovo continuamente, non riesco a stare seduto	3		
Mi torco le mani,mi mordo le unghie,mi tiro i capelli,mi mordo le	4		

<b>Ansia somatica</b> (palpit,cefalea,diarrea,indigest,sudoraz,crampi,erutt,sosp			
Per niente	0		4
lieve	1		
Moderata	2		
Notevole	3		
Invalidante	4		

<b>Sentimenti di colpa</b>			
Per niente	0		3
Auto accusa, penso di aver deluso la gente	1		
Idee di colpa o ripensamenti su errori passati o azioni peccaminose	2		
Penso che l'attuale malattia sia una punizione	3	x	
Odo voci d'accusa ,di denigrazione e/o esperienze allucinatorie visive	4		

<b>Insonnia iniziale</b>			
Non ho difficoltà ad addormentarmi	0		2
Talvolta ho difficoltà ad addormentarmi (più di mezz'ora)	1		
Ho sempre difficoltà ad addormentarmi	2	x	

<b>Insonnia ritardata</b>			
Nessuna difficoltà	0		1
Mi sveglio prestissimo ma mi riaddormento	1	x	
Non riesco a riaddormentarmi se mi alzo dal letto	2		

<b>Rallentamento</b> (ideazione, linguaggio e movimento rallentati,diffic concen			
Nessun cambiamento nel pensiero e nel linguaggio	0		1
Mi sento lievemente rallentato mentre parlo	1	x	
Mi sento molto rallentato mentre parlo	2		
Ho difficoltà a parlare	3		
Stato di arresto psicomotorio	4		

<b>Ansia psichica</b>			
Per niente	0		3
Sono teso ed irritabile	1		
Mi preoccupo per questioni di poco conto	2		
Sono apprensivo ed è evidente da come mi muovo e da come parlo	3	xx	
Manifesto spontaneamente le mie paure	4		

<b>Sintomi somatici gastro-intestinali</b>			
Per niente	0		2
Perso l'appetito ma mi alimento senza essere stimolato Senso	1		
Difficoltà ad alimentarmi senza aiuto.Prendo lassativi o farmaci per i	2	x	
disturbi gastro-intestinali			

**Tabella 2 – Risultati all’HamD**

HAMILT	DEPR	Punteggio	
HAMILTON		17	XX
DEPRESSION SCALE		18	
TOTALE		35	

<=7 :ASSENZA DI DEPRESSIONE; 8-17 DEPRESSIONE LIEVE  
18-24 :DEPRESSIONE MODERATA; >=25 : DEPRESSIONE GRAVE

Il risultato ottenuto da XX – che si colloca nell’intervallo ‘depressione grave’-, descrive coerentemente la sofferenza di un soggetto quale rilevata clinicamente e quale conosciamo attraverso il lungo e doloroso iter al quale la costringe la sua patologia. In virtù dell’assenza forzata di terapie farmacologiche, possiamo direttamente apprezzare ‘in vitro’ quale sia effettivamente la sua condizione di disturbo depressivo. Sia l’area somatico-affettiva che quella cognitiva appaiono colpite in maniera eclatante : per la prima assistiamo ad una presenza di perdita di energie,di interessi,modificazioni nel sonno e nell’appetito,agitazione e pianto; per la seconda, ad una crescita di pessimismo,senso di colpa, autocritica e perdita di autostima.

Si rivelano dunque presenti quelle categorie che sottendono la condizione depressiva di seria entità, che possiamo serenamente affermare condizionare tutto il comportamento di XX in senso negativo e disadattivo.

### RISULTATO AL TEST DI WEIGL

Tabella 3 – Protocollo del Test di Weigl

TEST DI WEIGL-Protocollo di registrazione	TEMPO	PUNTI	MODALITA'
Nome e cognome XX			
Età 51      Scolarità 17      Data 2013			
<b>CRITERI:</b> <b>Colore, Forma, Seme, Dimensione, Spessore</b>			
<b>COMPORTAMENTO DELL'ESAMINATO -</b> <b>TEMPO(max 3 minuti ATTIVA- 1 minuto PASSIVA)</b>			
Forma 15"		<b>3</b>	ATTIVA
Spessore 105"		<b>3</b>	ATTIVA
Dimensione 180" - Passiva no		<b>0</b>	ATTIVA-PASSIVA
Seme 15"		<b>3</b>	ATTIVA
Colore 20"		<b>3</b>	ATTIVA
<b>TOTALE PUNTEGGIO GREZZO:</b>			<b>12</b>



**Tabella 4 – Risultato al test di Weigl : si osservi la colonna in basso rappresentante il ‘punteggio corretto’**

Il risultato sopra presentato non evidenzia la compromissione di capacità esecutive; pertanto, possiamo escludere una componente squisitamente neuropsicologica nelle alterazioni del comportamento di XX.

**RISULTATI OTTENUTI ALLA WECHSLER MEMORY SCALE**

In Tabelle 5 e 6 il protocollo dei risultati al test.

Il punteggio corretto ottenuto – 90 -, indica capacità mnemoniche pressochè al limite inferiore della media (ricordo come il punteggio alla Wechsler Memory sia direttamente confrontabile, quanto ad intervalli diagnostici, a quello che si ricava alla Scala WAIS-R ). Pertanto, possiamo ipotizzare come le capacità ritentive di XX siano in qualche modo compromesse dal suo stato di salute ed a conferma parziale

di questa tesi, voglio proporre due argomenti diagnostici tra loro strettamente collegati.

Innanzitutto, la relativa povertà di esecuzione ad alcuni degli item del test sopra mostrato ( il cui protocollo esecutivo è sotto presentato interamente ):il 'controllo mentale', la 'memoria logica' ed anche la 'riproduzione visiva'. Tali ridotte prestazioni implicano una sottostante difficoltà attentiva, in altre parole, difficoltà alla concentrazione quando ci si trova di fronte a situazioni nuove ed inattese (un test psicodiagnostico è inatteso fino a quando non se ne conoscono gli elementi costitutivi), da porre in relazione pratica con la condizione di disturbo depressivo del soggetto ( e quest'ultimo trova conferma anche da questa prova ) e del quadro ansioso accessorio.

La seconda considerazione che voglio esporre si riferisce alla stima delle capacità di livello cognitivo complessive di XX, ottenuta attraverso il protocollo di Barona – presentato in Tabella 7-, rapportate proprio al Quoziente di memoria ottenuta dalla paziente. Orbene, detta stima riporta un probabile livello del QI di circa 115, ovvero sia classificabile come 'medio-superiore', dove specialmente primarie, per la determinazione di detto punteggio, appaiono le 'capacità verbali', quelle che comprendono le capacità mnesiche. Pertanto, l'abbassamento constatato in XX , in questo contesto, assume un rilievo di patologia non trascurabile.

Tabella 5 - Risultati ottenuti alla Wechsler Memory Scale –Forma I

<b>WECHSLER MEMORY SCALE - Forma I, II</b>
<b>O.S. 1997</b>

<b>NOME E COGNOME:</b>	XX	
<b>ETA'</b>	51	
<b>SESSO</b>		
<b>FORMA I</b>		
<b>Punteggio totale</b>	47	
<b>Coefficiente di correzione età</b>	0,4	
<b>Punteggio corretto</b>	91	
<b>QUOZIENTE DI MEMORIA-QM</b>	100	
<b>FORMA II</b>		
<b>Punteggio totale</b>		
<b>Coefficiente di correzione età</b>		
<b>Punteggio corretto</b>		
<b>QUOZIENTE DI MEMORIA-QM</b>		
<b>PUNT. WAIS-R (se eseguito)</b>		
<b>DATA</b>	2013	

CANCELLA  
TEST

**Tabella 6- Protocollo Wechsler Memory Scale forma I**

**Tabella 7 – QI Barona**

<b>VALUTAZIONE DEL QI BARONA</b>
<b>BARONA ET ALTRI 1984</b>

STAMPA

<b>NOME E COGNOME:</b>	XX	
<b>ETA'</b>	51	
<b>RAZZA</b>	BIANCHI	
<b>SESSO</b>		
<b>SCOLARITA'</b>	17	
<b>PROFESSIONE</b>	DISOCCUPATO	
<b>RESIDENZA</b>	> DI 2.500 ABITANTI	
<b>DATA</b>	29/11/2013	

<b>STIMA QI verbale</b>	116,71
<b>STIMA QI performance</b>	96,89
<b>STIMA QI TOTALE</b>	115,66

## **CONCLUSIONI DIAGNOSTICHE FINALI**

In virtù di quanto ottenuto dopo l'esame anamnestico e clinico e dopo la somministrazione dei test descritti, possiamo concludere come segue:

XX è affetto da una condizione depressiva di rilevante entità, con un quadro accessorio ansioso, da porre in diretta relazione con l'evolversi del quadro patologico descritto in anamnesi, di cui soffre ormai da anni.

Accanto a questa condizione – come suo diretto derivato -, troviamo uno stato di abbassamento nelle capacità cognitive, in particolar modo per quanto concerne le capacità di attenzione, concentrazione e memoria.

Il complesso delle prove somministrate, comparate con il suo stato clinico, si rivela di una coerenza stringente, come dimostrato con la loro analisi e con l'aderenza alla realtà comportamentale del soggetto. Tale quadro appare ancora in evoluzione e blandi sono, purtroppo, ancora i risultati terapeutici.

Abbiamo anche evidenziato come sussista una continuità terapeutica sotto tutti i punti presi in esame, continuità assolutamente indispensabile per cercare almeno di limitare gli effetti dannosi delle malattie presenti.

Ma affrontiamo inoltre un problema relativo al riconoscimento medico-legale di quanto siamo andati affermando.

### **Il problema della simulazione**

Nel DSM IV–TR, figurano le seguenti indicazioni per individuare i comportamenti simulatori:

“ La simulazione dovrebbe essere fortemente sospettata quando si rileva una combinazione dei seguenti elementi :

-contesto medico legale di presentazione dei sintomi;

-marcata discrepanza tra lo stress, o la compromissione lamentata dal soggetto e i reperti obiettivi;

-mancanza di collaborazione durante la valutazione diagnostica e nell'accettazione del regime terapeutico;

-presenza di Disturbo Antisociale di Personalità.

Nell'attività peritale è assolutamente necessario escludere la combinazione di questi elementi, nonché escludere che vi sia un Disturbo Fittizio ( in cui gli incentivi esterni sono assenti e predomina piuttosto un bisogno intrapsichico di mantenere un ruolo di malato) o un Disturbo di Conversione o altri Disturbi Somatoformi.

Nel nostro caso, possiamo escludere la presenza di elementi legati alla simulazione in quanto:

1) Il soggetto non presenta disturbo Antisociale di Personalità.

2) Gli eventi stressanti si sono sicuramente verificati e il soggetto è stato esposto ad essi.

3) Il disturbo psichico che abbiamo diagnosticato è compatibile con le evidenze scientifiche in merito all'evento stressante (in particolare si consideri la letteratura psicologica e psichiatrica sui Disturbi dell'Adattamento).

4) Gli eventi stressanti situazionali specifici vissuti dal soggetto hanno in se una potenzialità psicopatogena e traumatica

5) L'anamnesi rileva una esposizione adeguata del soggetto agli eventi.

6) Si può escludere un'influenza preponderante di un altro evento stressante nella genesi del disturbo psichico osservato.

7) Il soggetto è stato estremamente collaborante nell'indagine peritale e di fatto non incline a mostrare una soggettività espressa in forme enfatiche o cariche di *pathos*.

8) Il soggetto ha inoltre accettato il regime terapeutico indicato dal medico

Pertanto, considerando l'esposizione puntuale di cui sopra, possiamo escludere qualsiasi comportamento esagerativo o manipolatorio da parte di XX.

## VALUTAZIONE

A questo punto, dobbiamo considerare una molteplicità di fattori nella determinazione del danno e della sua quantificazione.

Come esposto nelle 'Linee guida per l'accertamento e la valutazione psicologico-giuridica del danno biologico-psichico e del danno da pregiudizio esistenziale', a cura dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, edito nel Dicembre del 2009 – che possiamo ben considerare come il documento attualmente più esaustivo in merito alle questioni come quella esaminata qui -, **il danno psichico derivante dagli esiti di un prolungato e cronico stato di salute deteriorato, si esplica in una alterazione degli aspetti della vita affettiva, familiare, delle attività realizzatrici, di riposo, ricreative, nelle relazioni sociali, nelle attività di autorealizzazione**, ognuna con una tipologia diversa e, dunque, con una diversa gravità di danno.

Dunque, sempre seguendo le 'Linee guida' citate, possiamo complessivamente valutare il danno **biologico-psichico – dal punto di vista clinico-** presente in XX entro la Classe III di pregiudizio, ovvero :

**'La sintomatologia è di media entità, ed è presente un disagio clinicamente significativo che si ripercuote negativamente sul funzionamento sociale, familiare e/o lavorativo. I confini tra sé e gli altri possono essere instabili. Il funzionamento dell'lo è irregolare e incostante con difficoltà nella gestione degli impulsi. L'esame di realtà è presente, ma compromesso per alcuni aspetti. I meccanismi di difesa utilizzati per far fronte alle angosce depressive, persecutorie o confusionali si alternano tra arcaici ed evoluti.**

(Linee guida...,pagg.,22-23)

Accanto a tale valutazione per il danno biologico-psichico, dobbiamo porre quella derivata come pregiudizio esistenziale, che comprende l'alterazione di quelle 'Relazioni' ed 'Attività' in precedenza riportate. Tenendo conto dei vari danni ivi riportati, complessivamente possiamo ascrivere l'esaminato entro una classe di 'Danno grave', ovvero:

‘Grave alterazione dell’assetto psicologico,delle relazioni familiari-affettive e delle attività realizzatrici’ ( ‘Linee guida...’, op. cit. pag.13).

**Voglio sottolineare come la gravità del danno esistenziale qui presentata sia particolarmente da considerare per le sofferenze, le rinunce, per l’azzeramento della serenità familiare occorsa a XX.**

## GIURISPRUDENZA DEL DANNO ESISTENZIALE

Accanto al danno psicologico, dobbiamo dunque considerare comunque un danno esistenziale, formulando una ‘personalizzazione’ adeguata, rilevando come tale quantificazione del pregiudizio esistenziale sia garantita da una serie di Sentenze nel corso di questi ultimi anni e non sia da limitare alla mera indicazione di valutazione sino ad un terzo del danno biologico. A riprova di quanto stiamo affermando, voglio riferire per prima la Sentenza emessa in data 25 Settembre 2009 dal GDP di Castellammare di Stabia, a proposito del riconoscimento e della quantificazione del danno esistenziale, dove esso legittimamente compaia (cfr. n.56 in Bibliografia):

.....

Inoltre il giudice, dopo la sentenza n. della S.C. a sezioni unite n. 3677 del 16.02.2009, operando una lettura costituzionalmente orientata degli artt. 139 Cod. delle Assicurazioni (3° comma: L’ammontare del danno biologico liquidato ai sensi del comma 1 può essere aumentato dal giudice in misura non superiore ad un quinto ) e 2059 c.c., deve garantire comunque l’integrale risarcimento del danno alla salute e che nella fattispecie concreta, il giudice, sulla base delle allegazioni e delle prove acquisite al processo e/o delle risultanze della consulenza tecnica d’ufficio, ritiene che la “voce” del danno non patrimoniale intesa come “sofferenza soggettiva” non sia adeguatamente risarcita, in considerazione del complessivo danno non patrimoniale subito dal soggetto, con la sola applicazione dei predetti valori monetari, conseguentemente, il giudice, procedendo ad “adeguata personalizzazione” del danno non patrimoniale, liquida, congiuntamente ai valori monetari di legge, una somma ulteriore che ristori integralmente il pregiudizio subito dalla vittima. Così come da recentissimo dictum: «In materia di risarcimento del danno non patrimoniale il giudice deve garantire comunque l’integrale risarcimento del danno alla salute, sulla base delle allegazioni e delle prove



acquisite al processo e/o delle risultanze della consulenza tecnica d'ufficio; il giudice, potendo ritenere che la "voce" del danno non patrimoniale intesa come "sofferenza soggettiva" non sia adeguatamente risarcita, può procedere ad un' adeguata personalizzazione del danno non patrimoniale, liquidando, congiuntamente ai valori monetari di legge, una somma ulteriore che ristori integralmente il pregiudizio subito dalla vittima». (Tribunale di Milano, Sezione V Civile, Sent.19.02.2009, n. 2334) tesi accolta anche dalla sentenza del 24.11.2008 della Corte d'Appello erugina: «È da ritenere, invero, dato certo ed inoppugnabile che ai fini liquidatori tutti i pregiudizi devono venire in rilievo, al fine di garantire il risarcimento integrale, essendo stato ribadito che il giudice deve "procedere ad adeguata personalizzazione della liquidazione del danno biologico, valutando anche le sofferenze fisiche e psichiche patite dal soggetto leso, onde pervenire al ristoro del danno nella sua interezza"»; conforme Tribunale di Torino, Sezione quarta civile, nella sentenza n. 7876 del 27/11/2008 e Tribunale di Novara, Sentenza 16 febbraio 2009

Accanto a questa, giunge la sentenza Cassazione n.6737. del 24 Marzo 2011, dove tale punto viene ribadito con forza (pagg.15,16):

"..non sussistendo alcun valore vincolante delle cosiddette tabelle, le quali restano un parametro meramente orientativo ed indicativo della liquidazione equitativa da operare nella singola fattispecie e necessitando comunque di una attività di compiuta ed adeguata personalizzazione, al fine di renderle aderenti alle peculiarità del caso; pertanto, a maggior ragione in materia di liquidazione del danno non patrimoniale non vi è obbligo di conformarsi ad una particolare tabella e, tanto meno, di ricercare quella correntemente applicata al tempo della liquidazione nell'ufficio giudiziario precedente o in altri uffici..."

Ma, particolarmente esaustiva appare la Sentenza Cassazione n.14402 del 30 Giugno 2011 , che fornisce il compendio a quanto stiamo affermando in relazione al danno esistenziale ed alla sua corretta valutazione:

**'..il cosiddetto 'danno esistenziale' non consiste invero nella 'privazione di attività non remunerative, fonti di compiacimento o benessere', bensì, come da questa Corte anche di recente ribadito, nel pregiudizio del fare reddituale del soggetto determinante una modifica peggiorativa della personalità da cui consegue uno sconvolgimento dell'esistenza e in particolare delle abitudini di vita, con alterazione del modo di rapportarsi con gli altri nell'ambito della comune vita di relazione, sia all'interno che all'esterno del nucleo familiare .**

**E' lo sconvolgimento foriero di 'scelte di vita diverse', in altre parole, lo sconvolgimento dell'esistenza obiettivamente accertabile in ragione dell'alterazione del modo di rapportarsi con gli**

altri nell'ambito della vita comune di relazione, sia all'interno che all'esterno del nucleo familiare, che, pur senza degenerare in patologie medicalmente accertabili (danno biologico), si rifletta in una alterazione della sua personalità tale da comportare o indurlo a *scelte di vita diverse* ad assumere essenziale rilievo ai fini della configurabilità e ristorabilità di siffatto profilo del danno non patrimoniale. ' (pag.22 citata Sentenza).

Osserviamo come tali conclusioni della Cassazione si attaglino al danno riferito e descritto per XX , che presenta, comunque, un danno biologico-psichico accertabile e accertato mediante studio psicodiagnostico.

Ma ancora citiamo altri passaggi di detta Sentenza:

' E' invero compito del giudice accertare l'effettiva consistenza del pregiudizio allegato, a prescindere dal nome attribuitogli, individuando quali ripercussioni negative sul valore persona si siano verificate, e provvedendo alla loro integrale riparazione.

Il principio di integralità del risarcimento del danno impone infatti che nessuno degli aspetti di cui si compendia la categoria generale del danno non patrimoniale, la cui sussistenza risulti nel concreto accertata, rimanga priva di ristoro. Tali aspetti debbono essere invero presi tutti in considerazione ai fini della determinazione dell'ammontare complessivo del risarcimento conseguentemente dovuto dal danneggiante/debitore'. (pag.24,citata)

E si deve aggiungere il danno esistenziale a quello biologico, quando quello non è stato adeguatamente indicato:

' Non può infatti sostenersi che allorquando ai fini della liquidazione di danno biologico vengono presi in considerazione anche i c.d. *aspetti relazionali* , per ciò stesso tale aspetto o voce di danno possa considerarsi invero sempre e comunque assorbente il c.d. danno esistenziale (in tal senso v. invece Cass. 10/2/2010 n. 3906; Cass. 30/11/2009 n.25236), essendo in realtà necessario verificare *quali* aspetti relazionali siano stati valutati dal giudice e se sia stato in particolare assegnato rilievo anche al (*radicale*) cambiamento di vita, all'alterazione /cambiamento della personalità del soggetto in cui dell'aspetto dal danno non patrimoniale convenzionalmente indicato come danno

esistenziali coglie il significato pregnante (v.Cass. 2011,n.7844). Iaddove tali aspetti relazionali (del tutto ovvero secondo i profili peculiarmente connotanti il c.d. danno esistenziale ) non siano stati invece presi in considerazione, dal relativo ristoro non può invero prescindere (pag. 25, citata).

Ultima in ordine temporale, la Sentenza n.2228 del 16 Febbraio 2012, dove si ribadiscono ulteriormente i principi già enunciati in relazione alla legittimità della richiesta e del ristoro conseguente ad un atto illecito, specificando ancora che la prova del danno può essere fornita anche mediante *presunzioni di sofferenza*.

Inoltre, le Sentenze citate ben si attagliano al particolare tipo di danno che qui invociamo, ovvero quello derivato dagli esiti della compromissione della vita e della serenità familiari, che nessuno può obiettare siano avvenute per XX.

Lasciatemi precisare, dunque, che non si ha nessuna *duplicazione* nella somma della considerazione degli effetti del danno biologico e di quello esistenziale, quale adeguatamente indicato in questa sede, poiché risultano soddisfatte tutte le richieste imposte dalla Cassazione citata. Quindi, nessuna duplicazione nella richiesta del danno esistenziale che si affianchi a quello biologico –inteso nella sua propria interezza di danno psicofisico-, dunque legittimamente avanzata.

## **IN SINTESI:**

### **Conclusioni diagnostiche:**

L'evento scatenante, costituito dall'ingresso in quella che viene definita una 'malattia rara' ha provocato, come in precedenza dettagliatamente esposto, un marcato disagio psichico con una condizione depressiva che si è viepiù rivelata severa ed una comorbidità ansiosa di grado più lieve ma altrettanto importante ai fini del complessivo stato di disturbo presente in XX. Tale condizione viene ulteriormente confermata ed aggravata in virtù del

decadimento di alcune funzioni neuropsicologiche, come dimostrato dalle prove specifiche somministrate a XX.

Infatti, la encefalomielite diagnosticata determina un grave quadro depressivo, compromette le capacità mnesiche e attentive, limita lo svolgimento di attività fisica che coinvolga le attività intellettive, limita notevolmente la autonomia, la vita lavorativa e di relazione, come già illustrato nella Anamnesi.

L'insieme dei test mentali dimostra che XX è un paziente fragile a rischio di ulteriore deterioramento della salute e dello stato funzionale con profonda riduzione di autonomia nelle attività della vita quotidiana. **Per questo si rende assolutamente indispensabile un accompagnamento per XX, in quanto non può essere lasciato da solo per il comune disbrigo delle normali e consuete attività della persona. Tale accompagnamento può essere ottenuto con l'erogazione di quell'emolumento previsto in analoghe condizioni che comportano queste gravissime limitazioni psicofisiche- quali già riconosciute nel soggetto ed in questa sede espresse con ancor maggiore intensità-, in virtù dell'Istituto giuridico della valutazione del danno da invalidità civile e della valutazione dell'handicap con connotazioni di gravità (art.3 comma 3 legge 104/92).**

Giuseppe Castellani



ORDINE DEGLI PSICLOGI  
D.P. 216  
Dr. GIUSEPPE CASTELLANI  
Psicologo Psicoterapeuta  
NELLA TOSCANA



- 24) G. Castellani 'Il CPI -California Psychological Inventory' --, Psicolab Firenze 2006
- 25) G. Castellani 'L'MMPI -Minnesota Multiphasic Personality Inventory' ,Psicolab,Firenze 2006
- 26) G. Castellani 'Le favole di L.Duss' --,Psicolab,Firenze2006
- 27) G. Castellani 'Il Caso di Sofia, di 9 anni' -articolo di rel. peritale,Psicolab,Firenze 2006
- 28) G. Castellani 'Studio delle Capacità Mnesiche ' - Psicolab, 2006
- 29) G. Castellani 'Un Caso di Lutto - parte I' - Psicolab, 2006
- 30) G. Castellani 'Un Caso di Lutto - parte II'- Psicolab, 2006
- 31) G. Castellani 'Un Caso di Lutto - parte III'- Psicolab, 2006
- 32) G. Castellani 'Un Caso di Lutto - parte IV'-Psicolab, 2006
- 33) G. Castellani 'Relazione Psicodiagnostica Su U G, Di Anni 39'- Psicolab, 2007
- 34) G. Castellani 'Relazione Psicodiagnostica su I D C, di Anni 63'- Psicolab, 2007
- 35) G. Castellani 'Relazione Psicodiagnostica su S P, di Anni 28'- Psicolab,2007
- 36) G. Castellani 'Relazione Psicodiagnostica su F F, di Anni 20'- Psicolab,2007
- 37) G. Castellani 'Relazione sullo Studio delle Capacità Mnesiche del Signor G P, Di Anni 77'-  
Psicolab,2007
- 38) G. Castellani 'La psicologia diagnostica in Internet' © COPYRIGHT 2005, ITOSCANA.ORG
- 39) G. Sartori ed altri TIB- Test d'intelligenza breve Ordine degli Psicologi 1996
- 40) G. Castellani L'affidabilità del Rorschach nella valutazione della capacità d'intendere e volere  
Foro Salernitano, 2009
- 41) G. Castellani L'MMPI-Minnesota Multiphasic Personality Inventory-:è così attendibile in ambito  
medico-legale? Foro Salernitano, 2009
- 42) M.G.Inzaghi Test di Weigl O. S. Firenze 2011
- 43) G. Castellani La Scala WAIS-R con gli indici diagnostici Psicolab 2011

Per la parte relativa alle teorie fattoriali dell'intelligenza si veda:

- 44) Anne Anastasi I test psicologici F. Angeli ed. Milano 1975

