

PALIERO V. (*)

Quanto vale una vita? Il contributo della medicina legale nell'assetto risarcitorio del danno da morte.

(*) Specialista in Medicina Legale, Pavia, Italia. Consulente del Centro Medico Legale S.R.L. valeria.paliero@gmail.com

Lavoro presentato al II Congresso Nazionale della Società Scientifica COMLAS. Lucca, 1-2-3 Ottobre 2015.

Paper presented at the II National Meeting of the Scientific Society COMLAS. Lucca, Italy, Oct. 1-2-3, 2015.

Abstract: How much is a life worth? The role of legal medicine in the bereavement damage's compensation system.

In Italian civilistic law, bereavement damages are highly debated juridical figure. The compensation for bereavement damages has always been firmly rejected by jurisprudence, as confirmed by the latest sentence issued by the Joined Chambers of the Supreme Court. This denial tendency has triggered the proliferation of alternative jurisprudential settlements and the creation of many different kinds of damages, such as the so called "danno biologico terminale", danno catastrofale" and "danno da perdita del rapporto parentale".

The role of legal medicine in this complex and intricate legal system, is primarily focused on the assessment of the psychological consequences that can arise in people suffering the loss of a close relative.

This assessment is extremely complex because of the lack, until now, of a standardized and universally approved set of medico-legal criteria for estimating bereavement-related mental disabilities.

However, in recent years, the clinical manifestations secondary to tragic events have been the object of several studies, which have defined their features more clearly and given rise to the identification of a new disease entity, called persistent grief disorder (PGD). This psychiatric illness has been also included in the classification of the DSM-5 with the definition of "persistent complicated grief disorder" and for it was also arranged a specific set of diagnostic criteria, now almost universally approved.

These clinical and scientific acquisitions have caused some deep conceptual and methodological changes in legal medicine. Indeed, it is now possible to delineate the different bereavement-related diseases clearly and to produce specific parameters for percentage evaluations, providing a solid basis for defining the most appropriate compensation.

Today, our knowledge of bereavement has largely improved, so it is possible to foresee a similar, substantial improvement in the forensic evaluation of this peculiar condition.

Key words: bereavement damages; prolonged grief disorder; persistent complex bereavement disorder

Riassunto

Nell'ordinamento civilistico italiano, il danno da morte rappresenta una figura giuridica estremamente dibattuta. La negazione della risarcibilità del danno tanatologico *strictu sensu* - strenuamente propugnata dalla giurisprudenza e di recente ribadita da un'importante decisione delle Sezioni Unite - ha inevitabilmente condotto alla proliferazione di soluzioni giurisprudenziali "alternative", con la creazione di profili risarcitori peculiari - sia *iure proprio*, che *iure hereditatis* - quali il danno biologico terminale, il danno catastrofico e il danno da perdita del rapporto parentale.

Nell'ambito di questo complesso e articolato sistema, il ruolo della medicina legale è precipuamente incentrato sulla valutazione del danno biologico di natura psichica che può insorgere nelle c.d. vittime secondarie a seguito dell'evento luttuoso subito. Tale valutazione risulta estremamente complessa, non soltanto in ragione delle difficoltà insite, di per sé, nell'accertamento del danno psichico, ma anche perché, sino ad oggi, non è mai stata elaborata una criteriologia medicolegale standardizzata e universalmente condivisa per la stima delle menomazioni psichiche lutto-correlate.

Negli ultimi anni, tuttavia, le manifestazioni cliniche secondarie ad eventi luttuosi sono state oggetto di numerosi studi, i quali, oltre a definirne con maggior chiarezza le caratteristiche, hanno permesso di individuare una nuova ed autonoma entità nosologica, denominata disturbo da lutto persistente (PGD). Per tale fattispecie, ricompresa anche nella classificazione del DSM-5 con la definizione di "disturbo da lutto persistente complicato", è stata altresì elaborata una specifica criteriologia diagnostica, ormai pressoché universalmente accolta e riconosciuta.

La portata delle predette acquisizioni clinico-scientifiche ha determinato profondi mutamenti concettuali e metodologici anche in campo medicolegale, ove è stato possibile, non soltanto delineare con chiarezza i diversi quadri psico-patologici lutto-correlati, ma anche giungere alla creazione di specifici parametri valutativi percentualistici, fornendo solide basi per la definizione del quantum risarcitorio più appropriato. Il percorso evolutivo in tema di danno da lutto si connota, dunque, in maniera decisamente positiva, nel senso di un continuo e progressivo affinamento delle conoscenze in materia, che lascia presupporre un sostanziale miglioramento nella valutazione forense di tale peculiare condizione.

1. Morte e responsabilità civile: *quid iuris*?

Se in ambito penale la morte e le sue conseguenze hanno ormai da tempo trovato una chiara e precisa allocazione giuridica, altrettanto non può dirsi per quanto concerne il settore civilistico, nell'ambito del quale i riflessi di tale evento presentano tutt'ora ampi margini di indeterminatezza.

La diatriba in merito alla risarcibilità del danno da morte – iniziata nel lontano 1925¹ e conclusasi, almeno in apparenza, con la recente pronuncia delle Sezioni Unite² – ha portato, negli anni, alla creazione di diverse figure di danno, invero notevolmente difformi tra loro.

Pur trattandosi di una categoria apparentemente unitaria, il “danno da morte” travalica i suoi stessi confini definitivi, caratterizzandosi come un’entità polimorfa che – proprio come il *polytropos Odysseus* della tradizione classica - assume fattezze e denominazioni di volta in volta differenti, cui corrispondono altrettanto differenti profili normativi e giuridici.

Questa peculiare ridondanza – terminologica e sostanziale - rispecchia appieno la grande incertezza che permea la giurisprudenza chiamata a pronunciarsi sul tema; incertezza che, logicamente, finisce col riverberarsi anche sui criteri risarcitori adottati – di volta in volta estremamente variabili – portando all’elaborazione di quantificazioni alquanto disomogenee, quando non manifestamente incongrue, secondo una prassi che in dottrina si è meritata la calzante definizione di “lotteria del risarcimento”.³

Nel corso degli anni, specie più recenti, la giurisprudenza si è trovata più volte a dover affrontare questa spinosa tematica, spesso con risultati alquanto contraddittori, che hanno tracciato un percorso ondivago, caratterizzato da una ciclica alternanza di concessioni e limitazioni, senza che sia mai stato possibile approdare ad una soluzione sostanzialmente condivisa.

2. Il “lungo cammino” del danno da morte

L’esclusione del ristoro – e, conseguentemente, anche della trasmissibilità *iure hereditatis* – del danno tanatologico, da sempre propugnata dal nostro ordinamento civilistico,⁴ poggia le sue fondamenta su solide argomentazioni giuridiche, essenzialmente riconducibili a tre fondamentali principi: la netta distinzione tra il bene giuridico della *vita* e quello della *salute*; l’impossibilità di

¹ Cass. Civ. S.U., n. 3475 del 22 dicembre 1995

² Cass. Civ. S.U., n. 15350 del 22 luglio 2015

³ Guidi B.: *Storia e vicissitudini del danno da morte*. Danno e Responsabilità 2013; 12: 1207-1213

⁴ Si vedano, fra le altre: Cass. Civ., n. 870 del 17 gennaio 2008; Cass. Civ., n. 6754 del 24 marzo 2011; Cass. Civ., n. 22601 del 17 luglio 2012

ammettere la risarcibilità di un danno-evento e la funzione del diritto civile, avente, per definizione, finalità riparatorie e non sanzionatorie.⁵

Tale impostazione “negazionista” strenuamente mantenuta, nel corso degli anni, dalle corti di legittimità, ha sollevato diverse critiche da parte della dottrina e si è inevitabilmente scontrata con le pretese di una più ampia tutela civilistica, motivate dal “sentire sociale”, inducendo la creazione di soluzioni compromissorie, volte ad aggirare l’ostacolo mercé l’ammissione al ristoro di altri e diversi “beni”.

Nel panorama risarcitorio si sono così affacciate una serie di figure ancillari, gravitanti nella stessa orbita del danno tanatologico, ma tuttavia dotate di autonomia propria e afferenti tanto all’ambito biologico, quanto a quello morale/esistenziale.

Per quanto concerne la sfera del danno trasmissibile *iure hereditatis*, sono state create – nonché ufficialmente vidimate dalle celebri sentenze di San Martino⁶ – due distinte fattispecie: il danno biologico terminale, rappresentato dal nocimento radicatosi nella vittima nell’arco temporale intercorrente tra la lesione e la morte; e il danno catastrofe (o catastrofico, o da lucida agonia), pregiudizio di tipo morale, conseguente alla sofferenza, breve ma di intensità massima, patita dalla persona che assiste lucidamente allo spegnersi della propria vita.

D’altro canto, non sono mai stati lasciati privi di ristoro neanche i danni riflessi insorti in capo alle vittime secondarie (eredi e prossimi congiunti), alle quali spetta, *iure proprio*, tanto il risarcimento dei pregiudizi esistenziali, ricompresi nel c.d. danno da perdita del rapporto parentale, quanto l’eventuale riconoscimento di un vero e proprio danno biologico, conseguente alle menomazioni somato-psichiche sviluppate a seguito della perdita subita.

A scompaginare il predetto assetto giurisprudenziale, mantenutosi pressoché inalterato per decenni, è intervenuta l’ormai celebre sentenza “Scarano”⁷ che, con un brusco *revirement*, ha cancellato quasi un secolo di giurisprudenza, ammettendo - per la prima volta - la completa e autonoma risarcibilità del danno da perdita della vita, senza distinzioni qualitative, né cronologiche, rilevando che esso “è *altro e diverso, in ragione del diverso bene*

⁵ Foffa R.: commento a *Il danno da morte va in Paradiso (con il danneggiato)*. Danno e Responsabilità 2011; 1: 29-35

⁶ Cass. Civ. S.U., n. 26972/3/4/5 dell’11 novembre 2008

⁷ Cass. Civ. Sez. III, n. 1361 del 23 gennaio 2014

tutelato, dal danno alla salute, e si differenzia dal danno biologico terminale e dal danno morale terminale (o catastrofe o catastrofico) della vittima, rilevando ex se nella sua oggettività di perdita del principale bene dell'uomo costituito dalla vita, a prescindere dalla consapevolezza che il danneggiato ne abbia, e dovendo essere ristorato anche in caso di morte c.d. immediata o istantanea”.

La predetta sentenza non ha mancato di sollevare una ridda di perplessità e di preoccupazioni da parte della più illustre dottrina che, a più voci, ha sottolineato le gravi conseguenze – giuridiche, economiche e sociali - insite nell'improvvido riconoscimento di tale fattispecie di danno, potenzialmente in grado di far crollare i fondamenti dell'intero sistema risarcitorio civilistico.⁸

Per sciogliere il nodo gordiano sull'ammissibilità, o meno, del danno tanatologico è stato necessario l'intervento delle Sezioni Unite che, dopo una lunghissima riflessione, protrattasi per oltre un anno, nel luglio del 2015 hanno finalmente reso nota la propria decisione.⁹

Come prevedibile, con un'inevitabile soluzione alessandrina e senza giri di parole, la Corte ha fermamente rigettato l'orientamento della terza sezione (non poteva essere altrimenti, vista la posta in gioco), ritenendo che non contenesse “*argomentazioni decisive per superare l'orientamento tradizionale, che, d'altra parte, risulta essere conforme agli orientamenti della giurisprudenza europea*”.

Le motivazioni – invero piuttosto scarse – addotte dalle S.U. a sostegno della propria tesi, non introducono, in realtà, alcuna novità sostanziale, limitandosi a ricalcare quanto già ampiamente affermato dalla precedente giurisprudenza, secondo i ben noti principi “negazionisti” dianzi riepilogati.

⁸ *La Sentenza “Scarano” sul danno da perdita della vita: verso un nuovo statuto di danno risarcibile?* Danno e Responsabilità 2014; 4, con note di Ponzanelli G. e Foffa R.; Martini F.: *Risarcimento del danno da perdita della vita: in attesa delle SU la giurisprudenza di merito di divide.* Ri.Da.Re del 12 marzo 2015; Hazan M, Chiriatti G.: *In attesa del danno da morte (pur con i debiti scongiuri...): questioni “transitorie”, sostanziali e processuali.* Ri.Da.Re del 10 febbraio 2015; Spera D.: *La lucida agonia del danno tanatologico in attesa delle Sezioni Unite.* Ri.Da.Re del 9 aprile 2015

⁹ Cass. Civ. S.U., n. 15350 del 22 luglio 2015

Con siffatta pronuncia - che, pur con qualche riserva, si è guadagnata il generale plauso della dottrina¹⁰ - le Sezioni Unite sembrerebbero aver definitivamente posto la parola fine alla lunga traversata del danno tanatologico, trasformandola, tutt'al più, in un periplo, destinato a riapprodare al lido di partenza.

3. Accertamento e valutazione del danno da morte: quale competenza medicolegale?

All'esito del sintetico excursus storico-giuridico dianzi riepilogato, v'è da chiedersi quali siano, nei meandri delle svariate poste risarcitorie create dalla giurisprudenza, gli ambiti di effettiva competenza medicolegale.

Nonostante le diverse fattispecie di danno morte-correlato offerte dal panorama civilistico risultino numerose e variegate, la scienza medicolegale si trova a rivestire un ruolo alquanto marginale in tale ambito, che appare perlopiù dominato da entità astratte e ambigue, sfuggenti a quel processo di concreta obiettivazione che rappresenta il caposaldo dell'attività peritale.

Il danno catastrofale, come sopra descritto, si identifica nella sofferenza e nella disperazione che possono essere provate dalla vittima primaria nel breve intervallo verso il proprio progressivo spegnimento; condizione che afferrisce, evidentemente, alla sfera della sofferenza morale.

Lungi dal voler riaprire l'annosa questione della distinzione tra *algos* e *pathos* - già ampiamente affrontata in letteratura¹¹ - è il caso di precisare, innanzitutto, che il danno catastrofale esula completamente dalla competenza medicolegale.

A tal proposito, è stato già sottolineato¹² come l'ambigua definizione di "sofferenza psichica" attribuita a tale fattispecie di danno dalla già citata sentenza delle S.U. del 2008, abbia ingenerato una notevole confusione lessicale e interpretativa, nella misura in cui contiene, evidentemente, una contaminazione tra la sfera morale e quella biologica, lasciando affiorare motivate dubbiosità in merito ai criteri - equitativi o medicolegali - da adottarsi per la sua valutazione.

¹⁰ Spera D.: *La sentenza Cass. S.U. n. 15350/2015: pietra tombale sul danno tanatologico e crisi della funzione nomofilattica della Cassazione*. Ri.Da.Re del 31 luglio 2015; Bona M.: S.U. 2015: prosegue la saga sul danno non patrimoniale. Ri.Da.Re del 30 luglio 2015

¹¹ Valdini M.: *Il dolore nella valutazione del medico legale* 2007, Giuffrè, Milano

¹² Buzzi F.: *Compete al medico legale contribuire all'apprezzamento e alla quantificazione della "sofferenza morale"?* Riv. It. Med. Leg. 2010; 1, p. 8

Fortunatamente, alla prova dei fatti, tale contaminazione è stata scongiurata e, nonostante si assista tutt'ora a reiterati tentativi di "obiettivizzare" la sofferenza, il danno catastrofico sembra ancora pienamente ricompreso nella sfera di competenza valutativa del Giudice, ove ci si augura che possa rimanere.

Anche il danno biologico terminale - benché indiscutibilmente coincidente con una lesione dell'integrità della persona obiettivamente rilevabile - richiede, in realtà, ben poca competenza medico legale.

Infatti, secondo la prassi consolidata, esso viene assimilato *ex officio* ad una condizione di inabilità temporanea assoluta, giustamente adeguata, mediante idonea personalizzazione, alle circostanze del caso concreto, "*ossia al fatto che, se pur temporaneo, tale danno è massimo nella sua intensità ed entità, tanto che la lesione alla salute non è suscettibile di recupero ed esita, anzi, nella morte*".¹³

Pertanto, l'ammontare della liquidazione viene calcolato semplicemente prendendo a riferimento il valore tabellare corrispondente al 100% della temporanea riduzione dell'integrità psico-fisica, capitalizzato sulla sopravvivenza e rimodulato equitativamente in termini economici maggiorativi.

Al riguardo, si segnala che l'Osservatorio sulla giustizia civile del Tribunale di Milano ha recentemente manifestato il lodevole intento di porre mano a questo sistema quantificativo, al fine di individuare criteri risarcitori uniformi e arginare così le discrasie liquidatorie inevitabilmente correlate alla maggiore o minore benevolenza mostrata dai singoli Giudici.

Proseguendo nella disamina delle diverse figure risarcitorie, *nulla quaestio* anche per quanto riguarda il danno da perdita del rapporto parentale, parimenti estraneo all'ambito medicolegale, nella misura in cui esso è risarcito secondo parametri economici standardizzati.

Tale fattispecie, i cui confini sono stati chiaramente delineati dalle S.U. del 2008, rappresenta un danno di stampo esistenziale, la cui sussistenza viene accreditata unicamente sulla base di prove e allegazioni offerte dal danneggiato stesso.

Come noto, il calcolo del *quantum* risarcibile per tale nocumento si avvale dell'uso di tabelle *ad hoc*, le quali - tenendo conto delle variabili del caso (età della vittima e dei congiunti, grado di parentela, convivenza, ecc.) - consentono di calcolare l'ammontare della somma dovuta a titolo di ristoro del danno.

¹³ Cass. Civ. Sez. III, n. 15491 dell'8 luglio 2014

All'esito della predetta, sintetica disamina, si arriva dunque, per esclusione, ad identificare quello che rappresenta l'unico ed elettivo ambito di competenza medicolegale in materia di danno da morte, ovvero quello relativo ai profili risarcitori *iure proprio*, direttamente spettanti alle c.d. vittime secondarie (i prossimi congiunti del deceduto), per le reazioni psico-patologiche eventualmente insorte a seguito dell'evento luttuoso subito e medicalmente accertate.

Come noto, infatti, la perdita di un proprio caro, può innescare un'alterazione dell'omeostasi psichica così profonda da travalicare i confini del danno morale transeunte, per assumere le caratteristiche di una vera e propria compromissione della salute: il c.d. danno da lutto.

Secondo i presupposti concettuali sanciti dalla Cassazione, *“il risarcimento del danno biologico patito dai congiunti in seguito alla morte del familiare – pregiudizio che consiste in una menomazione dell'integrità psico-fisica dell'offeso e che ben potendo derivare dal medesimo turbamento dell'equilibrio psichico che ingenera il danno morale soggettivo, da questo differisce – può essere accordato esclusivamente ove sia fornita prova che tale decesso ha inciso sulla salute dei congiunti stessi”*.¹⁴

E' evidente che tale prova può essere raggiunta soltanto mediante l'espletamento di un accertamento medicolegale, atto a dimostrare l'esistenza, la natura, l'entità e la permanenza della reazione patologica psichica derivata dal lutto, nonché a stimarne l'incidenza menomativa sulla funzionalità globale dell'individuo.

Si tratta, invero, di una valutazione estremamente complessa e delicata, tutta giocata in quella “zona grigia” in cui il dolore, la sofferenza di indole morale e i disturbi psico-patologici si mescolano, senza apparente soluzione di continuo, in un'unica entità in cui risulta difficile accertare il ruolo svolto da ciascuna componente.

Non è qui possibile addentrarsi nell'intricata analisi di questo composito processo valutativo, che richiederebbe la puntuale disamina di tutti i diversi aspetti in gioco (anamnestici, diagnostici, prognostici, causali, cronologici, ecc.), peraltro già ampiamente trattati nell'ambito di numerose pubblicazioni scientifiche e dottrinali.

L'aspetto che si ritiene meritevole di un maggiore approfondimento è, invece, quello relativo ai criteri da adottare per la valutazione delle alterazioni

¹⁴ Cass. Civ., n. 10085 del 12 ottobre 1998

psicopatologiche e ai corrispondenti parametri percentuali ad esse attribuibili in termini di danno biologico, i quali, anche grazie alle recenti innovazioni introdotte dal DSM-5, sono destinati a mutare radicalmente.

4. Il danno da lutto: manifestazioni cliniche e inquadramento diagnostico

In termini generali, le manifestazioni patologiche del lutto possono estrinsecarsi secondo due modalità: sotto forma di disturbi psichici di varia natura, che vedono nel lutto uno dei possibili eventi causali ma che non sono ad esso elettivamente ed esclusivamente correlati; ovvero sotto forma di un disturbo specifico e ben definito, denominato dal DSM-5 “disturbo da lutto persistente complicato”.

Nel primo caso, il processo di elaborazione del lutto si complica con l’insorgenza o l’aggravamento di un disturbo psichico ben definito, afferente alle diverse classi nosologiche contemplate dagli attuali sistemi classificatori.

I quadri psico-patologici che possono correlarsi causalmente ad un evento luttuoso sono numerosi, ma risultano per lo più riconducibili ad alcune, ben precise categorie diagnostiche, comprendenti, in particolare: i disturbi dell’umore, per lo più a carattere depressivo, molto raramente maniacale; il disturbo dell’adattamento; i disturbi d’ansia, specie il disturbo d’ansia generalizzata e quello da attacchi di panico; i disturbi deliranti.

Il disturbo da stress post-traumatico, pur essendo una delle patologie più frequentemente chiamate in causa nella pratica peritale, risulta spesso diagnosticato “a sproposito”; esso, infatti, si manifesta raramente quale conseguenza del lutto e quasi unicamente nei casi in cui l’individuo si sia trovato ad assistere in prima persona alla morte violenta della persona amata.

Estremamente raro, se non eccezionale, è lo sviluppo di disturbi di conversione.

Nei bambini possono invece instaurarsi un disturbo d’ansia di separazione, o dell’attaccamento, o ancora possono comparire disturbi dell’apprendimento e del linguaggio, come la balbuzie.

Il lutto prolungato (*Prolonged Grief Disorder*, PGD), corrispondente al c.d. lutto persistente complicato più recentemente introdotto dal DSM-5, si manifesta, invece, come un vero e proprio blocco del fisiologico processo di elaborazione del lutto, che assume caratteristiche peculiari, tali da permettere di

differenziarlo da tutte le altre patologie psichiche e di ritenerlo un'entità autonoma e indipendente.

Dal punto di vista clinico, il lutto prolungato può essere considerato una vera e propria sindrome, estrinsecantesi in una serie di manifestazioni sintomatologiche peculiari, che hanno le caratteristiche di uno stato di cordoglio cronico, risultante dal mancato passaggio dalla fase acuta a quella integrata, con la conseguenza che i vissuti tipici del lutto acuto si cristallizzano e si prolungano sino a cronicizzare, determinando importanti effetti invalidanti per l'individuo.

La sintomatologia del lutto complicato comprende due cluster di sintomi: sintomi relativi al distress da separazione - intenso struggimento, desiderio della persona amata, dolore e costante stato di preoccupazione associati al suo ricordo – e sintomi da distress post-traumatico, quali pensieri ricorrenti e intrusivi per l'assenza della persona amata, senso di incredulità riguardante la sua morte, rabbia, amarezza, tendenza all'evitamento dei ricordi e delle situazioni associate alla perdita.¹⁵

Il riconoscimento di tale categoria diagnostica è il risultato di molteplici studi scientifici (i più autorevoli quelli condotti da Horowitz e Prigerson) i quali, attraverso la progressiva creazione di figure “ibride” variamente nominate (*traumatic grief, pathological grief, complicated grief*, ecc.), hanno infine condotto alla definizione del disturbo da lutto prolungato (*Prolonged Grief Disorder, PGD*), permettendo di evidenziarne tutti i peculiari aspetti clinici e sintomatologici precedentemente descritti, nonché di elaborare una valida criteriologia per la sua diagnosi.

Nonostante l'esistenza del lutto patologico quale categoria nosografica autonoma sia scientificamente riconosciuta ormai da molti anni e le pubblicazioni sul tema siano copiose, tale disturbo è rimasto per lungo tempo escluso dal novero delle patologie psichiatriche catalogate all'interno del DSM.

Nella penultima edizione del manuale (IV-TR), il lutto era collocato nella sezione dedicata alle “condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica”: con tale impostazione, gli autori del testo, pur riconoscendo la potenziale rilevanza di tale circostanza, ritenevano che vi fossero ancora “informazioni insufficienti a determinare se il problema” fosse “attribuibile o meno a un disturbo mentale”.

¹⁵ Lombardo L, Lai C, et al: *Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM-5*. Riv Psichiatr 2014; 49(3): 106-114

Soltanto con il DSM-5 il disturbo da lutto ha ricevuto formale validazione scientifica anche da parte dell'American Psychiatric Association, sebbene ancora con qualche riserva, essendo trattato nel capitolo relativo alle "condizioni che necessitano di ulteriori studi".

Nonostante l'evidente cautela che ancora traspare da tale allocazione, nell'ultima edizione del manuale il disturbo da lutto è stato per la prima volta considerato come entità nosologica autonoma, meritevole di specifica trattazione, indipendentemente da altre condizioni di tipo reattivo post-traumatico o depressivo.

E' stata infatti coniata la definizione di disturbo da lutto persistente complicato (*Persistent Complex Bereavement Disorder*), per il quale è stata predisposta una rigorosa criteriologia diagnostica (vedi tabella 1), modellata sulla base di quella prospettata dagli studi di Prigerson e Horowitz, che permette di inquadrare il disturbo in tutte le sue sfaccettature, con particolare riguardo ai criteri cronologici e alle manifestazioni sindromiche.

Circa i primi, il DSM-5 identifica in 12 mesi (6 per i bambini) il tempo minimo di persistenza affinché la reazione possa essere definita patologica (criterio B e C). Questo intervallo è stato di gran lunga ampliato rispetto al DSM IV-TR che faceva riferimento ad un tempo di soli due mesi.

Per quanto concerne i contenuti sindromici, nel DSM-5 sono indicate una serie di manifestazioni, suddivise in quattro sintomi principali (criterio B), sei sintomi indicativi di sofferenza reattiva alla morte e sei sintomi riconducibili a disordine sociale o dell'identità (criterio C).

Viene infine specificato che l'entità della reazione deve essere sproporzionata o incoerente rispetto alle condizioni culturali, religiose o anagrafiche (criterio E) e che deve comportare angoscia clinicamente significativa, o nocimento sul piano sociale, occupazionale, o in altre importanti aree del funzionamento personale (criterio D).

A conclusione della dettagliata presentazione clinica, il DSM-5 richiama la particolare acuzie che possono talora assumere le predette manifestazioni psico-patologiche, qualora il lutto sia secondario a omicidio, o a suicidio della persona cara.

Nonostante l'impostazione del manuale non appaia pienamente soddisfacente, limitandosi soltanto ad un parziale e ipotetico riconoscimento della rilevanza del lutto come patologia, l'introduzione del disturbo nel novero di quelli censiti rappresenta indubbiamente un passo avanti rispetto al passato,

ponendo le basi per la redazione di una nosografia clinica universalmente condivisa.

TABELLA 1: criteri per la diagnosi del disturbo da lutto persistente complicato.

Tratto da: American Psychiatric Association: *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO	
A	L'individuo ha vissuto la morte di qualcuno con cui aveva una relazione stretta
B	<p>Dal momento della morte, almeno uno dei seguenti sintomi è stato presente per un numero di giorni superiore a quello in cui non è stato presente e a un livello di gravità clinicamente significativo, ed è perdurato negli adulti per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un persistente desiderio/nostalgia della persona deceduta. Nei bambini piccoli, il desiderio può essere espresso nel gioco e nel comportamento, anche tramite comportamenti che riflettono l'essere separato da, e anche riunito a, un caregiver o un'altra figura oggetto di attaccamento. 2. Tristezza e dolore emotivo intensi in seguito alla morte. 3. Preoccupazione per il deceduto. 4. Preoccupazione per le circostanze della morte. Nei bambini, questa preoccupazione per il deceduto può essere espressa attraverso i contenuti del gioco e il comportamento e può estendersi fino alla preoccupazione per la possibile morte di altre persone vicine.
C	<p>Dal momento della morte, almeno sei dei seguenti sintomi sono stati presenti per un numero di giorni superiore a quello in cui non sono stati presenti e a un livello di gravità clinicamente significativo, e sono perdurati per almeno 12 mesi e nei bambini per almeno 6 mesi dopo il lutto:</p> <p>Sofferenza reattiva alla morte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marcata difficoltà nell'accettare la morte. Nei bambini, questa difficoltà dipende dalla capacità di comprendere il significato e la definitività della morte. 2. Provare incredulità o torpore emotivo riguardo alla perdita. 3. Difficoltà ad abbandonarsi a ricordi positivi che riguardano il deceduto. 4. Amarezza o rabbia in relazione alla perdita. 5. Valutazione negativa di sé in relazione al deceduto o alla morte (per es. senso di autocolpevolezza). 6. Eccessivo evitamento di ricordi della perdita (per es. evitamento di persone, luoghi o situazioni associati al deceduto; nei bambini questo può includere l'evitamento di pensieri e sentimenti che riguardano il deceduto). <p>Disordine sociale/dell'identità</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Desiderio di morire per essere vicini al deceduto. 8. Dal momento della morte, difficoltà nel provare fiducia verso gli altri. 9. Dal momento della morte, sensazione di essere soli o distaccati dagli altri. 10. Sensazione che la vita sia vuota o priva di senso senza il deceduto, o pensiero di "non farcela" senza il deceduto. 11. Confusione circa il proprio ruolo nella vita, o diminuito senso della propria identità (per es. sentire che una parte di sé stessi è morta insieme al deceduto). 12. Dal momento della perdita, difficoltà o riluttanza nel perseguire i propri interessi o nel fare piani per il futuro (per es. amicizie, attività).
D	Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
E	La reazione di lutto è sproporzionata o non coerente con le norme culturali e religiose o appropriate per l'età.
<p>Specificare se: Con lutto traumatico: lutto dovuto a omicidio o suicidio con persistenti pensieri gravosi riguardo alla natura traumatica della morte (spesso in risposta a ricordi della perdita), tra cui gli ultimi momenti del deceduto, il grado di sofferenza e delle ferite, o la natura dolosa o intenzionale della morte.</p>	

Invero, la crescente attenzione dedicata allo studio del lutto patologico e l'approvazione di una categoria diagnostica *ad hoc* non rappresentano soltanto un importante traguardo in ambito clinico, ma hanno prodotto anche notevoli riflessi in campo peritale medicolegale.

L'efficacia dell'applicazione del nuovo modello diagnostico in tale ambito è stata di recente confermata da un pregevole contributo di Rocca et al.¹⁶ basato sull'analisi di 85 casi peritali di danno psichico lutto-correlato.

Sebbene il campione preso in esame non sia particolarmente numeroso sotto il profilo statistico, la ricerca ha comunque prodotto risultati interessanti, suggerendo come la predetta classificazione diagnostica sia in grado di apportare un netto miglioramento, tanto nell'inquadramento clinico-nosologico, quanto nella valutazione psichiatrico-forense.

5. La quantificazione del danno biologico lutto-correlato: verso una migliore parametrizzazione percentuale

La portata delle predette acquisizioni cliniche e medicolegali ha influito anche sulla definizione dei criteri quantitativi per la stima del danno biologico, relativamente ai quali sembra essere in atto un generale riassetto dei parametri percentuali tabellari.

A tal proposito, v'è da dire che le voci elettivamente e specificamente riferibili alle evoluzioni patologiche del lutto, proposte dalle più autorevoli guide medicolegali per la valutazione del danno biologico, appaiono ad oggi piuttosto scarse e imprecise, come si evince dallo schematico riepilogo comparativo di seguito riportato.

DISTURBO DELL'ADATTAMENTO	
INAIL (circolare 71/2003)	<ul style="list-style-type: none"> • lieve/moderato: fino a 6% • severo: fino a 15%
Bargagna et al. (2001)	fino a 5%
D.M. 3.7.03	fino a 5%
Palmieri et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • moderato: 6-10% • grave 11-15% • grave con complicità fobico-ossessive: 16-20%
Cerisoli, Vasapollo (2008)	fino a 10%

¹⁶ Rocca G, Ciliberti R, Alfano L, Bandini T.: *Prospettive applicative e contributo casistico in materia di valutazione medicolegale del disturbo da lutto prolungato*. Riv It Med Leg 2013; 1: 113-132

DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO	
INAIL DM 12.7.2000	<ul style="list-style-type: none"> • moderato: fino a 6% • severo: fino a 15% (La percentuale deve tener conto anche della risposta alla terapia)
Bargagna et al. (2001)	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 5-10% • grave: fino al 30%
RCA D.M. 3.7.03	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 10-20% • da lieve a moderato o lieve complicato: 21-25% • da moderato o lieve complicato a grave o moderato complicato: 26-30% • da grave o moderato complicato a grave complicato: 31-35%
Palmieri et al. (2006)	Fino al 30%
Cerisoli, Vasapollo (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 10% • moderato: 20% • grave: 30%
Ronchi et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 10-20% • da lieve a moderato o lieve complicato: 21-25% • da moderato o lieve complicato a grave o moderato complicato: 26-30% • da grave o moderato complicato a grave complicato: 31-35%

DISTURBO D'ANSIA GENERALIZZATO/DA ATTACCHI DI PANICO	
RCA D.M. 3.7.03	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 10-15% • da lieve a moderato o lieve complicato: 16-20% • da moderato o lieve complicato a grave o moderato complicato: 21-25% • da grave o moderato complicato a grave complicato: 26-30%
Ronchi et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 10-15% • da lieve a moderato o lieve complicato: 16-20% • da moderato o lieve complicato a grave o moderato complicato: 21-25% • da grave o moderato complicato a grave complicato: 26-30%

DISTURBO DEPRESSIVO MAGGIORE	
RCA D.M. 3.7.03	<ul style="list-style-type: none"> • da lieve a moderato o lieve complicato: 10-30% • da moderato o lieve complicato a grave con melanconia, sintomi psicotici e agiti suicidari: 31-75%
Palmieri et al. (2006)	<ul style="list-style-type: none"> • disturbo distimico a contenuta espressività: 10-20% • lieve: 21% • lieve complicato o moderato: 30% • moderato complicato o grave: 31-45% • grave con melanconia e sintomi psicotici: 46-75%
Cerisoli, Vasapollo (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 15% • moderato: 16-25% • grave: 26-40%
Ronchi et al. (2015)	<ul style="list-style-type: none"> • da lieve a moderato o lieve complicato: 10-30% • da moderato o lieve complicato a grave con melanconia, sintomi psicotici e agiti suicidari: 31-75%

SINDROMI DISSOCIATIVE	
INAIL DM 12.7.2000	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 10-20% • moderato: 21-50% • grave: >50%
Bargagna et al.	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 15-30%

(2001)	<ul style="list-style-type: none">• moderato: 30-60%• grave: >60%
--------	---

Nella guida di Bargagna et al. è presente un apposito paragrafo, interamente dedicato al danno psichico riflesso nei congiunti della vittima, che tuttavia contempla soltanto indicazioni metodologiche di carattere generale, senza fornire alcuna indicazione percentuale.

Analogamente si constata anche nella guida curata da Luvoni, Mangili e Bernardi (2002), che affronta la tematica del danno psichico soltanto in termini meramente teorici, affermando l'impossibilità di fornire precise parametrizzazioni percentuali.

Dalla precedente, schematica comparazione, si evidenzia una sostanziale uniformità delle percentuali valutative, pur in presenza di alcune "tendenze al ribasso", come ad esempio quelle operate da parte dell'INAIL per il DSPT e da Cerisoli e Vasapollo per la depressione.

Nessuno dei precitati contributi contempla una voce specifica dedicata alla quantificazione dei disturbi correlabili al lutto.

Nella pratica, l'esiguità delle fattispecie nosologiche contemplate risulta del tutto insufficiente a coprire tutte le possibili sfaccettature patologiche che possono derivare da un evento luttuoso, rendendo piuttosto problematico pervenire ad un esaustivo inquadramento dei singoli casi ed esponendo tale settore a pericolose, arbitrarie "derivate personalistiche" sul piano dell'ammissione, o della negazione del danno biologico.

Gli specialisti del settore, sprovvisti di un solido e condiviso sistema di riferimento percentualistico, si trovano spesso a dover ricorrere a forzature nosografiche, per poter ricomprendere le menomazioni psichiche osservate entro il sistema tassonomico precostituito, rischiando così di emettere giudizi valutativi sommari o, talora, manifestamente fuorvianti.

Tuttavia, all'esito dei numerosi e importanti studi degli ultimi decenni e a seguito delle recenti acquisizioni scientifico-cliniche, anche la medicina legale sembra mostrare un maggiore interesse per questo settore - verosimilmente destinato ad accrescersi esponenzialmente, anche in ragione del progressivo aumento dei casi che giungono all'osservazione peritale - cosicché, pure le problematiche relative alla quantificazione percentuale sembrerebbero destinate a risolversi nell'arco di breve tempo.

Una prima testimonianza di tale presumibile e auspicabile evoluzione è rappresentata appunto dall'introduzione del disturbo da lutto persistente

complicato, quale categoria nosografica autonoma, nella recente guida valutativa proposta da Buzzi e Vanini,¹⁷ nella quale, nella quale, non soltanto a tale disturbo è dedicata un'ampia trattazione clinico-diagnostica, ma viene anche predisposta, per la prima volta in assoluto, una valutazione percentuale *ad hoc*, ad essa elettivamente dedicata.

Inoltre, non viene trascurata nessuna delle possibili manifestazioni del lutto, per ognuna delle quali sono forniti precisi riferimenti percentuali, permettendo così di ricomprendere tutte le possibili sfaccettature di tale danno, che risulta, finalmente, pienamente valorizzato (vedi tabella 2).

Tale proposta quantitativa è altresì destinata ad essere incorporata all'interno delle Linee Guida per la valutazione del danno alla persona che sarà a breve pubblicata sotto l'egida della SIMLA, lasciando presupporre che l'interesse per questo danno sia destinato ad accrescersi anche su scala nazionale.

¹⁷ Buzzi F, Vanini M.: *Guida alla valutazione psichiatrica e medico-legale del danno biologico di natura psichica* 2014, Giuffrè, Milano

TABELLA 2: valutazioni percentuali previste per la quantificazione del “danno da lutto”

Tratto da: Buzzi F, Vanini M.: *Guida alla valutazione psichiatrica e medico-legale del danno biologico di natura psichica 2014*, Giuffrè, Milano

DISTURBI PSICO-PATOLOGICI CORRELATI AL LUTTO	
Disturbo dell’adattamento	<ul style="list-style-type: none"> • non complicato: 6-10% • complicato: 11-15%
Disturbo da stress post-traumatico	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 11-15% • moderato o lieve complicato: 16-20% • grave o moderato complicato: 21-25% • grave complicato: 26-30%
Disturbo dissociativo dell’identità	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 6-10% • moderato: 11-15% • grave: 16-20%
Disturbo di conversione	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 6-10% • moderato: 11-15% • grave: 16-20% • grave complicato: 21-25%
Disturbo d’ansia di separazione	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 11-15% • moderato: 16-20% • grave: 21-25% • grave complicato: 26-30%
Disturbo di panico	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 11-15% • moderato: 16-20% • grave: 21-25% • grave complicato: 26-30%
Disturbo d’ansia generalizzata	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 11-15% • moderato: 16-20% • grave: 21-25% • grave complicato: 26-30%
Balbufie	<ul style="list-style-type: none"> • 6-10%
Disturbo depressivo maggiore	<ul style="list-style-type: none"> • lieve: 21-25% • moderato o lieve con disturbi coesistenti: 26-30% • grave ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure moderato con disturbi coesistenti: 31-35% • grave con disturbi coesistenti ma senza melanconia e senza sintomi psicotici, oppure grave con melanconia, ma senza disturbi coesistenti e senza sintomi psicotici: 36-40% • grave con melanconia e con disturbi coesistenti ma senza sintomi psicotici: 41-45% • grave con melanconia e con sintomi psicotici: 46-60% • grave con melanconia, sintomi psicotici e agiti suicidari: 61-75%
DISTURBO DA LUTTO PERSISTENTE COMPLICATO	
	<ul style="list-style-type: none"> • In base alla gravità del quadro clinico: 21-35% • con sovrapposizione di un DSPT: fino a 45%

6. Conclusioni

Il danno da morte, inteso sotto tutte le sue molteplici sfaccettature, risulta una delle tematiche ad oggi maggiormente dibattute nell'ambito del risarcimento del danno alla persona in sede civilistica.

Per quanto concerne gli aspetti di precipuo interesse medicolegale, elettivamente incentrati sulla valutazione del danno biologico, si può affermare che il percorso evolutivo in tema di lutto sia connotato in maniera decisamente positiva, nel senso di un continuo e progressivo affinamento delle conoscenze in materia.

Invero, l'attenzione rivolta a questo particolare danno dai cultori della medicina legale si è alquanto amplificata nell'arco degli ultimi anni, come testimoniato anche dai contributi recentemente comparsi in letteratura, nonché dalla diffusione di congressi e seminari elettivamente dedicati a questo argomento.

Grazie a tali apporti è stato possibile non soltanto evidenziare le correlazioni intercorrenti - in termini generici - tra lutto e psico-patologia, ma giungere anche all'individuazione di una nuova e autonoma entità nosografica (il disturbo da lutto prolungato, o disturbo da lutto persistente complicato), che appare ormai pacificamente accolta e riconosciuta tanto in ambito clinico, quanto medicolegale.

L'identificazione dei principali meccanismi patogenetici, delle manifestazioni sintomatologiche e degli indicatori diagnostici e prognostici caratteristici di tale disturbo, ha fornito solide basi clinico-scientifiche atte a supportarne l'accertamento e la quantificazione.

Sebbene l'introduzione del disturbo da lutto persistente complicato all'interno del DSM-5 possa sembrare soltanto la naturale e scontata conseguenza delle predette evoluzioni scientifiche, in realtà essa rappresenta una grande innovazione, specie in campo medicolegale.

In questo settore, infatti, le patologie psichiche già standardizzate si sono rivelate ampiamente insufficienti a ricomprendere tutte le possibili conseguenze del lutto, evidenziando l'inderogabile necessità di ricorrere ad una categoria diagnostica a sé stante.

L'ufficiale (anche se "sofferta") vidimazione del disturbo da lutto nel DSM-5 e l'elaborazione di una criteriologia diagnostica *ad hoc* consentono, finalmente, di dare piena dignità a questa patologia, permettendo così di valorizzarne appieno tutte le possibili sfaccettature cliniche e, nel contempo, di

ridurre il ricorso a forzature nosografiche, conferendo all'accertamento diagnostico quei caratteri di omogeneità, coerenza e ripetibilità che rappresentano il cuore della valutazione in ambito forense.

Pertanto, se fino ad oggi l'accertamento medicolegale in materia di lutto ha fatto prevalente ricorso ai disturbi afferenti alla nosografia "classica" - gli unici sinora supportati da solide basi standardizzate - la creazione di una caratterizzazione sistematica anche per il disturbo da lutto prolungato lascia presupporre che ben presto si assisterà ad una maggior diffusione di tale diagnosi anche in ambito forense, con conseguente miglioramento dell'inquadramento sintomatologico, in termini sia clinici, che valutativi.

L' "eccesso di prudenza" dei creatori del DSM-5 nel considerare il lutto alla stregua di una "condizione da sottoporre a ulteriori studi", è verosimilmente riconducibile al timore di scatenare un ricorso spropositato a tale fattispecie, con un conseguente, duplice rischio, clinico e forense: da un lato, quello di aumentare la medicalizzazione di soggetti in realtà sani e, dall'altro, quello di fomentare pretese risarcitorie assolutamente insussistenti.

Del resto, tale timore risulta pienamente in linea con l'atteggiamento precauzionale assunto dal DSM circa l'applicabilità della criteriologia diagnostica in ambito psichiatrico-forense, oggetto di puntuali richiami in ogni edizione del manuale.¹⁸

Al di là delle predette riserve – più formali che sostanziali e molto verosimilmente destinate a svanire col tempo – le recenti innovazioni concettuali e metodologiche che hanno investito il campo medicolegale hanno certamente contribuito a conferire maggior precisione all'individuazione e alla quantificazione del danno biologico lutto-correlato, fornendo valide basi scientifiche per la definizione del quantum risarcitorio più appropriato.

¹⁸ "Se usate in modo appropriato, le diagnosi e le informazioni diagnostiche possono assistere nelle loro deliberazioni coloro che prendono decisioni legali ... Tuttavia, l'uso del DSM-5 dovrebbe essere sostanzialmente da una consapevolezza dei rischi e delle limitazioni del suo impiego in ambito forense...". American Psychiatric Association: *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014, p. 29

Bibliografia

- 1) Guidi B.: Storia e vicissitudini del danno da morte. *Danno e Responsabilità* 2013; 12: 1207-1213.
- 2) Foffa R.: commento a Il danno da morte va in Paradiso (con il danneggiato). *Danno e Responsabilità* 2011; 1: 29-35.
- 3) Ponzanelli G.: commento a La Sentenza “Scarano” sul danno da perdita della vita: verso un nuovo statuto di danno risarcibile? *Danno e Responsabilità* 2014; 4: 388-394.
- 4) Foffa R.: commento a La Sentenza “Scarano” sul danno da perdita della vita: verso un nuovo statuto di danno risarcibile? *Danno e Responsabilità* 2014; 4: 394-400.
- 5) Martini F.: Risarcimento del danno da perdita della vita: in attesa delle SU la giurisprudenza di merito di divide. *Ri.Da.Re* del 12 marzo 2015
- 6) Hazan M, Chiriatti G.: In attesa del danno da morte (pur con i debiti scongiuri...): questioni “transitorie”, sostanziali e processuali. *Ri.Da.Re* del 10 febbraio 2015.
- 7) Spera D.: La lucida agonia del danno tanatologico in attesa delle Sezioni Unite. *Ri.Da.Re* del 9 aprile 2015.
- 8) Spera D.: La sentenza Cass. S.U. n. 15350/2015: pietra tombale sul danno tanatologico e crisi della funzione nomofilattica della Cassazione. *Ri.Da.Re* del 31 luglio 2015.
- 9) Bona M.: S.U. 2015: prosegue la saga sul danno non patrimoniale. *Ri.Da.Re* del 30 luglio 2015.
- 10) Valdinì M.: Il dolore nella valutazione del medico legale. Giuffrè, Milano, 2007.
- 11) Buzzi F.: Compete al medico legale contribuire all’apprezzamento e alla quantificazione della “sofferenza morale”? *Riv. It. Med. Leg.* 2010; 1: 3-19.
- 12) American Psychiatric Association: *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

- 13) Lombardo L, Lai C, et al: *Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM-5*. Riv Psichiatr 2014; 49(3): 106-114.
- 14) Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, Parkes CM, Aslan M, Goodkin K, et al.: *Prolonged Grief Disorder: Psychometric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11*. PLoS Med 2009; 6(8): e1000121. doi:10.1371/journal.pmed.1000121.
- 15) American Psychiatric Association: *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano, 2000.
- 16) Rocca G, Ciliberti R, Alfano L, Bandini T.: *Prospettive applicative e contributo casistico in materia di valutazione medicolegale del disturbo da lutto prolungato*. Riv It Med Leg 2013; 1: 113-132.
- 17) Cimaglia G, Rossi P.: *Danno biologico. Le tabelle di legge 2006*, Giuffrè, Milano.
- 18) Bargagna M, Canale M, Consigliere F, Palmieri L, Umani Ronchi G.: *Guida orientativa per la valutazione del danno biologico 2002*, Giuffrè, Milano.
- 19) Palmieri L, Umani Ronchi G, Bolino G, Fedeli P.: *La valutazione medico-legale del danno biologico in responsabilità civile 2006*, Giuffrè, Milano.
- 20) Cerisoli M, Vasapollo D.: *La valutazione medico legale del danno biologico di natura psichica 2008*, Soc. Ed. Universo, Roma.
- 21) Ronchi E, Mastroberto L, Genovese U.: *Guida alla valutazione medicolegale dell'invalidità permanente in responsabilità civile e nell'assicurazione contro gli infortuni e le malattie 2015*, Giuffrè, Milano.
- 22) Luvoni R, Bernardi L, Mangili F.: *Guida alla valutazione medico-legale del danno biologico e dell'invalidità permanente 2002*, Giuffrè, Milano.
- 23) Buzzi F, Vanini M.: *Guida alla valutazione psichiatrica e medico-legale del danno biologico di natura psichica 2014*, Giuffrè, Milano.