M_D SSMD REG2016 0102655 19-07-2016

STATO MAGGIORE DELLA DIFESA
ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITA' MILITARE

Id.: IGESAN/PS-16/X (64)
(da citare nella risposta)

PdC: Col. L. LISTA – Tel. 5.9012

Allegati: 1
Annessi: 1

OGGETTO: "Linee guida per l'inquadramento diagnostico e medico legale dei disturbi psichici correlati ad eventi traumatici e stressanti".

A INDIRIZZI IN ALLEGATO

1. Si inviano in allegato le "Linee Guida per l'inquadramento diagnostico e medico legale dei disturbi psichici correlati ad eventi traumatici e stressanti", elaborata da questo Ispettorato Generale al fine di agevolare e standardizzare la valutazione medico legale da parte delle competenti commissioni mediche dei disturbi psichici insorti dopo eventi traumatici.

2. Si rimane a disposizione per eventuali chiarimenti.

d'ordine
L'ISPETTORE GENERALE
(Gen. Isp. Capo CSArn Enrico TOMAO)

itally signed by
ESSANDRO VITO
e: 2016.07.19 12:31:09 CEST

M_D SSMD REG2016 0102655 19-07-2016

ELENCO INDIRIZZI

STATO MAGGIORE DELL'ESERCITO — ROMA

STATO MAGGIORE DELLA MARINA MILITARE — ROMA

STATO MAGGIORE DELL'AERONAUTICA MILITARE — ROMA

COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI — ROMA

COMANDO LOGISTICO DELL'ESERCITO
Comando di Sanità e Veterinaria — ROMA

ISPETTORATO DI SANITA' DELLA MARINA MILITARE — ROMA

COMANDO LOGISTICO DELL'AERONAUTICA MILITARE
Servizio Sanitario — ROMA

COMANDO GENERALE DELL'ARMA DEI CARABINIERI
Direzione di sanità — ROMA

e per conoscenza,

MINISTERO DELLA DIFESA
Ufficio Legislativo — ROMA

MINISTERO DELLA DIFESA
Direzione Generale della Previdenza Militare e della Leva — ROMA

COMANDO OPERATIVO DI VERTICE INTERFORZE — ROMA

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

Diramazione Interna
Ufficio del SCa.SMD
I Rep. SMD
V Rep. DMD
UGAG

Digitally signed by
DALESSANDRO VITO
Date: 2016.07.19 12:31:09 CEST

M_D SSMD REG2016 0102655 19-07-2016

STATO MAGGIORE DELLA DIFESA

ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITA' MILITARE

Linee Guida per l'inquadramento diagnostico e medico-legale dei disturbi psichici correlati ad eventi traumatici e stressanti

A CURA DI IGESAN:

UFFICIO POLITICA SANITARIA GENERALE

Edizione 2016

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

Digitally signed by
DALESSANDRO VITO
Date: 2016.07.19 12:31:10 CEST

ATTO DI APPROVAZIONE

Approvo la presente Direttiva "Linee Guida per l'inquadramento diagnostico e medico-legale dei disturbi psichici correlati a eventi traumatici e stressanti" (Edizione 2016).

Roma, 13-luglio-2016

d'ordine
L'ISPETTORE GENERALE
(Gen. Isp. Capo CSArn Enrico TOMAO)

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

REGISTRAZIONE DELLE AGGIUNTE E VARIANTI

1. Le A.V. saranno inserite con la sostituzione di pagine ed, in caso di varianti di modesta entità, con correzioni a penna.
2. Le A.V. dovranno essere registrate nella seguente tabella e le lettere di trasmissione delle stesse inserite dopo l'ultima pagina del documento in oggetto.
3. Le pagine sostituite dovranno essere distrutte secondo le norme in vigore.

N. d'ordine	Numero di protocollo e data della lettera di trasmissione	Data di inserimento delle A.V.	Firma di chi ha approvato la variante

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

LINEE GUIDA PER L'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO E MEDICO LEGALE DEI DISTURBI PSICHICI CORRELATI A EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI

INDICE

ATTO D'APPROVAZIONE ..... **pag. I**

REGISTRAZIONE DELLE AGGIUNTE E VARIANTI ..... **pag. II**

INDICE ..... **pag. III**

TESTO

1. SCOPO ..... Pag. 1
2. ASPETTI GENERALI ..... Pag. 1
3. DISTURBI PSICHICI CORRELATI AGLI EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI Pag. 2
   a. Inquadramento clinico ..... Pag. 2
   b. Inquadramento medico legale ..... Pag. 4
4. ARTICOLAZIONE DELLA VALUTAZIONE E FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE ..... Pag. 8
5. APPROFONDIMENTO CLINICO DIAGNOSTICO ..... Pag. 8
6. GIUDIZIO DIAGNOSTICO ..... Pag. 8
7. PROVVEDIMENTO MEDICO LEGALE ..... Pag. 9
8. BIBLIOGRAFIA ..... Pag. 12
9. PRINCIPALI RIFERIMENTI NORMATIVI ..... Pag. 12
10. ANNESSO 1 - DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO ..... Pag. 13
11. ANNESSO 2 – DISTURBO ACUTO DA STRESS ..... Pag. 15
12. ANNESSO 3 – DISTURBI DELL'ADATTAMENTO ..... Pag. 17
13. ANNESSO 4 - SCHEDA TECNICA PER LA CONDUZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO STRUTTURATO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI IN PSICHIATRIA O PSICOLOGI ..... Pag. 18
14. TABELLA CLINICO-DIAGNOSTICA DEI DISTURBI CORRELATI A EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI ..... Pag. 22

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

TESTO

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

1. SCOPO

Le presenti Linee Guida sono finalizzate ad agevolare la complessa valutazione medico-legale dei disturbi psichici correlati ad eventi traumatici e stressanti, fornendo procedure che consentano la formulazione di valutazioni medico-legali secondo criteri di oggettività e omogeneità tra i giudizi espressi dai diversi organi competenti.

2. ASPETTI GENERALI

La valutazione in ambito medico-legale relativa ai disturbi psichici correlati ad eventi traumatici e stressanti prevede un articolato "processo" che, attraverso una serie di atti procedurali quali la raccolta e l'organizzazione del materiale clinico derivante dalla documentazione sanitaria, dai test e dal colloquio clinico specialistico, deve poter condurre all'identificazione di un quadro nosografico ben definito comprensibile e comunicabile ad altri soggetti interessati e ad una valutazione tabellare standardizzata.

Essa, nella sua complessità, deve essere strutturata secondo criteri diagnostici e medico-legali omogenei, onde evitare il rischio che gli organi competenti possano emanare giudizi disomogenei sull'entità dei disturbi e sulla conseguente valutazione tabellare.

A tal riguardo, è infatti stato evidenziato da parte di alcune Associazioni per la tutela delle vittime del dovere e del terrorismo la disparità nell'applicazione del DPR 181 del 30/10/2009[1] da parte delle Commissioni Mediche Ospedaliere (CMO) con particolare riferimento alla valutazione relativa ai disturbi psichici correlati a eventi traumatici e stressanti.

Per quanto sopra, si è reso necessario predisporre delle linee guida che possano disciplinare il lavoro delle CMO competenti standardizzando le procedure relative alla emissione di giudizi medico-legali ed evitando quelle difformità relative alla diagnosi, alle metodologie utilizzate e all'inquadramento medico-legale che possono contribuire ad un aumento del contenzioso per l'Amministrazione pubblica.

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

[1] Regolamento recante i criteri medico-legali per l'accertamento e la determinazione dell'invalidità e del danno biologico e morale a carico delle vittime del terrorismo e delle stragi di tale matrice, a norma dell'*articolo 6 della legge 3 agosto 2004, n. 206.* [2]

3. DISTURBI PSICHICI CORRELATI AGLI EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI

a. Inquadramento clinico

Secondo il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali - 5 edizione (DSM 5) dell'Associazione Psichiatrica Americana (APA)[2] *i disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti comprendono quei disturbi in cui l'esposizione a un evento traumatico o stressante è elencata esplicitamente come criterio diagnostico*.

Tra i disturbi compresi nella categoria e di interesse per la seguente trattazione si annoverano il/i [3]:

- **Disturbo da stress post-traumatico (DSPT)** – (scheda in annesso 1);
- **Disturbo da stress acuto** – (scheda in annesso 2);
- **Disturbi dell'adattamento** (scheda in annesso 3): presenza di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a un evento stressante identificabile[4]).

Gli eventi traumatici o stressanti in grado di scatenare i disturbi su menzionati sono riportati nel "criterio A." del DSM 5 (cit. annesso 1) per ciascun disturbo. In particolare, gli eventi traumatici sono quelli in cui il soggetto è stato esposto a morte reale o minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale. Essi includono (ma non sono limitati a), combattimenti militari, aggressione personale violenta (violenza sessuale, attacco fisico, rapina ecc.), rapimento, essere presi in ostaggio, attacco terroristico, tortura, prigionia, disastri naturali o provocati, gravi incidenti automobilistici e ricevere una diagnosi di malattie minacciose per la vita. Tali eventi possono evocare reazioni emotive intense e inusuali e possono interferire, in **modo significativo e invalidante, con il normale funzionamento cognitivo, affettivo, sociale e lavorativo dell'individuo**.

Tuttavia, la sofferenza psicologica che può manifestarsi a seguito dell'esposizione a un evento traumatico o stressante è molto variabile da individuo a individuo.

La differenza sostanziale tra un evento che comporta un trauma e uno stressante consiste soprattutto nella rapida reversibilità della sintomatologia al momento della rimozione dell'evento stressante con conseguente ripristino di un equilibrio, cosa che non è invece necessariamente vera per il trauma. In quest'ultimo, infatti, le alterazioni persistono ben oltre la fine dello stesso, andando a costituire un terreno fertile su cui può svilupparsi la patologia post-traumatica di diversa intensità, gravità e durata.

Ai fini di una corretta interpretazione e comprensione dei contenuti delle presenti linee guida è utile, preliminarmente, distinguere la variabilità **dell'espressione della sofferenza clinica individuale** dall'**evento** che la scatena definendo quest'ultimo come **Evento Potenzialmente Traumatico**[5] **(PTE)** proprio per evidenziare le differenti

---

[2] Nella presente pubblicazione si farà riferimento al solo DSM 5 nella considerazione che quest'ultimo rappresenta il testo di riferimento più utilizzato a livello internazionale per la diagnosi categoriale del disturbo.

[3] La categoria comprende anche il **Disturbo reattivo dell'attaccamento e il Disturbo da impegno sociale disinibito.**

[4] I disturbi dell'adattamento possono essere diagnosticati in seguito alla morte di una persona cara quando l'intensità, la qualità o la persistenza delle reazioni di dolore eccedono quelle che possono essere normalmente attese → disturbo da lutto complicato persistente.

[5] ***Potentially Traumatic Event*** *PTE - NATO AmedP – 8.6 (Forward Mental Healthcare)-Ed. A, Ver.1.*

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

risposte soggettive ad uno stesso evento che possono andare da un *continuum* di **normale reattività all'evento fino all'insorgenza di un disturbo psicopatologico vero e proprio.**
Al riguardo, si evidenzia che una caratteristica comune a tutti gli studi epidemiologici è la costante presenza di un'importante percentuale di soggetti esposti al trauma che non ha mai sviluppato la patologia. In un campione di 2181 soggetti di età compresa tra i 18 e i 45 anni, Breslau e coll. (1998), hanno riportato una prevalenza di eventi potenzialmente traumatici pari all'89.6% (Breslau et al., 1998). Se paragonata alla prevalenza di DSPT, che è compresa tra il 10 e 20%, tale percentuale è dimostrazione lampante del fatto che **il trauma rappresenta sì una condizione necessaria, ma non sufficiente per l'insorgenza del disturbo**.
Nello specifico del DSPT si evidenzia che la sintomatologia e la relativa predominanza dei differenti sintomi possono variare nel tempo, così come può variare anche la durata dei sintomi stessi, con un recupero completo entro tre mesi che si verifica in circa la metà degli adulti, mentre alcuni individui continuano a mostrare i sintomi per più di 12 mesi.
In genere, i sintomi nel DSPT insorgono nei primi tre mesi dopo il trauma, sebbene possa esservi un ritardo di mesi o anche di anni prima che siano soddisfatti i criteri per una diagnosi[6]. Comunque non può essere fatta diagnosi prima di un mese dall'evento traumatico.
La ricorrenza e l'intensificazione della sintomatologia può verificarsi in risposta a fattori che suscitano ricordi del trauma originale, fattori stressanti della vita quotidiana o eventi traumatici vissuti recentemente.
Nel DSPT cronico in tantissimi casi si verifica la presenza di almeno un'altra diagnosi (**comorbilità**). Per esempio Kulka e collaboratori hanno verificato che il 98% dei veterani del Vietnam presentavano un'altra diagnosi. La National Comorbidity Survey (Kessler et al., 1995) ha riportato che quasi il 90% degli uomini e quasi l'80% delle donne con DPTS cronico presentava almeno un'altra diagnosi.
In tale ottica spesso è possibile verificare la presenza di **senso di colpa** (sintomo incluso nel DSM-III poi eliminato nella versione rivista del 1987) in soggetti sopravvissuti a un trauma. Tale emozione può riguardare il semplice fatto di essere sopravvissuti, i comportamenti messi in atto per sopravvivere e anche i comportamenti successivi all'evento.
Molto presenti sono anche i **sintomi depressivi**, con conseguenti problemi di diagnosi a causa della sovrapposizione della sintomatologia delle due patologie. Infatti la depressione rappresenta la diagnosi maggiormente diagnosticata in comorbilità con il DSPT (nel 46% dei casi, Kessler et al.,1995). Il modello basato sulla teoria dell'impotenza appresa di Seligman (1975) afferma che "la convinzione di non poter controllare ciò che influisce sulla propria vita può portare alla depressione. Anche la componente cognitiva dell'impotenza appresa è un fattore critico per l'insorgenza e il perdurare della depressione. A volte le persone che hanno subito un trauma continuano a sentirsi impotenti anche se hanno già riacquisito da tempo un certo controllo" (Carlson, 2005).

[6] Con **espressione ritardata**: se i criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro 6 mesi dall'evento (ancorché l'insorgenza e l'espressione di alcuni sintomi possano essere immediate)

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

Nel 20-30% dei casi è possibile che venga diagnosticato in comorbilità un **disturbo di panico e ansia sociale**. Si può verificare un **calo dell'autostima** in seguito alle difficoltà, per esempio, lavorative e nelle relazioni sociali causate da ansia e depressione.
Possono essere presenti dei **disturbi dell'identità** in seguito ad un'esperienza traumatica, (per es. confusione circa la propria identità, sensazione di essere in balìa di una forza esterna, confusione riguardo ai propri desideri o scopi personali). I problemi di identità possono essere provocati anche dai **sintomi dissociativi di depersonalizzazione e amnesia**: la persona può sentirsi irreale, distaccata da sé o priva di controllo sul proprio comportamento che, combinati con l'incapacità di rievocare certi aspetti dell'esperienza traumatica, possono interferire con la percezione di sé e la memoria autobiografica.
Possono verificarsi **comportamenti aggressivi** in seguito ai sintomi primari del DSPT o come risposta associata al trauma.
In molti casi (52% degli uomini e 28% delle donne) i soggetti con DSPT cronico finiscono per **abusare di sostanze fino alla dipendenza**. Tale abuso può rientrare nelle forme di evitamento e ottundimento messe in atto dal soggetto per sfuggire ai ricordi dolorosi.
Inoltre, possono essere presenti **problematiche di natura somatica** quali: problemi gastrointestinali, crampi e dolori, sintomi cardiovascolari e difficoltà psicosessuali.
Infine, si possono riscontrare **problematiche di natura sociale e relazionale** in seguito a sintomi quali "paura, rabbia, comportamenti aggressivi, appiattimento affettivo, evitamento sociale".
Come indicazione di massima si può dire che circa la metà di coloro i quali sviluppano il DSPT dopo un trauma guariscono nei primi mesi senza bisogno di alcun trattamento, mentre dopo i 6 mesi i sintomi non miglioreranno se non si fornisce assistenza (Solomon, 1989, Kessler 1995) con la possibilità che il disturbo cronicizzi e che i sintomi possano verificarsi anche per anni senza alcun intervento.

b. Inquadramento medico-legale

In ambito medico-legale, la modificazione peggiorativa del modo di essere della persona, considerata come entità somato-psichica, definisce una condizione di *danno alla persona* (inteso come *lesione dell'integrità psico-fisica della persona, suscettibile di valutazione medico-legale*).
Nei disturbi psicopatologici successivi a trauma psichico l'azione lesiva è rappresentata dall'evento stressante in grado di modificare l'integrità psichica della persona attraverso l'espressione di una sintomatologia clinica (**la malattia**), la cui persistenza nel tempo compromette l'efficienza psichica (**la menomazione, temporanea/permanente**) che, qualora giudicata permanente, è passibile di valutazione medico-legale, tenendo conto del quadro normativo di riferimento sia per la tipologia di qualificazione della vittima (primaria, secondaria, terziaria) nonché per la diversa applicabilità delle tabelle previste per la valutazione delle poste di danno, ed arriva a determinare il danno che l'azione lesiva ha prodotto nella psiche di una persona.
In ambito psicopatologico clinico è stato osservato che solo il 40-45% dei *disturbi acuti da stress* (**la malattia**) cronicizza ed evolve verso il *disturbo cronico da stress post-*

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

traumatico (**l'infermità**). Oltre il 50% dei disturbi acuti da stress comporta una remissione spontanea della sintomatologia entro 3 mesi.
L'evento stressante antecedente, sia pur indispensabile, non è sufficiente da solo a dettare la comparsa del disturbo (non vale la citazione *post hoc, ergo propter hoc*).
Il tipo di risposta della persona al trauma psichico è legato anche ai fattori di personalità (*"impatto del trauma sulla personalità"*).
Infatti, l'evoluzione prognostica sfavorevole non è ricollegabile alla tipologia più o meno marcata dell'evento lesivo di tipo psico-stressante (in ogni caso caratterizzato dalle caratteristiche di *acuzie, imprevedibilità e minacciosità*), ma è ricollegabile all'assetto della personalità ed alla carenza di adeguate competenze cognitive, in possesso del paziente, utilizzabili al fine di processare i contenuti psichici correlati (*"incapacità ad adattarsi al trauma"*).
Il **disturbo acuto da stress**, a livello neurobiologico, determina una "dissociazione" tra le parti emotive/affettive del cervello (lobo limbico) con le parti cognitive/controllo (lobo frontale). Tale dissociazione, clinicamente evidenziata dalla ricca produzione sintomatologica, rappresenta la malattia ed è suscettibile di guarigione o cronicizzazione (verso l'infermità ed il danno) a seconda dei meccanismi di compenso e di recupero che possono essere attivati sia dalle risorse cognitive del paziente che da interventi esterni (*debriefing, EMDR, psicofarmaci, psicoterapia*).
I livelli di espressività clinica dei disturbi da trauma psichico sono dunque due:

I – *livello biologico* - la reattività neurovegetativa allo stress del sistema nervoso con incremento della cortisolemia e delle catecolamine;

II – *livello psichico* - la reattività psicopatologica con disturbi del pensiero, del sonno e del comportamento.

I due livelli sono riscontrabili attraverso la dettagliata raccolta clinica (della sintomatologia) e l'indagine di laboratorio sul sangue (per la cortisolemia) e sulle urine (per le catecolamine).
La permanenza della sintomatologia in modo cronico, *per un lasso di tempo di oltre un anno*, determina delle modificazioni neurobiologiche e psicopatologiche ed è correlata ad un assetto della struttura di personalità in cui prevalgono meccanismi di difesa in grado di produrre una stabile e persistente alterazione dell'affettività (depressione dell'umore), della conversione e della somatizzazione.
Tale assetto di personalità è riscontrabile agli accertamenti psicodiagnostici, tramite il questionario **MMPI-2**, con l'innalzamento patologico delle scale Hs, D, Hy (con innalzamento maggiore di Hs e Hy e profilo patologico noto come "*vallo isterico*").
Secondo molti autori la presenza del "*vallo isterico*" depone per una stabilità nel tempo della sintomatologia clinica.
Al contempo, sono riscontrabili le alterazioni della risposta biologica attraverso l'innalzamento della cortisolemia e del livello delle catecolamine urinarie (nelle 24h).

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

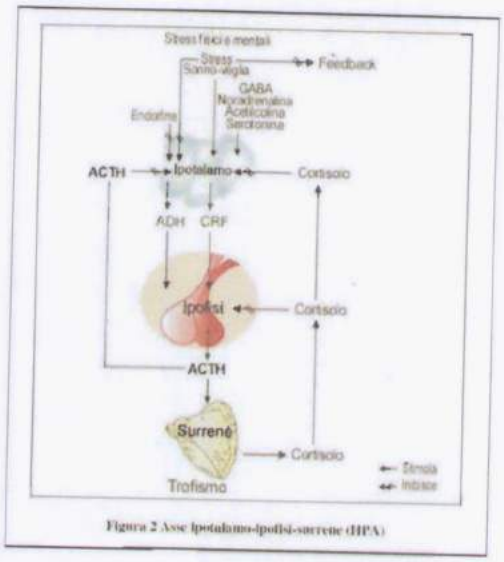
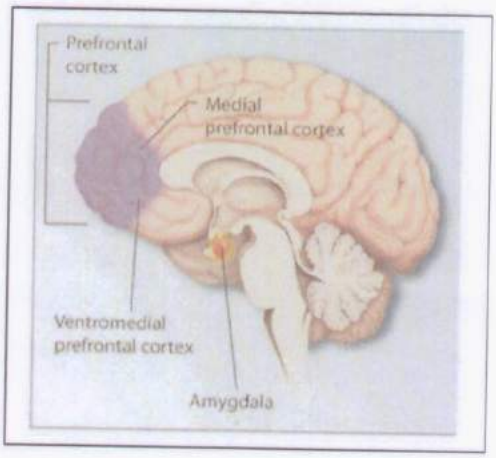


Figura 2 Asse Ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA)

E' dimostrato che le esperienze psicotraumatiche alterano l'attività dell'asse Ipotalamo-Ipofisi-Surrene (IIS), predisponendo l'organismo a mettere in atto le forme di *coping* possibili. Correlato alla marcata liberazione di cortisolo, per la persistente attivazione dell'asse IIS, determina a livello del lobo limbico una riduzione del trofismo dell'Ippocampo, responsabile dell'elaborazione delle tracce mnesiche, riscontrabile strumentalmente con la RMN encefalica. L'increzione cronica del cortisolo è responsabile dell'atrofia ippocampale e dei correlati disturbi cronici della memoria.



L'assetto della personalità, riscontrabile agli accertamenti psicodiagnostici, determina la mancata elaborazione cognitiva degli effetti del *trauma psichico* (**acuto, imprevedibile e minaccioso**), la permanenza della *sintomatologia clinica* (**della malattia**) per 6-12 mesi e

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

l'evoluzione verso una prognosi infausta, nonché la relativa *cronicizzazione verso il DSPT* **(dell'infermità)**.

Gli studi effettuati in argomento e riportati dalla letteratura di riferimento, permettono quindi di orientare la raccolta dei dati anamnestici, clinici, psicodiagnostici e strumentali, ai fini di rendere oggettivabile una corretta correlazione tra evento psicotraumatico e successivo sviluppo dell'infermità rappresentata dal **disturbo post-traumatico da stress**, secondo il seguente schema:

A. Fattori inerenti l'evento psicotraumatico	- Improvviso - Imprevedibile - Con minaccia per la vita o l'integrità psico-fisica della persona
B. Fattori anamnestici (remoti e prossimi)	- Familiarità per disturbi psichiatrici - Traumi pregressi (eventi di vita stressanti) - Pregressi disturbi psichici o comportamentali - Assetto di personalità con prevalenza di difese di tipo dissociativo - Significato individuale dell'esperienza psicotraumatica - Supporto psicologico o farmacologico post evento - Cambiamenti del sé e delle relazioni interpersonali
C. Fattori clinici	- Flashback diurni/notturni dell'evento - Condotte di evitamento - Iperarousal neurovegetativo - Grado del disagio manifestato - Grado di menomazione del funzionamento sociale o lavorativo
D. Fattori psicodiagnostici	- Scale Pk, Hs, D, Hy, ANX, Dep del **MMPI-2** Eventualmente anche con: - Impact of Event Scale (IES) - Davidson Trauma Scale (DTS)
E. Fattori strumentali e di laboratorio (ruolo dell'asse HS)	- Cortisolemia (alle ore 8) - Catecolamine urinarie (delle 24h) Eventualmente con: - TAC, RMN Encefalo (con atrofia ippocampale)

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

4. ARTICOLAZIONE DELLA VALUTAZIONE E FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

La procedura che conduce all'emissione dei giudizi medico legali relativa ai Disturbi psichici correlati a eventi traumatici e stressanti è curata dalla **Commissione Medica Ospedaliera** (CMO) o, per ricorso, alla **Commissione medica interforze di 2^ istanza** (CM 2^ ist.), che si avvale della professionalità di **medici specialisti in psichiatria e psicologi** per l'effettuazione di una diagnosi clinica, aggiornata al momento della visita e orientata all'emissione del giudizio diagnostico medico- legale.

Le fasi della valutazione includono:

a. Raccolta di dati anamnestici, a cura della Commissione medica;
b. Esame obiettivo, a cura della Commissione Medica;
c. Accertamento specialistico volto al giudizio diagnostico, a cura di specialisti in Psichiatria /Psicologi;
d. Giudizio Diagnostico, a cura della Commissione Medica (in seduta Collegiale, eventualmente integrata dai predetti specialisti, con voto consultivo);
e. Provvedimento medico legale di idoneità, a cura della Commissione Medica, con le modalità indicate al precedente punto d.

5. APPROFONDIMENTO CLINICO DIAGNOSTICO

L'approfondimento clinico diagnostico, volto a facilitare l'emissione del Giudizio Diagnostico da parte della Commissione medica, deve essere effettuato a cura di **medici specialisti in psichiatria o psicologi** secondo i criteri che possono condurre al rilevamento di quegli aspetti indispensabili alla corretta emissione dello stesso. Esso, pertanto, dovrà essere svolto dallo specialista attraverso un colloquio clinico strutturato teso alla rilevazione di aspetti anamnestici, clinici e documentali che possono essere spontaneamente presentati dai richiedenti o richiesti, nel corso dell'interazione, mantenendo una modalità "neutra" di chiarimenti ed approfondimenti e non "inquisitoria" attraverso una semplice ma strutturata sequenza di domande.

A riguardo, si propone in **Annesso 3** la scheda relativa alla conduzione del colloquio clinico diagnostico per gli specialisti.

6. GIUDIZIO DIAGNOSTICO

Dopo la formulazione della diagnosi nosografica, spetta alla Commissione Medica la valutazione del/della:

a. collegamento (**nesso causale**) tra l'evento psicotraumatico e la psicopatologia riscontrata attraverso il riscontro di compatibilità:
   - della psicopatologia riscontrata con il trauma psichico subito;
   - cronologica tra il momento dell'evento e la comparsa clinica dei sintomi psichici;
   - tra tipologia del trauma psichico, sintomatologia reattiva acuta (malattia) e successiva stabilizzazione cronica (menomazione permanente dell'integrità psicofisica),

tenendo conto delle previsioni del quadro normativo di riferimento.

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

Tali riscontri devono permettere di soddisfare i criteri richiesti per l'accertamento del nesso di causa tra evento potenzialmente psicotraumatico e la psicopatologia riscontrata tenendo conto del:

- criterio eziopatogenetico (riconosciuto dalla letteratura di riferimento);
- criterio cronologico;
- criterio dell'efficienza della causa;
- criterio della continuità fenomenica;
- criterio di esclusione di altre cause.

b. **entità della menomazione** dell'integrità psico-fisica con le poste di danno richieste dall'istituto normativo di inquadramento, quali: danno biologico, danno morale, invalidità permanente.

7. PROVVEDIMENTO MEDICO LEGALE

Ai fini della standardizzazione delle attività delle Commissioni Mediche competenti, si indica un inquadramento medico-legale del disturbo psichico cronico, graduando lo stesso in base all'entità dell'espressività clinica e delle risultanze degli altri accertamenti psicodiagnostici e strumentali, nelle forme di:

- **lieve**
- **media/moderata**
- **grave**
- **severa**

e in base agli aspetti cronologico-temporali:

- **acuto (entro tre mesi)**
- **subacuto(tra i tre e i dodici mesi)**
- **cronico (dopo i dodici mesi)**

a seconda dei parametri indicati dalla seguente tabella:

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

INQUADRAMENTO MEDICO-LEGALE DELL'INFERMITA' DA TRAUMA PSICHICO

Forma	Sintomatologia clinica	Test MMPI-2	Indici laboratorio
LIEVE	Ricordi spontanei (immagini) Difficoltà addormentamento Sogni ricorrenti (1-2/mese) Risvegli notturni (1-2/mese) Evitamento (per disagio) Labilità emotiva	*Scale con punteggi tra 60 e 64:* Scala Pk Scale Hs-D-Hy Sottoscala ANX Sottoscala Dep	Cortisolemia (h.8) fino 20 mg/dl Catecolamine Urinarie: fino 250 mg/24h
MEDIA/MODERATA	Ricordi intrusivi (pensieri) Sogni con risvegli (1-2/sett.) Evitamento (per paura) Ipervigilanza Irritabilità Difficoltà concentrazione	*Scale con punteggi tra 65 e 76:* Scala Pk Scale Hs-D-Hy Sottoscala ANX Sottoscala Dep	Cortisolemia (h.8) 20 – 30 mg/dl Catecolamine Urinarie: 250 - 300 mg/24h
GRAVE	Incubi (2-3/sett) Flashback diurni e notturni Evitamento (Fobia) Scoppi d'ira ed irritabilità Stato di allarme Attivazione neurovegetativa Labilità dell'attenzione	*Scale con punteggi oltre 76:* Scala Pk Scala Hs –D Scale ANX e Dep Sottoscale Hy4, Pa1 e Sc2-Sc3 > di 65	Cortisolemia (h.8) 30 – 40 mg/dl Catecolamine Urinarie: 300 – 350 mg/24h
SEVERA	Sintomatologia pervasiva con marcata incidenza sulla vita relazionale e lavorativa	*Scale con ponteggi oltre 80*	Cortisolemia (h.8) oltre 40 mg/dl Catecolamine Urinarie: oltre 350 mg/24h

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

E' possibile concludere affermando che la validazione del **nesso causale** tra evento di rilievo giuridico e manifestazioni psicopatologiche che ad esso vengono imputate avviene attraverso l'accurata e puntuale analisi della compatibilità patogenetica, sintomatologica, soggettiva e semeiologica obiettiva del quadro clinico rispetto a comprovabili contenuti psico-traumatizzanti dell'evento medesimo.

Una volta validato il nesso causale in senso medico-legale è possibile procedere alla **stima percentuale del danno biologico permanente**, risarcibile a seconda del grado di infermità (lieve, medio, grave, severo) riscontrato:

Diagnosi medico legale[7]	DPR 834/81	D.M. 05/02/1992	D.M. 12/07/2000	Danno Biologico[8]
Disturbo dell'adattamento cronico	Tab. B	Fino al 10%		Fino al 3%
DPTS cronico lieve	Tab B	Fino al 15%		Fino al 3%
DPTS cronico medio/moderato	8^ cgt	Fino al 24%	Fino al 6%	Fino al 6%
DPTS cronico grave	7^ cgt	Fino al 35%		Fino al 12%
DPTS cronico severo	6^ cgt	Fino al 45%	Fino al 15%	Fino al 15%

[7] Con esclusione della tabella per la valutazione del danno biologico ex D.M. 12/07/2000, in nessuna delle altre tabelle si fa riferimento al DPTS, pertanto si è provveduto al loro adattamento utilizzando il criterio analogico-proporzionale.

[8] In questa colonna la valutazione del danno biologico è integrata da ulteriori valutazioni percentuali che, tenendo a riferimento le tabelle di cui al DM 12/07/2000, considerano anche le diagnosi medico legali delle forme di DPTS cronico lieve e grave, quotate mediante il criterio analogico-proporzionale.

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

BILIOGRAFIA

- L. BOSSINI, G. BONELLI, G.B. TRAVERSO, L'obiettivazione del Disturbo Post traumatico da Stress: assessment, dati neuropsicologici, Brain Imaging e risvolti medico legali. NOOS Aggiornamenti in Psichiatria Vol. 12 n 3 settembre - dicembre 2006.
- BRESLAU, N., KESSLER, R.C., CHILCOAT, H.D., SCHULTZ, L.R., DAVIS, G.C., ANDRESKI, P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry 55, 626-632. 1998.
- S. CALOSSI, A. LOMBARDELLI, F. PIERACCINI. Il quadro clinico del Disturbo Post Traumatico da Stress e lo Spettro Traumatico. NOOS Aggiornamenti in Psichiatria Vol. 12 n 2 maggio – agosto 2006.
- L. CIMINO, D. VASAPOLLO, Considerazioni in merito all'uso dei test mentali nella quantificazione del danno biologico di natura psichica. Rivista di criminologia vittimologia e sicurezza Vol. 3 n 2 maggio agosto 2009.
- C. MACI. Disturbo Post traumatico da Stress in "Infortuni e Malattie Professionali metodologia Operativa 2.0" INAIL Sovraintendenza Sanitaria Centrale 2014.
- D. MARAZZITI, L. VIVARELLI, M. CATENA, F. MUNGAI. Psicobiologia e fenomenica dell'iperarousal e di sintomi da Stress. Vol. 12 n. 2 maggio – agosto 2006.
- C. PUCCINI. Istituzioni di medicina legale. Casa Ed. Ambrosiana, Milano 2014.
- Manuale Statistico Diagnostico dei Disturbi Mentali – DSM 5 – Ed. ita 2014

RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.lgs 165/2001 e successive modificazioni ed integrazioni. "Norme Generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche".
- DPR 461/2001. Regolamento dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo. Art. 15.
- Decreto Interdirigenziale del 12.02.2004. Criteri Organizzativi, procedure e modulistica per la redazione dei verbali in tema di idoneità al servizio nella Pubblica Amministrazione.
- Circolari Ministero Economia e Finanza: n 426/2004, n. 757/2007, n 907/2009, n. 961/2012, 972/2015.
- DPR 171/2011. Regolamento di attuazione in materia di risoluzione del rapporto di lavoro dei dipendenti delle Amministrazioni Pubbliche.

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO **309.81(F43.10)**

Criteri diagnostici

Nota: Criteri per gli adulti, adolescenti e bambini di età superiore ai 6 anni.

A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:
   1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
   2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
   3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
   4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell' evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

Nota: il criterio A4 non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.

B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento/i traumatico/i, che hanno inizio successivamente all' evento/i traumatico/i:
   1. Ricorrenti , involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell' evento/i traumatico/i.
   2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all' evento/i traumatico/i.
   3. Reazioni dissociative (per es. , flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. (Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante).
   4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell' evento/i traumatico/i.
   5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell' evento/i traumatico/i.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati all' evento/i traumatico/i, iniziato dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da uno o entrambi dei seguenti criteri:
   1. Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all' evento/i traumatico/i.
   2. Evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all' evento/i traumatico/i.

D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all' evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l' evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:
   1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell' evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alol o droghe).
   2. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a se stessi, ad altri, o al mondo (per es., "io sono cattivo", "Non ci si può fidare di nessuno", "Il mondo è assolutamente pericoloso", "il mio intero sistema nervoso è definitivamente rovinato").
   3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell' evento/i traumatico/i che portano l'individuo a dare la colpa a se stesso oppure agli altri.
   4. Persistente stato emotivo negativo (per es., paura, orrore, rabbia, colpa e vergogna).
   5. Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative.
   6. Sentimenti di distacco o estraneità verso gli altri.
   7. Persistente incapacità di provare emozioni positive (per es., incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore).

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

E. Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associati all' evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l' evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
2. Comportamento spericolato o autodistruttivo.
3. Ipervigilanza.
4. Esagerate risposte di allarme.
5. Problemi di concentrazione.

Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).

F. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

5. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
6. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
7. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
8. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell' evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

Nota: il criterio A4 non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

DISTURBO DA STRESS ACUTO 308.3 (F43.0)

Criteri diagnostici

A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell' evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

Nota: il criterio non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.

B. Presenza di nove (o più) dei seguenti sintomi di ciascuna delle cinque categorie relative a intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal, che sono iniziati o peggiorati dopo l' evento/i traumatico/i:

Sintomi di intrusione

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell' evento/i traumatico/i.
2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i.
3. Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. (Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante).
4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell' evento/i traumatico/i.

Umore negativo

5. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a se stessi, ad altri, o al mondo (per es., "io sono cattivo", "Non ci si può fidare di nessuno", "Il mondo è assolutamente pericoloso", "il mio intero sistema nervoso è definitivamente rovinato").

Sintomi dissociativi

6. Alterato senso di realtà del proprio ambiente o di se stessi (per es., vedere se stesso da un'altra prospettiva, essere in stato confusionale, rallentamento del tempo).
7. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell' evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe).

Sintomi di evitamento

8. Tentativi di evitare ricordi spiacevoli , pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

9. Tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all' evento/i traumatico/i.

Sintomi di arousal

10. Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).
11. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
12. Ipervigilanza.
13. Problemi di concentrazione.
14. Esagerate risposte di allarme.

C. La durata dell'alterazione (sintomi del criterio B) va da 3 giorni a un mese dall'esposizione al trauma.

Nota: tipicamente i sintomi iniziano immediatamente dopo il trauma, ma è necessaria la persistenza per almeno 3 giorni e fino a un mese per soddisfare i criteri del disturbo.

D. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

E. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci o alcol) o a un'altra condizione medica (per es., lieve danno cerebrale da trauma), e non meglio spiegato da un disturbo psicotico breve.

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

DISTURBI DELL'ADATTAMENTO 308.3 (F43.0)

Criteri diagnostici

A. Lo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali in risposta a uno o a più eventi stressanti identificabili che si manifesta entro 3 mesi dall'insorgenza dell'evento/i stressante/i.

B. Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi, come evidenziato da uno o entrambi i seguenti criteri:

   1. Marcata sofferenza che sia sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno e dei fattori culturali che possono influenzare la gravità e la manifestazione dei sintomi.
   2. Compromissione significativa del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree.

C. Il disturbo correlato con lo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo mentale e non rappresenta solo un aggravamento di un disturbo mentale preesistente.

D. I sintomi non corrispondono a un lutto normale.

E. Una volta che l'evento stressante o le sue conseguenze sono superati, i sintomi non persistono per più di altri 6 mesi.

Specificare quale:

309.0 (F43.21) Con umore depresso: Umore basso, facilità al pianto o disperazione sono preominanti.

309.24 (F43.22) Con Ansia: Nervosismo, inquietudine, agitazione o ansia di separazione sono predominanti.

309.28 (F43.23) Con ansia e umore depresso misti: Una combinazione di depressione e di ansia è predominante.

309.3 (F43.24) Con alterazione della condotta: Un'alterazione della condotta è predominante.

309.4 (F43.25) Con alterazione mista dell'emotività e della condotta: Sia sintomi emotivi (per es. depressione, ansia) sia un'alterazione della condotta sono predominanti.

309.9 (F43.20) Non specificati: Per le reazioni disadattive che non sono classificabili come uno dei sottotipi specifici di un disturbo dell'adattamento.

Specificare se:

Acuto: se il disturbo dura meno di 6 mesi.

Persistente (cronico): Se il disturbo dura 6 mesi o più.

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

Annesso 3

SCHEDA TECNICA PER LA CONDUZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO STRUTTURATO DA PARTE DEGLI SPECIALISTI IN PSICHIATRIA O PSICOLOGI

Durante il colloquio clinico diagnostico volto alla diagnosi per fini medico legali è importante porre l'attenzione non solo alla narrazione dei sintomi e dei disturbi del paziente, ma anche all'esplorazione dell'evento traumatico cui viene imputata la generazione del danno, nonché al momento temporale dell'effettuazione della valutazione medico-legale rispetto all'epoca del trauma.

La patologia psichica ha in genere un andamento temporale tipico per esordire, per aggravarsi, per stabilizzarsi, andamento temporale diverso da quadro patologico a quadro patologico. In ambito medico-legale è preminente individuare la stabilizzazione del quadro psicopatologico, vale a dire il danno permanente (la menomazione dell'integrità psichica) derivante dal trauma psichico subìto.

Per concretizzarsi un danno permanente credibile è necessario che sia trascorso un lasso di tempo dal trauma di almeno 12 mesi.

Ai fini di fornire delle linee guida che consentano allo specialista di prendere in esame tutte quelle informazioni utili al fine di formulare una diagnosi utile ai fine medico legali si propone la seguente scheda con le aree di indagine su cui deve essere svolto il colloquio:

1. **Fattori inerenti l'evento psicotraumatico**:

TIPO DI EVENTO TRAUMATICO	
• Bombardamento • Conflitto a fuoco • Esplosione di ordigno • Attacco terroristico • Violenza fisica con lesioni • Violenza verbale e fisica senza lesioni • Rapimento • Tortura • Ostaggio prigioniero di guerra • Violenza urbana • Omicidio persone care • Minacce fisiche personali • Minacce verbali personali • Minacce fisiche e verbali a persone care	• Catastrofe naturale • Terremoto-alluvione • Incidente stradale mortale • Incidente con feriti • Naufragio con morti e/o dispersi • Incidente aereo con morti e/o dispersi • Violenza contro terzi • Scena cruenta • Diagnosi malattia incurabile • Altro (specificare).....
MODALITÀ CON CUI SI È VERIFICATO L'EVENTO	
• Prevedibilità o imprevedibilità dell'evento • Controllabilità o incontrollabilità dell'evento • Evento singolo o ripetuto • Ruolo di un eventuale soggetto traumatizzante verso il traumatizzato • Evento accaduto in pubblico o in privato • Vi è stata possibilità di chiedere aiuto • Età anagrafica posseduta al momento del trauma (se singolo) o del suo inizio (se ripetuto)	•

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

• Ha avuto la necessità di spiegare l'accaduto, con il dubbio di non essere creduto • Supporto (dopo il trauma) avuto da parenti, amici, sanitari • L'evento ha gravemente traumatizzato altri soggetti, anche con la perdita della vita	

2. Coinvolgimento personale

I.	vittima
II.	parenti e persone care delle vittime di i tipo
III.	soccorritori
IV.	la comunità
V.	soggetti psicolabili – emotivi –ansiosi
VI.	superstiti con senso di colpa

3. Trattamento

immediato (entro 48h)
ritardato (da 48 h a 4 settimane)
tardivo (da 4 settimane a 3 mesi)

4. Tipo di trattamento

Defusing
Debriefing
Sostegno psicologico
Farmacologico
Diagnosi psicopatologica : reazione acuta da stress; DAS

5. Condizioni preesistenti al trauma psichico

Stato psicologico
Stato relazionale
Stato lavorativo
Stato sanitario

6. Funzionamento sociale successivo all'evento psicotraumatico

(tali informazioni devono essere desunte oltre che dal colloquio anche dalla Relazione del medico curante- relazione di servizio – cartelle cliniche – certificazioni specialistiche)

Mantenimento rapporti relazionali	Nessuna compromissione	Compromissione lieve	Compromissione moderata	Compromissione grave
familiari				
sociali				
Lavorativi				

Sia per gli aspetti dell'apprezzamento del quadro sintomatologico clinico che per gli aspetti caratterizzanti la tipologia di trauma psichico assume un rilievo determinante, ai fini della diagnosi, non solo il semplice racconto del soggetto, ma anche:

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

- Come viene raccontato (grado di partecipazione emotiva, tendenza a drammatizzare o sminuire, tono della voce, fluidità nel parlare, esitazioni, blocchi, amnesie, confusioni);
- Segni somatici (mimica facciale, postura, gestualità)
- Sensazione che suscita nel sanitario (compassione, rabbia, noia, ...)
- Congruenza di tutti gli aspetti considerati
- Incongruenza di alcuni aspetti considerati (spesso indicativa della presenza di una grave psicopatologia)
- Congruenza dei sintomi narrati con i fatti ritenuti causa di tali sintomi
- Aspetti comportamentali (evita lo sguardo del sanitario, guarda in basso o fuori, guarda continuamente l'orologio, cura dell'igiene e del vestire, ha preteso che entrassero anche i suoi accompagnatori, ...)
- Aspetti verbali (ciò che dice per primo o per ultimo, ciò che ripete, ciò che omette, ordine cronologico con cui racconta gli eventi, a chi attribuisce la responsabilità dell'evento, sensi di colpa, ...).

Confrontare successivamente quanto emerso dal racconto dell'interessato con la documentazione sanitaria presente in atti o nel fascicolo, verificando la corretta cronologia degli eventi clinici, diagnostici e terapeutici riferiti.

Tener conto se si tratta di documentazione specialistica o del medico di base, di certificati di strutture pubbliche o private, della presenza o meno di prescrizioni psicofarmacologiche o di prestazioni psicoterapeutiche.

La "lettura" della predetta certificazione non dovrebbe avvenire alla luce dell'importanza di chi certifica, ma della congruenza ed attendibilità con il racconto dell'interessato.

Dopo aver raccolto:

- Dati anamnestici antecedenti all'evento psicotraumatico;
- Dati anamnestici successivi all'evento psicotraumatico;
- Dati sulle terapie farmacologiche o psicoterapeutiche pregresse o in atto;
- Dati anamnestici sulle eventuali menomazioni relazionali, sociali e lavorative;
- Dati clinici sullo stato psichico in atto;
- Dati psicodiagnostici (MMPI-2, ecc);

e preso visione della documentazione sanitaria esibita o presente nel fascicolo, è possibile organizzare tutte le precedenti informazioni in senso logico in modo da pervenire alla formulazione di un quadro nosografico e delle correlate diagnosi differenziali.

E' opinione condivisa in ambito psichiatrico che le psicopatologie riconoscono in genere una etiologia multifattoriale (genetica, ambientale, di personalità, ...) tranne le psicopatologie reattive a trauma psichico in quanto in quest'ultime è possibile identificare l'evento causale da

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

cui prende origine l'esordio della psicopatologia, integrando il riconoscimento della causa da trauma psichico proprio nella criteriologia diagnostica.

I quadri psicopatologici reattivi a trauma psichico e che possono condurre ad una successiva cronicizzazione (menomazione dell'integrità psico-fisica) possono essere:

DISTURBO DA STRESS POST TRAUMATICO – caratterizzato dal rivivere un evento psicotraumatico accompagnato da sintomi di aumento dell'*arousal* (stato attentivo-cognitivo di vigilanza e di pronta reazione a stimoli esterni) e da evitamento di stimoli associati al trauma (vedasi Annesso 1);

DISTURBO ACUTO DA STRESS – è caratterizzato da sintomi simili a quelli del disturbo post traumatico da stress che si verificano immediatamente a seguito di un evento psicotraumatico (vedasi Annesso 2);

DISTURBO DELL'ADATTAMENTO – è caratterizzato dallo sviluppo di sintomi emotivi o comportamentali clinicamente significativi in risposta ad uno o più fattori psicosociali stressanti identificabili (vedasi Annesso 3).

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

Annesso 4

TABELLA CLINICO-DIAGNOSTICA DEI DISTURBI CORRELATI A EVENTI TRAUMATICI E STRESSANTI

	Disturbo Post Traumatico da Stress	Disturbo Acuto da stress	Disturbo dell'Adattamento
Sintomi patognomonici	Rivivere l'evento (flashback) Condotte di evitamento Reattività Neurovegetativa	Amnesia dissociativa Derealizzazione Depersonalizzazione Distacco emozionale Condotte di evitamento	Ansia Umore depresso Disturbo della condotta
Durata	Oltre 12 mesi di disagio significativo e menomazione sociale e lavorativa	La sintomatologia si risolve entro 4 settimane dall'evento	Entro 3 mesi dall'evento stressante o psicotraumatico
Disturbi associati	Ricordi ricorrenti Sogni ricorrenti Ansia, Depressione	Disturbi dissociativi Sensi di colpa Disturbi cognitivi	Disagio significativo e menomazione sociale e lavorativa
Evoluzione	Progressiva riduzione delle attività e degli interessi Iter giuridico che ne prolunga gli effetti clinici	Secondo la personalità o si risolve in 4 settimane o evolve verso il disturbo cronico	Se i sintomi si risolvono entro 3 mesi è acuto; se persistono oltre i 6 mesi è cronico
Diagnosi differenziale	Da altri disturbi per criterio cronologico Da altri disturbi reattivi per criterio dell'intensità dell'evento Da altri disturbi preesistenti o coesistenti Da "lutto complicato"	Reattivo ad eventi "estremi" che hanno messo in pericolo la vita del soggetto Per criterio cronologico: se persiste evolve verso il DPTS	Reattivo a stress acuto o cronico da fattore esterno non "estremo" Dal "lutto complicato" La sintomatologia clinica si riduce dopo la cessazione della situazione stressante (conferma del nesso di causa)

M_D GUDC REG2016 0026393 19-07-2016

DOCUMENTO ALLEGATO DA AIVITER PER MIGLIORE VALUTAZIONE DPTS:
cfr. pag. 11 LINE GUIDA — del 13/07/2016
corrispondenza colonne 1 DPCT con DPR n° 834/81

All.to 1 **Tabella delle corrispondenze di cui all'articolo 3** DPR 181/2009

TABELLA	CATEGORIA	PERCENTUALE INVALIDITA'
A	PRIMA	100% - 91%
A	SECONDA	90% - 81%
A	TERZA	80% - 71%
A	QUARTA	70% - 61%
A	QUINTA	60% - 51%
A	SESTA	50% - 41%
A	SETTIMA	40% - 31%
A	OTTAVA	30% - 21%
B	=	20% - 11%