

Analisi di consulenze per la valutazione del danno psichico e proposta di protocollo valutativo

Sara Pezzuolo

Psicologa Forense, Prof.ssa a c. presso l'Università di Pisa

Abstract

La presente ricerca vuole focalizzare l'attenzione sulla metodologia utilizzata nell'ambito delle consulenze in tema di risarcimento danno. A tal fine sono state raccolte 104 valutazioni psicologico-giuridiche esaminate in funzione di diverse variabili: motivo della consulenza - dati relativi ai soggetti valutati – strumenti e tecniche di valutazione.

Dall'indagine posta in essere emerge come, in un'elevata percentuale di casi, il colloquio clinico è l'unica fonte sulla quale si basa la valutazione e, nondimeno, anche la scelta degli strumenti psicodiagnostici non sempre sembra tener conto dei limiti della loro applicazione in un contesto forense. Da qui l'esigenza della costruzione di un protocollo che prende forma in funzione del soggetto che abbiamo di fronte, individuando, in ogni circostanza, l'unicità della persona che andiamo a valutare;

Parole chiave: danno, valutazione psicodiagnostica, colloquio clinico, risarcimento danno, consulenza psicologico-giuridica.

1. Introduzione.

L'accertamento dell'eventuale ricorrenza di danno biologico di tipo psichico può essere richiesto dal Giudice, nel qual caso il consulente prenderà il nome di C.T.U.¹, sia da un legale, da un'assicurazione etc., sia in fase processuale che in fase extra-processuale, venendosi l'esperto a qualificare C.T.P.².

¹ Consulente tecnico d'ufficio.

² Consulente tecnico di parte.

Il problema che si può presentare è quello di scegliere una metodologia che effettivamente consenta di misurare ciò che ci è stato chiesto di misurare attraverso l'ausilio di colloqui, protocolli testistici che abbiano un grado certo di validità.

Da qui prende le mosse la considerazione, troppo spesso riscontrata in sede di valutazione delle consulenze, che test o metodologie errate portano ad avere una percezione errata del problema o comunque dell'alterazione psichica che il soggetto può o non può presentare.

Pertanto, dal momento che sia il Giudice sia qualsiasi altro committente chiede un parere professionale perché privo delle conoscenze che determinano una valutazione ed un accertamento in tal senso, ci siamo domandati quali siano i parametri che guidano il professionista nella sua valutazione, dato che, per tale esame non esistono linee guida.

La letteratura in tema di valutazione del danno, seppure cerca di evidenziare i limiti di alcuni strumenti psicodiagnostici rispetto ad altri, in linea di massima è molto generica nell'elaborazione di un vero e proprio *format* che consenta di procedere ad una metodologia comune pertanto, troppo spesso, sembra farla da padrone l'orientamento professionale del professionista nella scelta del metodo piuttosto che criteri oggettivi e riproducibili³.

Un tale approccio al problema, come facilmente intuibile, non è in linea con il Codice Deontologico degli Psicologi Forensi⁴ che qualsiasi operatore psicologo, operante all'interno dell'ambito forense, è chiamato a conoscere e a rispettare.

A questo proposito giova ricordare alcuni articoli:

Art. 3 Linee Guida Deontologiche dello Psicologo Forense:

Lo psicologo forense, vista la particolare autorità del giudicato cui contribuisce con la propria prestazione, mantiene un livello di preparazione professionale adeguato aggiornandosi continuamente negli ambiti in cui opera, in particolare per quanto riguarda contenuti della psicologia giuridica, segnatamente quella giudiziaria, e delle norme giuridiche rilevanti. Non accetta di offrire prestazioni in cui non sia preparato e

³ Si assiste, in alcuni casi, alla somministrazione del Rorschach tuot-court a seconda del filone di appartenenza mentre vi è il rifiuto del medesimo da altri professionisti non per problematiche connesse alla validità di tale strumento in ambito forense ma il rifiuto è posto in essere perché, magari, di corrente altra che critica l'utilizzo di test proiettivi indipendentemente dal contesto di valutazione. Da qui deriva l'altra grossa problematica di professionisti che non riescono a prendere atto delle differenze tra il contesto clinico, dal quale provengono, ed il contesto forense, nel quale si accingono ad operare.

⁴ Nonostante le Linee guida deontologiche dello Psicologo Forense non siano un codice deontologico approvato, come ad esempio il codice nazionale degli psicologi, esso è l'unico testo che offre delle linee guida specifiche con il fine di delineare un comportamento da tenere proprio dell'ambito forense.

si adopera affinché i quesiti gli siano formulati in modo che egli possa correttamente rispondere (De Cataldo Neuberger, 2004, 180)

Art. 5 Linee Guida Deontologiche dello Psicologo Forense:

Lo psicologo forense presenta all'avente diritto i risultati del suo lavoro, rendendo esplicito il quadro teorico di riferimento e le tecniche utilizzate (art. 1 C.N.), così da permettere una effettiva valutazione e critica relativamente all'interpretazione dei risultati. Egli, se è richiesto, discute con il giudice i suggerimenti indicati e le possibili modalità attuative (De Cataldo Neuberger, 2004, 193)

Art. 6 Linee Guida Deontologiche dello Psicologo Forense:

“Nell'espletamento delle sue funzioni lo psicologo forense utilizza metodologie scientificamente affidabili (art. 5 C.N.; art. 1 C.N.)” (De Cataldo Neuberger, 2004, 200)

Art. 7 Linee Guida Deontologiche dello Psicologo Forense :

Lo psicologo forense valuta attentamente il grado di validità e di attendibilità di informazioni, dati e fonti su cui basa le conclusioni raggiunte (art. 7 C.N.; art. 1 C.N.). Rende espliciti i modelli teorici di riferimento utilizzati (art. 1 C.N.) e, all'occorrenza, vaglia ed espone ipotesi interpretative alternative (art. 5 C.N.) esplicitando i limiti dei propri risultati (art. 7 C.D.) (De Cataldo Neuberger, 2004, 205)

Questi e altri⁵ sono gli assunti che i professionisti psicologi sono chiamati a rispettare: pertanto, in scienza e coscienza siamo chiamati a redigere una consulenza per risarcimento danni.

2. Obiettivi ed ipotesi della ricerca.

Gli obiettivi della ricerca effettuata sono stati i seguenti:

⁵ Per l'approfondimento completo delle linee guida deontologiche per lo psicologo forense si rimanda a De Cataldo Neuberger L., Gulotta G. (2004), *La carta di noto e le linee guida deontologiche per lo psicologo forense*, Giuffrè, Milano;

1) procedere ad un'analisi del contenuto delle consulenze al fine di individuare i temi, i metodi, gli strumenti utilizzati dal consulente, al fine di accertare l'eventuale presenza di danno psichico;

2) cercare di comprendere quale siano le situazioni maggiormente ricorrente nell'ambito della valutazione;

Il campione esaminato era formato da 104 consulenze che sono state raccolte attraverso la disponibilità e la collaborazione di psicologi forensi che da diversi anni operano nel settore, su tutto il territorio nazionale⁶.

Le consulenze sono state esaminate secondo una griglia predisposta che prevedeva le seguenti informazioni:

- a. motivo della valutazione;
- b. età dell'esaminato;
- c. valutazione psicodiagnostica effettuata;

Tali informazioni, infatti, hanno cercato di porre in evidenza una panoramica generale sul metodo operativo (quali domande vengono poste e come si arriva alla risposta), con l'intento di cercare di elaborare un modello operativo condiviso dalla maggior parte di professionisti da un lato e dall'altro più facilmente valutabile dal Giudice o dal mandante.

3. Analisi e contenuto delle relazioni di consulenza

A) Motivo della valutazione

Il quesito posto al professionista, indipendentemente da chi fosse il committente dell'incarico, era quello di valutare e stabilire se, "l'evento definito come critico, avesse determinato un danno biologico di tipo psichico".

All'analisi delle consulenze del nostro campione abbiamo osservato che i motivi per cui si ricorre alla consulenza sono: n. 37 per sinistro stradale, n. 21 per lutto (in questo campione sono stati ricompresi anche i lutti a seguito di sinistro stradale che sono stati riscontrati in n.17 consulenze)⁷, n. 11 colpa medica, n. 8 mobbing, n. 5 infortunio sul lavoro, n. 3 maltrattamenti familiari, n. 3 incidente aereo, n. 3 crollo, n. 2 carcerazione ingiusta, n. 1 stalking, n. 1 colpo di pistola partito accidentalmente da un'arma, n. 1

⁶ A tal proposito ringraziamo, in particolare, i colleghi C. Porciatti, S. Priori, C. Pernicola ed altri per avere messo a disposizione il materiale preso in considerazione per la realizzazione della presente ricerca.

⁷ Nei rimanenti 4 casi si trattava di n.1 omicidio - n. 3 colpa medica;

accusa ingiusta di molestie, n. 1 bullismo, n. 1 morso di un cane, n. 1 inquinamento acustico, n. 1 aggressione, n. 1 tentato omicidio, n. 1 pignoramento illecito, n. 1 violazione della privacy.

Come evidenziato, secondo le stime ottenute alla tabella 1, i casi in cui maggiormente si ricorre all'ausilio della consulenza sono i casi di sinistro stradale (35,58%), lutto (21,15%), colpa medica (10,58%), mobbing (7,69 %) ed infortunio sul lavoro (4,81%).

Tabella 1

Tipologia di evento critico	Frequenza	Percentuale
Sinistro Stradale	37	35,58 %
Lutto	22	21,15 %
Colpa medica	11	10,58 %
Mobbing	8	7,69 %
Infortunio sul lavoro	5	4,81 %
Maltrattamenti familiari	3	2,89 %
Incidente aereo	3	2,89 %
Crollo	3	2,89 %
Carcerazione ingiusta	2	1,92 %
Stalking	1	0,96 %
Colpo di pistola	1	0,96 %
Accusa ingiusta	1	0,96 %
Bullismo	1	0,96 %
Morso di un cane	1	0,96 %
Inquinamento acustico	1	0,96 %
Aggressione	1	0,96 %
Tentato omicidio	1	0,96 %
Pignoramento illecito	1	0,96 %
Violazione della privacy	1	0,96 %

B) Dati relativi ai soggetti valutati

I soggetti che sono stati sottoposti alla valutazione sono un campione rappresentativo di tutte le fasce di età (vedi tabella 2 qui di seguito).

Tabella 3

Fascia di età	Frequenza	Percentuale
Sotto i 9 anni	3	2,88 %
10-19 anni	7	6,73 %
20-29 anni	17	16,35 %
30-39 anni	18	17,31 %
40-49 anni	21	20,19 %
50-59 anni	24	23,08 %
60-69 anni	10	9,61 %
70-79 anni	2	1,92 %
80 e oltre	2	1,92 %

	Sotto i 9 anni	1 0-19 anni	2 0-29 anni	3 0-39 anni	4 0-49 anni	5 0-59 anni	6 0-69 anni	7 0-79 anni	8 0 e oltre	Totale frequenze
Sinistro Stradale	3	3	7	8	9	3	3	1		37
Lutto		1	3	1	4	9	3	1		22
Colpa medica		1	1	5	2	1	1			11
Mobbing			2	1	2	3				8
Infortunio sul lavoro			1	2	1	1				5
Maltrattamenti Familiari					1	2				3
Incidente aereo			1			1	1			3
Crollo		1				1			1	3
Carcerazione e Ingiusta						1	1			2
Stalking						1				1
Colpo di pistola				1						1
Accusa Ingiusta							1			1
Bullismo		1								1
Morso di un cane			1							1
Inquinamento acustico					1					1
Aggressione						1				1
Tentato omicidio			1							1
Pignoramento illecito									1	1
Violazione della privacy				1						1

Tabella 3

Analizzando la tabella 3 si osserva quasi un continuum tra la fasce di età per i sinistri stradali (20-39 anni) e la fascia di età per il risarcimento danno da lutto (40- 59 anni) . Tale dato non stupisce dal momento che, i sinistri mortali che hanno provocato un lutto sono stati inseriti nell'analisi del lutto, pertanto coloro che si sono sottoposti alla valutazione altro non sono che i genitori di giovani deceduti a seguito di incidente stradale.

Altro dato interessante sul quale conviene spendere due parole è la fascia di età maggiormente rappresentativa del danno per colpa medica. Anche questo dato potrebbe essere spiegato alla luce dell'inserimento - nella suddetta categoria - del danno derivante da intervento estetico ritenuto errato che, secondo la casistica presa in considerazione, risulta essere maggiormente affrontato da donne nella fascia di età intorno ai 30 anni.

C) Strumenti e tecniche di valutazione

Dopo aver esaminato il campione preso in considerazione nell'ambito della nostra ricerca, abbiamo voluto esaminare quali strumenti lo psicologo forense ha utilizzato per rispondere al quesito sull'eventuale presenza, o aggravamento, del danno psichico.

Il colloquio.

Lo strumento utilizzato in tutte le relazioni risulta essere il colloquio. Alcuni lo considerano una tale fonte di informazioni che esonera l'esaminato dal sottoporsi a valutazione psicodiagnostica, basando le conclusioni solo ed esclusivamente sul resoconto del medesimo (vedi tabella 4). Nonostante il colloquio venga, come detto sopra, sempre utilizzato a volte anche con presunzione di universalità, alcuni colloqui sembrano essere ancorati alla mera analisi anamnestica e alla narrazione dell'evento critico esonerati quindi, dall'andare a valutare come, perché, etc. quell'evento per quella persona ha determinato quelle e solo quelle conseguenze e non altre.

Solitamente, l'esperto effettua un numero medio di colloqui pari ad un colloquio singolo. Viene sentito solo l'esaminato e raramente viene presa in considerazione l'eventuale cartella clinica pregressa⁸.

⁸ Il professionista, cioè riporta in anamnesi che il cliente prende farmaci o è stato ricoverato etc. ma nulla allega alla relazione. In questi casi sarebbe buona prassi nel paragrafo che potrebbe essere intitolato

Tabella 4

Valutazione del danno solo con il colloquio	25 %
Valutazione del danno colloquio più indagine psicodiagnostica	75 %

I test.

Abbiamo cercato di comprendere quali test fossero ritenuti validi nell'affrontare una valutazione per risarcimento del danno biologico di tipo psichico.

A parte una minima parte di casi, solitamente, l'impiego della valutazione psicodiagnostica è caratterizzato dalla somministrazione di più test o, per meglio dire, di una batteria psicodiagnostica. I test maggiormente utilizzati sono i seguenti:

Tabella 5

Test Somministrato	Totale frequenza	Totale percentuale
<i>Questionario di personalità</i>		
M.M.P.I.-2	62	59,61 %
CBA 2.0	1	0,96 %
16 P. F. Cattell ⁹	14	13,46 %
High School Personality Questionnaire ¹⁰	2	1,92 %
<i>Questionari di ansia e depressione</i>		
I.P.A.T. Anxiety scale	11	10,58 %
I.P.A.T. depression scale	8	7,69 %
S.T.A.I.-Y	1	0,96 %
Beck Depression Inventory II	4	3,85 %
<i>Test Proiettivi</i>		
Rorschach	17	16,35 %
Test grafici	10	9,61 %

“Documentazione anamnestica acquisita” fare riferimento ad eventuali certificazioni o prescrizioni inserendo le medesime nel corpo della relazione.

⁹ Sono stati inseriti nella seguente voce tutte le somministrazioni del 16 P.F. di Cattell. Queste comunque sono così rappresentate: n. 10 16 P.F. di Cattell forma A, n. 2 16 P.F. di Cattell forma C, n. 2, n.1 16 P.F. Cattell forma 5;

¹⁰ Questionario per la valutazione di tratti di personalità in soggetti adolescenti;

<i>Semiproiettivi di personalità</i>		
W.Z.T. (Wartegg)	6	5,77%
Reattivo di frasi da completare di Sacks	3	2,88 %
Picture Frustration Study	2	1,92 %
<i>Test di livello</i>		
W.A.I.S.-R	11	10,58 %
T.I.B.	11	10,58 %
Mini Mental State Examination	1	0,96 %
Matrici Progressive di Raven	3	2,88 %
<i>Test Visuo-motorio</i>		
Bender Gestalt Test	8	7,69 %
<i>Valutazione Neuropsicologica</i>		
Esame neuropsicologico breve ¹¹	2	1,92 %
Test dei gettoni	1	0,96 %
Test di memoria e apprendimento	1	0,96 %
Test di sviluppo della percezione visiva	1	0,96 %
Test della figura complessa di Rey	9	8,65 %
Test del “barrage” di Toulouse e Pierson	1	0,96 %
Reattivo di rendimento mnestico	2	1,92 %
<i>Scale riferite a problemi specifici di disagio psicologico</i>		
Scala di ansia per l’età evolutiva	1	0,96 %
Scala di Hamilton per la depressione	7	6,73 %
<i>Scale di qualità della vita</i>		
S.V.A.R.P. ¹²	5	4,80 %
S.A.T.-P.	1	0,96 %
<i>Altro</i>		
Scala di impatto degli eventi	2	1,92 %
Vineland	1	0,96 %
Adjective Check List ¹³	1	0,96 %

In seguito all’analisi effettuata osserviamo che, i test maggiormente utilizzati sono M.M.P.I.-2 (59,61 %), Roarschach (16,35 %), 16 P.F. di Cattell (13,46 %) e i questionari di ansia e depressione. Le valutazioni neuropsicologiche sono scarsamente

¹¹ Si intende la somministrazione completa dei test che fanno parte del protocollo. In dettaglio: Digit Span, Trail making test (T.M.T., versione A e versione B), copia del disegno, memoria di interferenza, astrazione, test dei gettoni, memoria di prosa (immediata e differita), test delle figure aggrovigliate, disegno spontaneo, fluenza fonetica, stime cognitive, prove prussiche, test dell’orologio;

¹² In alcune consulenze, ai fini di ricerca, è stato somministrato il questionario S.V.A.R.P. di Pezzuolo e Bianchi in fase sperimentale. Di tali risultati non si è tenuto conto nelle conclusioni dato il rigore scientifico richiesto nel metodo forense;

¹³ Tale questionario è stato riportato sotto la voce altro dal momento che sarebbe più appropriato inserirlo nelle tecniche della “descrizione del sé” che, nella categorizzazione prescelta non trovano spazio;

utilizzate anche se trovano spazio, opportunamente, nelle valutazioni di casi relativi a traumi cranici (conseguenti, generalmente, sinistri stradali).

E' giusto quindi, per inciso, ricordare che i traumi cerebrali rappresentano una causa molto frequente di invalidità permanente sia in età giovanile che adulta.

D) Esame dei risultati.

La preoccupazione che la formazione clinica, seppure imprescindibile per una buona diagnosi, interferisca con le caratteristiche di oggettività e scientificità dell'ambito forense trova purtroppo conferma all'analisi dei risultati della ricerca posta in essere.

Stupisce l'elevata percentuale di relazioni che non prevedono alcuna valutazione psicodiagnostica e che basano le conclusioni esclusivamente sulle risultanze del colloquio. Tale dato, infatti, sembra non tener assolutamente conto dell'incentivo che la valutazione stessa richiama nell'ottica del risarcimento danno e, quindi, seppure l'esagerazione della sintomatologia è presente ogniqualevolta, una quantificazione del danno basata sul colloquio non sembra poter discriminare, non possedendo riscontri di carattere oggettivo, dove inizi l'esagerazione del sintomo, la sua amplificazione o dove si sia di fronte a simulazione.

Per ciò che concerne la valutazione psicodiagnostica, nonostante il protocollo del M.M.P.I.-2 trovi giusto riconoscimento nelle valutazioni psicodiagnostiche, la considerazione che il test di Rorschach si colloca al secondo posto come valutazione utilizzata, fa riflettere sull'utilizzo improprio del medesimo in ambito forense¹⁴ troppo spesso non accompagnato da altro protocollo maggiormente attendibile da cui trarre eventuali conferme¹⁵.

Seppure i test grafici possono, con i loro limiti dare informazioni in merito alla percezione della figura corporea, pensiamo ad esempio ad un intervento di chirurgia estetica venuto male, questi solitamente fanno parte di una valutazione che comprende, oltre il D.F.U., Rorschach e W.Z.T. Come possiamo immaginare una valutazione

¹⁴ Come detto, infatti, in altra sede, vedi capitolo precedente, il Rorschach è sottoposto a notevoli limiti in tema di validità ed attendibilità in ambito forense che, seppure non gravi nel suo utilizzo in ambito clinico, non possono non essere tenuti in debita considerazione nel contesto al quale facciamo riferimento.

¹⁵ Nei pochi casi a cui si è fatto cenno prima in cui viene utilizzato solo un test, spesso viene utilizzato solo il test Rorschach.

psicodiagnostica in tale direzione è facilmente sottoposta a critiche da parte di altri professionisti.

Grossi limiti sono anche riservati a tutti quei test che mancano di controllo. Per fare un esempio, l'utilizzo della scala degli eventi stressanti di Paykel, è utile e può trovare margine nella valutazione psicodiagnostica posta in essere ma, essendo una scala autosomministrata non può diventare l'unico "termometro" del consulente oltre al colloquio. Anche in questo, caso è auspicabile l'utilizzo di altri questionari con scale di controllo per dare validità ad eventuali conclusioni.

Per ciò che concerne l'utilizzo della valutazione neuropsicologica di fronte ai traumi cranici va ricordato che:

L'imperativo della quantificazione oggettiva ed attendibile degli esiti di eventi traumatici che interessano il sistema nervoso riguarda sia l'ambito clinico che medico-legale. Affinché il nesso di causalità tra un evento cerebrolesivo e i problemi neuropsicologici del soggetto possa essere affermato con la maggiore chiarezza possibile – al fine di apportare efficaci contributi anche in ambito giuridico e medico-legale – è essenziale che tutti i fattori prognostici e gli indici clinici siano attentamente riconosciuti e valutati, sottolineando quelli che presentano caratteristiche direttamente o indirettamente correlabili al danno neurologico ed escludendo quelli che invece risultano solo confusivi ed estranei (Stracciari et al., 2010, 23).

Infine, sembra essere dato poco spazio alla documentazione medica o farmacologica eventualmente prescritta. Difatti, sebbene in anamnesi venga riferito di eventuali assunzioni di farmaci quali ad esempio quelli appartenenti alla categoria degli ansiolitici, nessuna documentazione in tal senso viene riferita e documentata (ad esempio chi li prescrive? in funzione di cosa? quale è la posologia? etc.). per dare completezza alla nostra relazione qualora ci trovassimo di fronte ad una si tale situazione sarebbe opportuno, ad esempio, farsi portare dall'esaminato la confezione del medicinale¹⁶, riportare eventuali cartelle cliniche, sentire, previa autorizzazione, eventualmente il medico che li prescrive o ha in cura l'esaminato, etc. Niente è da considerarsi superfluo in tal senso. Allegare eventuali relazioni di altri specialisti può dare forza alla nostra ipotesi e pretendere che altri facciano questo lavoro di ricerca non è auspicabile.

¹⁶ In tale situazione la richiesta di mostrarci la confezione potrebbe aiutarci a comprendere se vi può o meno essere compatibilità tra il dosaggio prescritto e l'utilizzo della confezione;

4. Il problema della valutazione del danno psichico in età evolutiva

Nell'analisi della casistica, è doveroso osservare come assieme a soggetti adulti, al professionista potrebbe essere chiesto di valutare anche soggetti in età evolutiva.

In questa situazione diventa ancora di più imprescindibile operare l'analisi del contesto, o meglio, l'analisi della fase evolutiva che il soggetto sta vivendo.

Per esempio, prendiamo in considerazione il caso di un danno da lutto di un padre dove l'esaminato è il figlio: in sede di valutazione potrebbero emergere difficoltà in ordine allo sviluppo della personalità. In tale circostanza, una componente sarà da ricondurre alla perdita della figura parentale di riferimento, un'altra componente sarà da collegare ad una crisi evolutiva tipica della particolare fascia d'età che niente a che vedere con l'evento critico ed il conseguente danno.

In linea generale gli eventi che possono essere causa di danno psichico nell'infanzia e nell'adolescenza possono così essere riassunti (Camerini et al. 2011):

- lesioni cerebrali che compromettono le funzioni superiori;
- esperienze traumatiche spaventose, tali da determinare reazioni di forte angoscia, delle quali il soggetto è stato vittima o ha assistito;
- esperienze di vittimizzazione fisica o sessuale;
- grave trascuratezza emotiva e/o materiale vissuta nell'ambiente familiare;
- abuso psicologico ripetuto: isolamento coattivo, sfruttamento, mortificazioni;
- perdita luttuosa di un genitore a causa di un incidente;

Qualunque sia quindi il motivo della valutazione è fondamentale concettualizzare l'evento occorso nel continuum dello sviluppo emotivo-cognitivo che il minore sta vivendo. Il professionista deve essere consapevole che l'età del danneggiato assieme ad altri fattori indipendenti al fatto illecito possono influenzare la complessiva valutazione.

Un altro aspetto che occupa uno spazio di rilievo in sede di valutazione del danno in soggetti in età evolutiva è la capacità di *resiliency*¹⁷ (riadattamento/recupero) del minore

¹⁷ Per comprendere meglio il concetto di resilience può essere utile proporre un piccolo esempio. La capacità di resilience è quella capacità dei materiali di ritornare allo stato antecedente dopo aver subito una modificazione. Un esempio per tutti può essere l'elastico: questo seppure tirato nelle diverse direzioni torna alla sua dimensione originale. In psicologia con il termine resilience si intende la capacità di far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, in altre parole, la capacità di riorganizzare positivamente la propria vita;

medesimo. Qualora il minore goda di supporto emotivo (presenza di fattori sociali e familiari positivamente intesi) a seguito del danno può recuperare, in maniera più o meno idonea, l'esperienza stressante.

Un'ulteriore problematica, dopo aver effettuato una completa valutazione del minore¹⁸, sta nell'individuazione di una corretta diagnosi. Difatti, le categorie nosografiche internazionalmente riconosciute (DSM-IV-Tr ed ICD-10) offrono all'esperto categorie chiuse, strutturate, ben definite, che, di contro, proprio per l'apertura del "sistema-minore", non sempre possono essere individuate o essere prese di riferimento in maniera letterale. Come negli adulti, anche nei confronti del minore, la diagnosi più ricorrente, a seguito dell'esposizione ad eventi traumatici, è la diagnosi di P.T.D.S. (disturbo post traumatico da stress). Purtroppo, tale "etichettatura" viene utilizzata anche quando il quadro clinico presentato non attinge direttamente ai criteri che le sono propri¹⁹. La difficoltà nel trovare la "giusta diagnosi" sta nella varietà di fattori che intervengono e che devono essere tenuti in debita considerazione al momento della valutazione del minore, e dalla difficoltà di delineare confini maggiormente netti con altre diagnosi afferenti alla sfera dei disturbi d'ansia o all'elaborazione del lutto.

"Gli attuali sistemi di classificazione psichiatrica non sono adeguati per contemplare l'intera gamma delle difficoltà derivanti da esperienze traumatiche infantili. Anche se la categoria diagnostica del PTSD è spesso utilizzata, essa non risulta esaustiva nel descrivere l'entità dell'impatto sullo sviluppo derivante dalla cronica esposizione ad eventi traumatici complessi" (Camerini et al., 2001, 63).

Concludendo, quindi, se nella valutazione dell'adulto i fattori da tenere in considerazione per stabilire il nesso di causa, la diagnosi e la prognosi sono fondamentali, ancor più nella valutazione del minore il lavoro dell'esperto deve essere caratterizzato da un'attenta selezione degli elementi che concorrono alla eventuale

¹⁸ In ordine alla valutazione psicodiagnostica del minore, una breve rassegna è all'interno del presente elaborato, per approfondimenti si rimanda a Camerini G.B., Sartori G., Codognotto S., "Metodi, Protocolli e Test di valutazione delle funzioni psichiche" in *La valutazione del danno psichico nell'infanzia e nell'adolescenza*, Giuffrè, 2011;

¹⁹ A tale proposito Scheeringa et al. (1995) avevano individuato criteri specifici altri per la diagnosi di P.T.D.S. in età presolare evidenziando come, i criteri diagnostici solitamente utilizzati per la diagnosi dei soggetti adulti, mal si applicavano alle condizioni post-traumatiche in età evolutiva;

diagnosi. Non tutto è conseguente al danno e non tutto il danno è conseguente all'evento.

La valutazione del danno nel minore può essere paragonata all'osservazione del cielo: le stelle che identificano una costellazione sono poche e limitate, ma infinite stelle fanno parte di quella costellazione anche se non la identificano. Per conoscere le altre stelle bisogna avere un telescopio più potente... bisogna andare più in profondità.

5. Proposta di un modello valutativo comune per la valutazione del danno psichico

Data la multidisciplinarietà della valutazione del danno alla persona, una collaborazione tra diverse figure professionali potrebbe essere un buon punto di partenza per una valutazione oggettiva.

Nondimeno lo psicologo forense porta le sue competenze e conoscenze e, dato l'ampio utilizzo di test, proporre un metodo di lavoro può sicuramente aiutare terzi (esempio medici-legali) a cercare di comprendere perché sosteniamo quella ipotesi piuttosto che un'altra.

Il colloquio è sicuramente una prima importante fonte di conoscenza dell'esaminato. Condurre un buon colloquio è indubbiamente fare bene già metà della propria prestazione. Il colloquio dovrebbe essere caratterizzato, oltre che da una buona raccolta anamnestica, da una narrazione libera dell'evento critico in cui poi, l'esperto, pone domande per cercare di comprendere come, quanto, perché, etc. vi è stata una modificazione in senso peggiorativo del benessere psichico²⁰.

In merito alla valutazione psicodiagnostica, accanto all'utilizzo di scale specifiche per l'ansia o la depressione (ad esempio lo State-Trait Anxiety Inventory), sarebbe buona prassi associare, alla somministrazione delle medesime, un questionario di

²⁰ A volte la difficoltà di trovarsi di fronte ad esaminati che sono sopraffatti dalle conseguenze dell'evento critico pone non poche difficoltà nell'eloquio e nella raccolta di elementi utili all'esperto per ottemperare ad una buona valutazione. In tal senso è possibile fare uso di piccoli stratagemmi: solitamente si può chiedere al soggetto di proporci due foto di sé stesso o due descrizioni di sé una antecedente l'evento critico e una successiva al medesimo, oppure si può fargli descrivere gli hobbies e le passioni per poi cercare come queste si sono, se si sono, modificate in seguito all'evento critico. Tale modalità nel corso delle consulenze fino ad oggi espletate ha dimostrato che serve per far diminuire l'ansia o quantomeno aiuta a far percepire al soggetto che siamo veramente interessati a sapere come sta.

personalità (M.M.P.I.- 2) per osservare, ad esempio, l'andamento delle scale A e della scala D in accordo o disaccordo con il questionario specifico²¹.

Qualsiasi strumento sia prescelto per essere utilizzato, dobbiamo conoscerne i limiti, i vantaggi etc. ma prima di tutto dobbiamo sapere cosa intendiamo misurare e se effettivamente quello strumento possa ottemperare a questo nostro fine²².

Qualora questo primo punto sia chiaro e motivato nel corpo della relazione anche eventuali critiche che potrebbero essere mosse, trovano margine di discussione e confronto perché il professionista non ha usato quel test perché era l'unico che conosceva o aveva a disposizione, ma, perché ha fatto una selezione mirata e coscienziosa per quel caso ed in quella situazione (da qui ad esempio anche l'utilizzo di test grafici o semiproiettivi motivati ed accompagnati da protocolli maggiormente standardizzati). Come possiamo ben comprendere, è difficile sostenere che l'esaminato a seguito di intervento chirurgico errato possa essere affetto da disturbo dell'adattamento sulla base dell'analisi del tratto grafico al D.F.U., altra questione è che dal D.F.U. si possano fare inferenze che poi vengano confermate all'analisi delle scale cliniche, ad esempio, del M.M.P.I.-2. In questo caso l'utilizzo del test grafico può essere comunque giustificato come strumento teso a valutare la percezione corporea.

Possiamo immaginare di procedere quindi in tal senso per l'utilizzo dei test da scegliere. Dopo essersi posti la domanda "che cosa vogliamo valutare" scegliere tra gli strumenti quelli che, sulla base della letteratura di riferimento, godono di validità ed attendibilità.

Bianchi et al. (2005) propongono una seguente lettura valutativa che risulta essere ancora attuale e pienamente condivisibile.

1). Valutazione del funzionamento attuale:

Nella valutazione del livello di funzionamento attuale, l'esame neuropsicologico forense deve indagare essenzialmente:

- il funzionamento cognitivo (attenzioni, funzioni esecutive, memoria);
- il funzionamento emotivo;

²¹ Come possiamo immaginare del tutto diverso sarà il decorso di un disturbo dell'adattamento in un soggetto che fino al momento dell'evento critico non era caratterizzato dalla presenza di ansia (ansia di tratto) da quello che, invece, vede protagonista un soggetto che presentava tale caratteristica.

²² Per fare un esempio che risulta chiaro, anche se esula dal nostro intervento, è come pretendere di misurare l'idoneità genitoriale attraverso il test di Rorschach, o per far un esempio ancora più semplice, misurare la febbre con la risonanza magnetica.

- l'adattamento alla vita quotidiana.

I test che si utilizzano sono:

- test di intelligenza e di attitudine, che consistono in un insieme di compiti ciascuno dei quali richiede la soluzione di problemi o l'esercizio di qualche operazione intellettuale;

- test clinici che misurano i processi cognitivi implicati nell'apprendimento, utilizzati nella diagnosi delle lesioni cerebrali per l'identificazione di disturbi percettivi che potrebbero compromettere l'apprendimento iniziale della lettura e della scrittura;

- test di personalità e degli atteggiamenti;

- test riguardanti la sfera affettiva;

- test di adattamento alla vita quotidiana (Bianchi et al. 2005, p. 413).

E' così possibile costruire una tabella ove, per ogni cosa che intendiamo valutare riscontriamo lo strumento idoneo a farlo²³.

Valutazione del livello di funzionamento attuale		
Funzionamento Cognitivo		
<i>Test di abilità o livello</i>		
Test	Età	Norme Italiane
Matrici progressive 38 (P.M. 38) avanzate (Raven 1940)	12 anni in poi	Spinner e Tognoni, 1987
Matrici progressive 47 (P.M. 47) colorate (Raven, 1977)	3-8 anni	Pruneti, 1985
Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (W.I.P.P.S.I.) (Wechsler, 1973)	4- 6 anni	Orsini e Picone 1996
Wechsler Intelligence Scale for Children Revised (W.I.S.C.-R.) (Wechsler, 1987)	5-16 anni	Orsini, 1993
Wechsler Adult Intelligence Scale, Revised (W.A.I.S.-R.) (Wechsler, 1981)	16 anni in poi	Orsini e Laicardi, 1997
<i>Attenzione e concentrazione</i>		
Test delle campanelle (Biancardi e Stoppa, 1997)	4-14 anni	Biancardi e Stoppa, 1997
Subtest associazione simboli a numeri delle scale Wechsler (W.I.P.P.S.I., W.I.S.C.-R., W.A.I.S.-R.)	4 anni in poi	Orsini 1993, Orsini e Picone 1996, Orsini e Laicardi 1997
<i>Memoria a breve termine</i>		
Test di apprendimento di coppie di parole (Novelli et	15	Novelli et al., 1986

²³ Per la definizione di questa tabella si fa riferimento al metodo di valutazione proposta in BIANCHI A. (a cura di) (2005), *La valutazione neuropsicologica del danno psichico ed esistenziale*, Cedam, integrato con ulteriori considerazioni e strumenti psicodiagnostici.

al., 1986)	anni in poi	
Test di Corsi di span spaziale (Spinnler e Tognoni, 1987)	6 anni in poi	Spinnler e Tognoni, 1987
Subtest Memoria di cifre delle scale Wechsler (W.I.P.P.S.I., W.I.S.C.-R., W.A.I.S.-R.) anche detto Digit Span	4 anni in poi	Orsini 1993, Orsini e Picone 1996, Orsini e Laicardi 1997
<i>Memoria a lungo termine</i>		
Benton Visual Retention Test (B.V.R.T., Benton, 1945)	8 anni in poi	Ferracuti, 2000
Test della grande Figura complessa di Rey (Rey, 1942)	7 anni in poi	Lis e Di Nuovo, 1982
Test della piccola Figura complessa di Rey (Rey, 1968)	4-7 anni	Di Nuovo, 1979
<i>Percezione</i>		
Discriminazione visiva (Bisiacchi et al. 2005)	5-11 anni	Bisiacchi et al. 2005
<i>Ragionamento</i>		
Subtest scale Wechsler (W.I.P.P.S.I., W.I.S.C.-R., W.A.I.S.-R.) (analogie, ragionamento aritmetico, comprensione, completamento di figura, riordinamento di storie)	4 anni in poi	Orsini 1993, Orsini e Picone 1996, Orsini e Laicardi 1997
<i>Abilità Costruttive</i>		
Subtest scale Wechsler (W.I.P.P.S.I.; W.I.S.C.-R., W.A.I.S.-R.) (disegno con i cubi, ricostruzione di figure)	4 anni in poi	Orsini 1993, Orsini e Picone 1996, Orsini e Laicardi 1997
Bender Visual Motor Gestalt Test (Bender, 1938; Busnelli, Dall'Aglio e Faina 1978c; Hutt, 1969-77)	4 anni in poi	Morante 1979, Lis A. 1996, Giovanelli G.C.
<i>Funzioni Esecutive</i>		
Fluenza verbale per categorie semantiche (Milner, 1964- Bontos 1968)	5-11 anni	Laiconi et al., 1993
Torre di Londra	5-13 anni	Bisiacchi et al. 2005
Wisconsin Card Sorting Test (W.C.S.T.) (Nelson, 1976)	4-13 anni	Sannio Fancello, Cianchetti, 2003
Subtest delle scale Wechsler (W.I.P.P.S.I., W.I.S.C.-R., W.A.I.S.-R.) (labirinti)	4 anni in poi	Orsini 1993, Orsini e Picone 1996, Orsini e Laicardi 1997
<i>Linguaggio</i>		
Subtest delle scale Wechsler (W.I.P.P.S.I., W.I.S.C.-R., W.A.I.S.-R.) (vocabolario)	4 anni in poi	Orsini 1993, Orsini e Picone 1996, Orsini e Laicardi 1997
Test Reception of Grammar – T.R.O.G. (Bishop, 1982)	4-13 anni	Cendron, Conciari, Sartori 1985
Test del primo linguaggio (T.P.L.) (Axia, 1995)	12- 36 mesi	Axia, 1995
Test di valutazione del Linguaggio livello prescolare (T.V.L.) (Cianchetti, Sannio Fancello, 1997)	30 mesi- 6	Cianchetti, Sannio Fancello, 1997

	anni	
Funzionamento Emotivo		
<i>Test di personalità</i>		
Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.-A., M.M.P.I.-2)	14 anni in poi	Sirigatti e Pancheri, 2001 Sirigatti e Pancheri 1995
K- S.A.D.S.-P.L. (per la parte relativa all'intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti) (Kaufman et al. 1997)	6-17 anni	Sogos et al. 2004
Millon Clinical Multiaxial Inventory III	18 anni in poi	Zennaro A., Ferracuti S. Lang M., Sanavio E., 2008
<i>Test di valutazione dello stato emozionale</i>		
K- S.A.D.S.-P.L. (per la parte relativa al disturbi post-traumatico da stress) (Kaufman et al. 1997)	6-17 anni	Sogos et al. 2004
T.A.D. Test dell'ansia e depressione nell'infanzia e adolescenza (Newcomer et al., 1994)	6-19 anni	Ianes, 1995
State-Trait Anxiety Inventory forma Y	18 anni in poi	Spielberger 1980
Beck depression Inventory II (Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K., 1979)		Flebus G.B., Montano A., Sanavio E., Sica C., 2006
B.A.I. Beck Anxiety Inventory	18 anni in poi	Sica C., Coradeschi D., Ghisi M., Sanavio E., 2006
C.D.I. (Children's Depression Inventory) Kovacs, 1988	8-17 anni	Camuffo M., Cerutti R., Lucarelli L., Mayer R., 1988
<i>Adattamento alla vita quotidiana</i>		
Questionario di autostima (Culture-free Self- Esteem Inventory For Children, Forma AD) (Battle, 1992)	5 anni in poi	Tressoldi e Vio, 1996
Intervista Vineland Adaptive Behavior Scales forma completa (Sparrow, Balla, Cicchetti D.V., 1984)	tutte	Balboni e Pedrabissi, 2003
<i>Stima del funzionamento premorboso</i>		
Intervista semi-strutturata (Mondini, Mapelli, Vestri e Bisiacchi, 2003)	tutte	Mondini, Mapelli, Vestri e Bisiacchi, 2003
Subtest scale Wechsler: vocabolario e completamento di figure	4 anni in poi	Orsini 1993, Orsini e Picone 1996, Orsini e Laicardi 1997

Questa tabella, seppure necessariamente riassuntiva, vuole proporsi come modello per la scelta degli eventuali strumenti che un professionista, che si adopera nell'ambito del risarcimento del danno, può prendere di riferimento in funzione del quesito o della valutazione che si accinge a fare.

Oltre ai test sopra elencati, è possibile fare ricorso alle scale di funzionamento del DSM-IV-Tr e ad alcune scale psicologiche di ampio utilizzo anche nel mondo psichiatrico (esempio scala di Paykel per gli eventi stressanti).

Niente esonera lo psicodiagnosta a conoscere lo strumento che utilizza, ad esplicitare le motivazioni di una scelta valutativa piuttosto che un'altra ma soprattutto, quello che il professionista deve bene tenere a mente è l'unicità di quel soggetto che rende unica la sua valutazione rispetto a tutte le altre. Il medesimo test non darà mai origine ad uno stesso protocollo, perché è l'unicità dell'incontro tra la persona e l'evento critico che rende il mestiere dello psicodiagnosta e, a sua volta, dello psicologo forense, un lavoro sempre in costruzione, sempre alla ricerca di un protocollo nuovo o meglio di una valutazione nuova che non può prescindere dalle caratteristiche proprie di chi dobbiamo esaminare.

Nessuna valutazione sarà identica ad un'altra. Ogni valutazione è una scoperta. Il professionista consapevole costruirà, di volta in volta, il suo protocollo proprio perché quel protocollo e quella relazione che prendono forma, saranno unici e irripetibili.

BIBLIOGRAFIA:

AXIA G. (1995), *Test del primo linguaggio (T.P.L.)*, Organizzazioni Speciali, Firenze

BATTLE J. (1992), *Questionario di autostima (Culture-free Self- Esteem Inventory for Children, Form AD)*. Traduzione italiana a cura di TRESSOLDI P.E., VIO C. (1996), Edizioni Erickson, Trento

BENDER L. (1979), *Bender Visual Motor Gestalt test*, Organizzazioni Speciali, Firenze

BENTON A. L. (1955), *Benton Visual Retention test – BVRT.* Traduzione italiana a cura di Ferracuti S. (2000), Organizzazioni Speciali, Firenze

BIANCARDI A., STOPPA E., Il test delle camapanelle modificato: una proposta per lo studio dell'attenzione in età evolutiva, in *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza*, 64: 73-84

BISIACCHI et al. (2005), *BNV 5-11. Batteria per la valutazione neuropsicologica per l'età evolutiva*, Ed. Erickson, Trento

BISHOP D.V.M. (1982), Test of Reception of Grammar – T.R.O.G. in *Medical Research Council, Oxford*. Traduzione, adattamento e taratura italiana a cura di CENDRON M., CONCIARI I., SARTORI G. (1985), in BISIACCHI et al. (2005), *BNV 5-11. Batteria per la valutazione neuropsicologica per l'età evolutiva*, Ed. Erickson, Trento

BONCORI L. (1993), *Teorie e tecniche dei test*, Bollati Boringhieri, Torino

BUTCHER J.N. WILLIAM C.L. GRAHAM J.R. ARCHER R.P. TELLEGEN A., BEN- PORATH J.S., KAEMMER B. (2001), *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – Adolescent (M.M.P.I.-A.)*. Traduzione, adattamento e taratura italiana a cura di SIRIGATTI S., PANCHERI P. (2001), Organizzazioni Speciali, Firenze

CAMERINI G.B., SABATELLO U., SARTORI G., SERGIO G., *La valutazione del danno psichico nell'infanzia e nell'adolescenza*, Giuffrè Editore, 2011

CAMUFFO M., CERUTTI R., LUCARELLI L., MAYER R. (1988), *C.D.I. Children's Depression Inventory*. Organizzazioni Speciali, Firenze

CIANCHETTI C., SANNIO FANCELLO G. (1997), *Test di valutazione del linguaggio livello prescolare (T.V.L.)*, Organizzazioni Speciali, Firenze

DE CATALDO NEUBERGER L., GULOTTA G. (2004), *La carta di noto e le linee guida deontologiche per lo psicologo forense*, Giuffrè, Milano;

FAVA G.A., OSTI R.M.A. (1981), *Scala di Paykel per gli eventi stressanti*, Organizzazioni Speciali, Firenze

FLEBUS G.B., MONTANO A., SANAVIO E., SICA C. (2006), *Beck depression Inventory II*, Organizzazioni Speciali, Firenze

GIOVANELLI G.C. (2003), *L'uso clinico di una batteria di test e test di Bender. Manuale per la somministrazione e l'interpretazione*. Dispense corso di formazione (2008).

HATHAWAY S.R., MCKINLEY J.C. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2*. Traduzione, adattamento e taratura italiana a cura di SIRIGATTI S., PANCHERI P. (1995), Organizzazioni Speciali, Firenze

KAUFMAN J. et al. (2004), *K-S.A.D.-P.L.. Intervista diagnostica per la valutazione dei disturbi psicopatologici in bambini e adolescenti*. Ed. Erickson, Trento

LAICONA M., BARBAROTTO R., TRIVELLI C., CAPITANI E. (1993), Dissociazioni semantiche intercategoriali: descrizione di una batteria standardizzata e dati normativi, in *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 2, 210-248.

LIS A. (1996), *Il Bender Gestalt Test. Differenti metodi per l'applicazione dei punteggi*. Organizzazioni Speciali, Firenze

MONDINI S., MAPELLI D., VESTRI A., BISIACCHI P.S. (2003), *Esame Neuropsicologico Breve. Una batteria di test per lo screening neuropsicologico*, Raffaello Cortina Editore.

NEWCOVMER P., BARENBAUM E., e BRYANT B. (2004), *Test T.A.D. Test dell'ansia e della depressione nell'infanzia e nell'adolescenza*, Edizioni Erickson, Trento

NOVELLI G., PAPAGNO C., CAPITANI E., LAIACONA M., CAPPA S.F., VALLAR G. (1986), Tre test clinici di memoria verbale a lungo termine. Taratura di soggetti normali, in *Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria*, 47: 278-296

REY A: (1968), *Test della grande figura complessa di Rey*. Traduzione italiana a cura di LIS A., DI NUOVO S. (1982), Organizzazioni Speciali, Firenze

REY A: (1968), *Test della piccola figura complessa di Rey*. Traduzione italiana a cura di DI NUOVO S. (1979), Organizzazioni Speciali, Firenze

SANNIO FANCELLO G., CIANCHETTI C. (2003), *MCST – Modified Card Sorting Test. Adattamento per l'età evolutiva del Wisconsin Card Sorting Test*, Edizioni Erickson, Trento

SHALLICE T. (1982), *Torre di Londra*. Adattamento a cura di BISIACCHI et al. in BISIACCHI P.S. et al. (2005), *BNV 5-11. Batteria per la valutazione neuropsicologica per l'età evolutiva*, Ed. Erickson, Trento

SICA C., CORADESCHI D., GHISI M., SANAVIO E. (2006), *B.A.I. Beck Anxiety Inventory*, Organizzazioni Speciali, Firenze

SPARROW S.S., BALLA D.A., CICCHETTI D.V. (1984), *Vineland Adaptive behavior Scales*. Traduzione, adattamento e taratura italiana a cura di BALBONI G., PEDRABISSI L. Organizzazioni Speciali, Firenze

SPIELBERGER C.D. (1980), *S.T.A.I. State-Trait Anxiety Inventory Forma Y*. Adattamento italiano a cura di Pedrabissi L., Santinello M. (1996), Organizzazioni Speciali, Firenze

SPINNLER H., TOGNONI G. (1987), Standardizzazione e taratura italiana di test neuropsicologici, in *The Italian Journal of Neurological Sciences*, 6 suppl. n. 8

STRACCIARI A., BIANCHI A., SARTORI G. (2010), *Neuropsicologia forense*, Il Mulino, Bologna.

ZENNARO A., FERRACUTI S. LANG M., SANAVIO E. (2008). *Millon Clinical Multiaxial Inventory III. Una rivoluzione nell'assessment clinico della personalità*. Organizzazioni Speciali, Firenze