

DOLORE FISICO E MEDICINA LEGALE: ASPETTI VALUTATIVI

DAVIDE SANTOVITO*

Parlare di dolore nel campo della medicina legale fa sempre sorgere un velo di rispettoso dubbio sulla sua oggettivizzazione, ma oggi più che mai è necessario che lo specialista medico legale si confronti con una delle tematiche che dai tempi più remoti affligge i pazienti e li spinge a consultare un medico.

Le fondamenta della terapia del dolore furono gettate a Torino da Achille Mario Dogliotti nel 1935, che ufficializzò la necessità della presenza di un anestesista, medico del dolore acuto.

JOHN BONICA nel 1953 (*The management of pain*, Lea and Febiger, Philadelphia) unificò le varie dimensioni del dolore e della sua terapia e per la prima volta il dolore appare soprattutto come malattia cronica, caratterizzata da circoli viziosi alla base delle sindromi distrofiche mantenute dal simpatico.

Da allora i progressi nel campo dell'anestesia e dell'algologia hanno condotto a chiarire i meccanismi fisiopatologici del dolore, mentre l'evoluzione tecnologica ha permesso di introdurre metodologie diagnostiche di imaging nella pratica clinica.

L'impostazione del dolore cronico come malattia è stata poi fortemente sostenuta da DAVID NIV (membro della IASP e presidente dell'associazione israeliana del dolore e dell'European Federation of IASP Chapters (EFIC) e del World Institute of Pain) negli anni '90 affermando: "mentre il dolore acuto è ragionevolmente considerabile come un sintomo di malattia o esito (conseguente) di un trauma, il dolore cronico e ricorrente è uno specifico problema medico, una malattia vera e propria...".

Infine nel 1994 la seconda edizione della IASP (*International Association for the Study of Pain*) ha rivisto la classificazione del dolore cronico.

In questo ambito puramente clinico, si sono introdotte tematiche psicologiche, sociali ed economiche, basti pensare alla definizione di salute offerta dall'OMS nel 1947: la salute non è assenza di malattia ma perfetto benessere psicofisico e sociale dell'individuo.

* Specialista in medicina legale.

Il Legislatore italiano ha istituito un programma di gestione a tutti i livelli ospedalieri, tramite il D.M. 20 settembre 2000. Inoltre successive modifiche legislative (Legge n. 12, 8 febbraio 2001, D.M. 24 del 2005) hanno consentito di semplificare le norme di prescrizione degli oppioidi, permettendo di rimuovere alcune barriere culturali e burocratiche.

È in questo panorama che il Decreto Legislativo n. 38 del 2000 ha introdotto nel campo dell'infortunistica lavorativa il concetto di danno biologico, spostando il rischio assicurato dalla perdita o riduzione all'attitudine al lavoro alla lesione dell'integrità psico-fisica della persona suscettibile di valutazione medico legale. Tale tutela è di rango costituzionale ed i diritti garantiti sono destinati a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana. È sotto questa premessa fondamentale, normativa, costituzionale e scientifico-clinica, che la valutazione del dolore non può più essere trascurata o riassorbita passivamente all'interno di altre voci menomative, dato che la sua cronicizzazione limita severamente la realizzazione dell'essere umano, inteso quale individuo e cittadino membro di una società.

Quotidianamente il medico legale INAIL affronta nella realtà lavorativa il dolore. Infatti il suo paziente, lavoratore infortunato, porta costantemente con sé sia ai controlli per il periodo di temporanea che all'accertamento postumi un corredo sintomatologico in cui è sempre presente l'elemento dolore. Al medico valutatore risulta quindi difficile discriminare la soglia esistente tra il dolore e l'eccessiva percezione dell'essere infortunato.

L'assenza di strumenti valutativi spinge a riassorbire la voce *dolore* all'interno della menomazione derivante dalla lesione infortunistica o a sottovalutarlo.

Già nel 2004 si era sollevata la problematica in occasione del 34° Congresso Nazionale SIMLA, nella sessione INAIL (*Rivista degli Infortuni e delle Malattie Professionali*, 2005, n.1) e da allora si è proceduto ad affinare la metodologia valutativa.

Il dolore possiede un tempo ed una cultura propria, esiste per l'uomo che lo percepisce, è il sintomo più comune che rivela un evento negativo e potenzialmente dannoso per l'organismo e riveste un ruolo di primaria importanza nella cenestesi di un individuo e nella sopravvivenza stessa dell'organismo.

Il dolore può essere:

- Acuto: allerta sulla presenza di stimoli pericolosi;
- Cronico: estensione temporale del precedente;
- Globale: nelle malattie degenerative, neurologiche, oncologiche;
- Idiopatico: di origine sconosciuta, che non ha corrispondenza in una motivazione organica.

Nel 1992 la IASP lo definì come un'esperienza sensoriale ed emozionale spiace-

vole, associata ad un pericolo tissutale o potenziale o descritto in termini di potenziale danno.

Vi sono quattro componenti che contribuiscono a caratterizzare il dolore e di conseguenza ad influire sulla sua valutazione. La prima è quella sensoriale, che permette la decodificazione della qualità, quantità, durata, intensità e localizzazione dei messaggi nocicettivi. Ad essa fa seguito quella emozionale, ossia la tonalità umorale e psico-affettiva. Vi è poi quella cognitiva rappresentata dall'insieme dei processi mentali che influenzano la percezione del dolore ed infine quella comportamentale, che è l'insieme delle manifestazioni verbali e visive osservate nelle persone che soffrono. Tale ultimo componente è l'indice dell'impatto che il dolore determina su un soggetto, in un particolare contesto e in un momento specifico della sua vita.

È ovvio che l'elemento comportamentale è quello che influenza maggiormente il medico valutatore, ma è opportuno comprendere qual è la definizione di dolore che deve applicarsi alla medicina legale.

MCCAFEY e PASERO definiscono il dolore come esperienza che il soggetto riferisce ed esiste solo quando la persona dice di avvertirlo. Tale definizione non è però applicabile nella valutazione del danno biologico, inteso nella sua interezza. È ormai da ritenersi superata l'uguaglianza tra dolore e sintomo, ossia sensazione soggettiva avvertita dal paziente.

Attualmente la realtà legata alla clinica e alla fisiopatologia del dolore è molto più complessa e necessita di un proprio inquadramento.

Ad oggi la distinzione tra dolore acuto e cronico si è accentuata tanto da abbracciare il concetto di "dolore malattia" riservato al dolore cronico, evidenziando una serie di cambiamenti strutturali e funzionali che si accompagnano e mantengono il dolore nel tempo anche dopo la risoluzione della causa che lo aveva determinato. Si passa quindi da un sintomo accompagnatorio insito nella patologia al concetto di malattia, oggetto dell'obiettivo primario diagnostico, terapeutico, di influenza sulla vita lavorativa e quotidiana e fonte di grave invalidità psico-fisica.

Il dolore suscettibile quindi di studio medico legale è l'*algos*, il *pain*, il *douleur*, la *malattia psico-fisica* e non il *pathos*, il *sorrow*, la *souffrance*, il *pretium doloris*.

Nel campo valutativo infortunistico INAIL, il D.Lgs. 38/2000 offre la tabella delle menomazioni per la quantificazione del danno biologico, con interessanti modalità e criteri applicativi. Difatti se la diagnosi medico legale coincide con la menomazione descritta il grado percentuale indicato rappresenta il valore tassativamente da attribuire, mantenendo valido il principio analogico. All'interno della tabella però è consentito un ampio margine di discrezionalità mediante il sistema del *fino a*.

Altro principio fondamentale è la tassatività dei valori tabellati per le voci fisse, per la coincidenza della diagnosi medico legale con la formulazione della voce in tabella.

L'apporto più significativo del D.Lgs. 38/2000, che ha introdotto il danno biolo-

gico nell'infortunistica lavorativa, è il superamento dei limiti percentuali predefiniti dalle fasce, nei casi per i quali l'evidenza clinica è molto variabile per natura ed entità e non comprimibile all'interno del range predefinito o quando siano state validate tecniche e metodiche diagnostiche in grado di valorizzare altri parametri di giudizio, avallate da Società scientifiche con accoglienza a livello nazionale o internazionale.

Peraltro l'intero spirito della riforma e le tabelle vanno nel senso di una personalizzazione del danno biologico che bandisce formulazioni matematiche o automatismi eccessivi.

È proprio su tali presupposti valutativi riconosciuti che deve incardinarsi la valutazione medico legale del dolore in ambito INAIL.

Le usuali guide orientative di valutazione del danno biologico non offrono spunti valutativi. Spesso sono utilizzati termini come *dolente, sintomatologia algica, limitazione su base antalgica, esiti dolorosi di, rachialgia*.

Ciò comporta che il danno da dolore rientra sempre all'interno di un danno organico quale esito e sintomo accessorio, o viene riassorbito all'interno della voce di menomazione e raramente concorre ad aumentare il valore percentuale della stessa o assume a voce autonoma di danno.

Tale concezione sembra discendere da un vecchio atteggiamento dottrinario, consigliato da DE LAET nel 1952 che considerava il dolore nevralgico un fattore di peggioramento possibile-probabile che legittimava una maggiorazione del grado di invalidità.

Da una ricerca bibliografica è emerso che solo due tabelle internazionali affrontano e valutano l'elemento dolore:

- La guida europea alla valutazione dell'invalidità derivante da lesione all'integrità psico-fisica del 2003.
- La Guida AMA della valutazione all'invalidità permanente.

Il D.Lgs. 38/2000 non prevede una voce autonoma di valutazione per il dolore, ma esso o entra quale sintomo accompagnatorio che giustifica la fascia considerata o la aggettiva o fa parte integrante della menomazione considerata.

Per poter valutare il dolore, e non farsi influenzare dal suo elemento comportamentale, il medico legale deve rispondere ad una serie di quesiti:

- Qual è l'origine del dolore, trauma o malattia?
- Il dolore rientra in un gruppo di sindromi algiche accettate ampiamente dai medici e basate sulla presentazione clinica, anche se non associate a precise patologie tissutali, ma ben definite?
- Qual è il tipo di dolore? Acuto-Cronico.
- Qual è il meccanismo che genera il dolore? Nocicettivo, neurogeno, psichico o sine materia.

- Qual è l'intensità del dolore? Misurazione del dolore con scale unidimensionali e multidimensionali.
- Il dolore è già previsto nella usuale valutazione menomativa del postumo stabilizzato?
- Il dolore è di intensità tale da aggravare oltre il limite usuale l'obiettività clinica della menomazione, tanto da influire sulla validità della persona, così da procedere ad un incremento valutativo del danno?
- Il dolore ha le caratteristiche cliniche per assumere un significato menomativo proprio, indipendente e quindi valutabile a sé?

Le risposte a tali domande si ottengono passando attraverso tre fasi:

Fase 1: Diagnosi 1a clinica - 1b medico legale.

Fase 2: Gravità.

Fase 3: Danno.

L'analisi di ogni fase consente di giungere ad una valutazione medico legale del dolore che attraverso il rilievo della sua entità e gravità clinica consente di attribuirgli una corretta collocazione valutativa o all'interno della voce menomativa prevista dalla tabella di legge, o giustificare un incremento valutativo spingendosi fino al valore massimale della fascia o oltrepassarlo in caso di riconoscimento del dolore quale voce autonoma di menomazione e quindi suscettibile di autonoma considerazione come voce di danno biologico.

Lo studio personale della metodologia della valutazione del dolore si è particolarmente concentrato sulle CRPS (complex regional pain syndrome), nuova definizione che riassume note terminologie di sindromi dolorose come causalgia minore, sindrome dolorosa post-traumatica, sindrome di Sudeck, neuroalgodistrofia, Reflex Sympathetic Dystrophy (RSD), che sono caratterizzate da dolore e alterazioni vaso/sudomotorie con riduzione AROM.

Fase 1a - Diagnosi clinica

La CRPS si suddivide in Tipo I, senza lesione di un nervo, e Tipo II, con lesione di un tronco nervoso (causalgia).

È scatenata da:

- fratture;
- distorsioni;
- movimenti ripetitivi;
- traumi chiusi;
- lacerazioni;

- contusioni;
- shock elettrico;
- intervento chirurgico;
- assenza di una causa.

La IASP ha proposto dei precisi criteri diagnostici, che sono stati successivamente sottoposti a studi di validazione interna ed esterna per testare la capacità di distinguere i pazienti affetti da CRPS rispetto ad altre patologie dolorose (neuropatia diabetica, vascolare, fibromialgia) e verificare la corrispondenza statistica del raggruppamento dei segni/sintomi con la patologia.

Sono stati elaborati quindi i seguenti criteri diagnostici:

- 1) continuing pain which is disproportionate to any inciting event;
- 2) must report at least one symptom in each of the four following categories: *sensory* (reports of hyperesthesia); *vasomotor*: reports of temperature asymmetry and/or skin color changes and/or skin color asymmetry; *sudomotor/edema*: reports of edema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry; *motor/trophic*: reports of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nail, skin);
- 3) must display at least one sign in two or more of the following categories: *sensory*: evidence of hyperalgesia (to pinprick) and/or allodynia; *vasomotor*: evidence of temperature asymmetry and/or skin color changes and/or asymmetry; *sudomotor/edema*: evidence of edema and/or sweating changes and/or sweating asymmetry; *motor/trophic*: evidence of decreased range of motion and/or motor dysfunction (weakness, tremor, dystonia) and/or trophic changes (hair, nail, skin).

Ciò che è fondamentale per la diagnosi è la presenza del dolore, che è:

- *Conditio sine qua non*
- Continuo, tipo allodinia o iperalgesia
- Sproporzionato rispetto all'evento iniziale
- Spontaneo o evocato
- Aumentato dall'esercizio fisico
- L'evoluzione di una patologia lesiva (se presente) che impiega mesi a stabilizzarsi.

Inoltre il dolore non è limitato al territorio di un singolo nervo periferico e dall'esordio della CRPS alla diagnosi il tempo medio è di circa 6 mesi (range 3 mesi - 1 anno).

Infine come suggerito dalla IASP è fondamentale escludere altre cause di condizioni in grado di determinare il medesimo dolore.

Come supporto diagnostico si dispone di indagini strumentali rappresentate da:

- Misurazione della temperatura cutanea (termografia, termometro a infrarossi in condizioni ambientali stabili).
- Flusso sanguigno periferico: laser-flussometria doppler.
- Quantitative sudomotor axon reflex test.
- Quantitative sensory test.
- Rx - RMN.
- Scintigrafia ossea.

Fase 1b - Diagnosi medico legale

Il primo punto è rappresentato dal nesso causale tra l'evento e la lesione e tra questa e lo sviluppo della CRPS, ossia del dolore. La classica criteriologia medico legale non è sufficiente. È noto che per lo sviluppo di una CRPS non vi un è rapporto prestabilito con la gravità del trauma, la sindrome per definizione interessa le estremità distali al trauma patito, passano mesi dalla comparsa della sintomatologia alla diagnosi, al dolore acuto fa seguito quello cronico, ma i meccanismi alla base del dolore sono molteplici e complessi, solo il criterio di esclusione è valido per accertare che non vi siano patologie sottostanti indipendenti dall'evento in grado di giustificare il dolore. Quindi è necessario ricorrere ad ulteriori elementi di valutazione causale, che la medicina legale possiede: il criterio epidemiologico/statistico e quello di probabilità scientifica.

Per valutare il dolore si ricorre ai 5 assi proposti dalla IASP:

- 1° regione corporea interessata;
- 2° sistema organo funzionale;
- 3° caratteristiche temporali di insorgenza;
- 4° intensità percepita dal paziente;
- 5° eziologia (genetica, infiammatoria, traumatica, neoplastica, tossica, degenerativa, psicologica ecc...).

L'analisi della documentazione medica è un altro punto fondamentale, ma è necessario studiare i documenti sanitari non in modo discontinuo ma omogeneo, con le dovute cautele del caso e complessità diagnostiche, considerando che la certificazione può essere lacunosa o troppo sbrigativa, molteplice per il ricorso a più specialisti per trovare una adeguata risposta terapeutica al dolore (spesso la diagnosi di CRPS è misconosciuta). È opportuno registrare la terapia adottata se farmacologia, invasiva, fisica o occupazionale, la tipologia del trauma, l'evoluzione della lesione, la mancata diagnosi e gli accertamenti strumentali eseguiti.

Fase 2 - Gravità

Per la valutazione della gravità si possono utilizzare delle scale, che si suddividono in:

- Unidimensionali: VAS, VDS: che registrano la presenza di dolore e ne quantificano l'intensità.
- Multidimensionali: McGill Pain Questionnaire, BPI: studiano la componente sensoriale, emotiva, cognitiva e comportamentale dell'esperienza cognitiva.

Tali scale presentano pregi e limiti dovuti all'autosomministrazione e alla loro scelta da parte dell'operatore che le propone.

La gravità va poi suddivisa, come consigliato dall'AMA, secondo l'intensità e la frequenza del dolore, l'influenza sulle attività quotidiane, il coinvolgimento emotivo, la terapia assunta e le limitazioni obiettivate all'esame clinico.

È importante che il medico legale verifichi i comportamenti legati al dolore, così da registrare elementi di esagerazione e non fisiopatologici, di ambiguità, o di appropriatezza che confermano i riscontri clinici.

Gli strumenti in possesso del medico legale al fine di valutare il comportamento correlato al dolore sono di carattere verbale e non verbale, la mimica facciale, lo stringere o sostenere parti del corpo interessate, zoppie o anomalie della deambulazione, cambi posturali, movimenti dolenti, uso di bastone, collari o ausili, lamenti, posture antalgiche.

Per poter definire meglio la gravità del dolore si studia la sua influenza sulla capacità funzionale dell'individuo in più ambiti: fisico, emozionale, sociale, lavorativo. Ciò implica l'uso di criteri funzionali del valutatore legati alle ADL, alla deambulazione, ai trasporti, alla cognizione, alla percezione dolore, all'effetto delle terapie, ai movimenti degli AASS e AAIL e infine al lavoro.

La valutazione della gravità del dolore va effettuata solo dopo il massimo grado di miglioramento clinico, facendo particolare attenzione al fatto che è rara una ripresa funzionale completa in caso di CRPS.

Fase 3 - Valutazione del Danno

Verificata l'esistenza clinica della CRPS e posta la diagnosi medico legale, dopo aver effettuato lo studio della gravità del dolore, il fine ultimo è la valutazione del danno biologico.

Se dalla lesione legata ad un evento infortunistico in grado di far scattare la tutela INAIL origina un dolore tipico della CRPS, il passo successivo è quello di valutare in che modo esso possa influenzare il peso della menomazione tabellata.

Il dolore può rivestire tre componenti:

- È già incluso nella voce tabellata, come accade per la voce n. 201 *Esiti di frattura di vertebra dorsale con residua deformazione somatica e dolore riflesso...fino a 6%*, il dolore fa parte integrante della menomazione e ne è un elemento tipico nel caso in esame.
- È fonte di incremento valutativo del danno, come previsto dalla voce menomativa n. 192 *Patologia vertebrale con deficit funzionale complessivo di media o grave entità...fino al 35%*. In questo caso il dolore consente una graduazione del danno in funzione della frequenza e della necessità di trattamento farmacologico.
- È voce autonoma di danno biologico. In questo caso è il dolore stesso a rappresentare una nuova fascia valutativa, quale altra ed ulteriore voce menomativa. Se prendiamo ad esempio la voce n. 293 *anchilosi della caviglia in posizione favorevole...12%* si specifica che bisogna tener conto del dolore e delle sue caratteristiche, ma esso è considerato di norma un sintomo legato agli esiti fratturativi o ricorrente in caso di rotture legamentose. Nel caso specifico le lesioni fratturative o legamentose dell'arto inferiore possono dare origine a CRPS di tipo I, determinando così una nuova malattia che va ben oltre il semplice dolore da anchilosi di origine fratturativo. Sulla base delle premesse valutative INAIL, prima espresse, e sulla necessità della personalizzazione del danno, questo rappresenterebbe un caso che consentirebbe di oltrepassare la fascia valutativa del 12%, riconoscendo al dolore cronicizzato della CRPS di tipo I la dignità di malattia post-traumatica, originante dall'evento infortunistico, e quindi da valutare a sé, per esprimere successivamente un giudizio di sintesi del danno biologico che si dovrebbe spingere ben oltre il 12% previsto per l'anchilosi (se presente).

Bisogna considerare che il dolore interferisce, arresta o abolisce tutte le attività aumentando l'ipofunzionalità della persona, diminuendone la validità ed aumentando il danno, tanto da assurgere una voce autonoma di danno, che va ben oltre il semplice incremento valutativo, come attualmente previsto da quasi tutte le guide orientative di valutazione.

L'attenta analisi delle componenti cognitiva, emozionale, comportamentale, ambientale e culturale non sono elementi di svalutazione del danno nell'ambito della valutazione del dolore ma di massima personalizzazione del danno, come voluto anche dal D.Lgs. 38/2000.

Considerazioni finali

Il dolore non è più da considerarsi solo un sintomo di accompagnamento ma se cronicizzato una vera e propria malattia.

Nel campo dell'infortunistica lavorativa le sindromi dolorose entrano di prepotenza negli ambulatori medico legali INAIL, sia per quanto concerne la valutazione dell'inabilità temporanea assoluta che per quanto attiene il reinserimento lavorativo e la valutazione del danno biologico. È importante comprendere quando questo dolore origini dalla lesione infortunistica, quando rientri normalmente all'interno dei postumi stabilizzati o altrimenti, se cronicizzato, sia una malattia post-traumatica degna di valutazione autonoma.

Lo studio metodologico ha portato quale esempio quello della CRPS, che più frequentemente origina da traumi di tipo osteo-articolare o chirurgico, con le difficoltà diagnostiche cliniche e medico legali, e che spesso evolve verso una stabilità del quadro caratterizzato da dolore cronico.

La Medicina Legale possiede degli strumenti valutativi e deve quindi affrontare la tematica del dolore, per quanto sia sempre presente lo spettro della simulazione e della pretestazione, ma la Medicina Legale Clinica deve oggi confrontarsi con i progressi clinici e con le altre specialità mediche, come l'algologia.

Il D.Lgs. 38/2000 è un formidabile strumento valutativo grazie alla metodologia applicativa delle tabelle con il *fino a*, alla possibilità del superamento dei limiti percentuali predeterminati all'interno delle fasce, allo spirito della riforma verso una personalizzazione del danno, che bandisce automatismi e formule matematiche, e all'opportunità di valorizzare altri parametri di giudizio sulla base di nuove tecniche e metodiche diagnostiche.

Un ultimo punto di riflessione è rappresentato dalla tabella dei coefficienti, per la quale è prevista l'attribuzione di classe superiore, considerando il patrimonio bio-attitudinale-professionale, elementi questi che in caso di sindromi dolorose complesse possono essere intaccati seriamente, tanto da giustificare l'attribuzione di una classe superiore.

Il medico legale INAIL può quindi valutare il dolore nel pieno rispetto della norma legislativa, favorendo innanzitutto il lavoratore nella tutela dei suoi diritti e garantendo all'Istituto una corretta gestione assicurativa dell'infortunato.

RIASSUNTO

Il dolore ha sempre suscitato parecchie perplessità nel campo valutativo medico legale.

La sua valutazione è sempre stata un elemento al massimo degno di incremento valutativo, ma non è mai stato considerato quale menomazione autonoma degna di valutazione.

I più recenti orientamenti clinici, alla luce della nuova tassonomia del dolore della IASP del 1992, soprattutto nel campo della Sindromi Regionali Dolorose Complesse (CRPS), devono essere motivo di riflessione e ricerca anche nel campo della medica legale.

Tale sindrome origina da traumi e nell'ambito della tutela infortunistica INAIL alla luce del D.Lgs. 38/2000 appare opportuno valutarla al fine di diminuire il grado di menomazione attuando le cure opportune ed infine eseguire una corretta sua valutazione percentualistica.

In ambito internazionale le CRPS sono considerate quale voce autonoma di menomazione nella guida dell'AMA ed anche la Guida Europea di Valutazione dell'Invalidità Psico-fisica del 2003 prende in considerazione il dolore da deafferentazione ed offre importanti punti di riferimento valutativi.

Nel presente articolo si offre un percorso qualitativo della valutazione del dolore dal CRPS, che partendo dalla lesione giunge poi alla menomazione e al suo inquadramento valutativo.

SUMMARY

The medico-legal assessment of pain is notoriously problematic. While pain evaluation is a key element in overall assessment, it has never been viewed as a separate impairment category meriting evaluation.

In light of the new pain taxonomy of the International Association for the Study of Pain (IASP) of 1992, especially with regard to the complex regional pain syndrome (CRPS), recent clinical orientations should inform reflection and research in legal medicine.

CRPS is caused by trauma. Under the provisions of the work safety norms of the Italian Workers' Compensation Authority (INAIL) and Law 38/2000, it appears appropriate to evaluate CRPS so as to reduce disability by instituting adequate treatments followed by accurate estimation of impairment.

CRPS is listed a separate disability according to the American Medical Association (AMA) guide, and the "Le Guide Barème Européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique" (2003) includes deafferentation pain and offers valuable advice for pain assessment.

This article presents an overview of qualitative CRPS evaluation, starting from the lesion to resulting disability and its assessment.