

Danno psichico: lutto da fatto illecito. Risarcimento.

Autore: Schenardi Carlo

In: Diritto civile e commerciale

Il dott.Schenardi autore dell'articolo sarà presente al convegno **LA VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DEL DANNO PSICHICO IN RESPONSABILITA' CIVILE - BOLOGNA 6 GIUGNO 2014** - cliccare per vedere il programma -

1. Presentazione

Il presente scritto ha lo scopo di sottoporre all'attenzione dei professionisti del settore (giuristi, medici legali e psichiatri forensi) la necessità di una più precisa collocazione nosograficapsicopatologica della particolare fattispecie del **lutto da fatto illecito**, da intendersi come fattispecie autonoma in senso medico clinico, ma soprattutto valutativo medico legale - con notevoli conseguenze in tema di risarcibilità ed entità del risarcimento -rispetto alla fattispecie del **lutto naturale**, secondo la proposta personale dell'Autore, presentata ufficialmente per la prima volta all'interno del gruppo di lavoro della SMLT Società medico legale del Triveneto nel 2011.

2. Preambolo : la Rivoluzione Copernicana del danno biologico e la Psichiatria Forense. Con l'introduzione del concetto di danno biologico come danno all'integrità **psico-fisica** (Corte Cost. 14.7.86, n.184 in Foro It.,1986, L2053) è venuto a delinearsi un ambito di valutazione che nel corso del tempo ha acquisito parziale autonomia rispetto alle tematiche inerenti il danno fisico stricto sensu. Mi riferisco al suffisso "**psico**" prima parte della definizione caratterizzante il danno biologico che, come ebbi a dire ancora nel 1991 (cfr. Archivio Civile, Considerazioni in tema di valutazione del danno alla persona in responsabilità civile p8-11, Ed la Tribuna 1991), per le sue caratteristiche di ampiezza e difficoltà

diagnostica veniva decisamente sottostimato anche per il timore di vedere allargato il campo risarcitorio. Il tempo passa ed oggi non vi è quasi situazione giuridica in cui non si renda necessario un approfondimento in tale direzione. Il primo problema è relativo alle competenze richieste per valutare il danno psichico. E' indubbio che ogni valutazione che sottenda all'indennizzo-ristoro del danno rientri nell'alveo della medicina legale, scienza specialistica che da sempre si occupa di valutare tutte le tipologie di danno medico in relazione alle problematiche giuridiche.

Da una "costa" della medicina legale nasce la psichiatria forense che si distingue dalla psichiatria clinica in modo analogo a quanto accade per la medicina clinica rispetto alla medicina legale.

Come il medico clinico non ha generalmente gli strumenti adatti per effettuare una valutazione del danno fisico, così lo psichiatra clinico generalmente non ha gli strumenti adatti per una valutazione del danno psichico. E, a maggior ragione, lo psicologo che non essendo medico non può far derivare una valutazione "legale" da una tematica medica laddove per il riconoscimento dell' indennizzo è richiesta la presenza di "malattia" o quantomeno di un complesso sindromico che assuma "valore di malattia".

Proprio in relazione all'ultimo punto, ovvero al valore di malattia (mutuato dal penale con la teoria di Muller-Suur), si pone la fondamentale distinzione tra l'operare dello psichiatra clinico rispetto a quello forense.

Così come in ambito penalistico non è necessario addivenire a tutti i costi ad una correlazione diagnostica standardizzata per poter inferire in merito alla eventuale incapacità di intendere o di volere essendo sufficiente la presenza di un complesso sindromico che abbia "valore di malattia", così in ambito civilistico non è necessario addivenire ad una diagnosi rientrante nelle categorie standardizzate della clinica (dove la diagnosi è fondamentale per i criteri di terapia e riabilitazione) ma è sufficiente individuare analogamente un complesso sindromico a valore di malattia.

La questione non è di poco conto perchè ha ricadute essenziali nella quantificazione del danno, sia in termini sia di invalidita' temporanea che permanente.

Lo psichiatra clinico cerca di collocare la patologia del paziente all'interno di una rete classificatoria codificata (per usi statistici, di ricerca, di condivisione all'interno della comunità scientifica mondiale, per ragioni di spesa sanitaria ecc.) utilizzando in modo piuttosto rigido i manuali che periodicamente vengono costituiti ad hoc e principalmente il DSM (manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali pubblicato dall'AMA American Psychiatric Society) e l'ICD (manuale diagnostico di classificazione internazionale dei disturbi mentali pubblicato dall' OMS Organizzazione Mondiale della Sanità).

I suddetti manuali, e in particolare il DSM, molto più utilizzato nel nostro Paese, hanno la caratteristica

fondamentale di "classificare" ogni disturbo e soprattutto definirlo in termini statistici sia per la modalità di comparsa che per durata, attraverso una griglia di condizioni cristallizzate (criteri) assai rigide.

In questo modo lo psichiatra clinico che ha di fronte un paziente il quale non soddisfa pienamente una condizione clinica così come regolata all'interno del DSM, si vede costretto a "correggere" la diagnosi, se pure utilizzando una corretta analisi differenziale, cercando un altro settore nel quale inserire i dati clinici rilevati.

Il problema è quindi dover applicare una "etichetta diagnostica" in ogni caso, anche se questa non riflette completamente la problematica del paziente.

Va sottolineato a tal proposito che la conferma di quanto si asserisce è la modificazione che periodicamente subiscono i suddetti manuali, essendo materiale in fieri (vale la pena di ricordare che addirittura vengono contemplati anche i disturbi NAS ovvero non altrimenti specificati perchè ancora in corso di approfondimento da parte dei vari gruppi di lavoro distribuiti in tutto il mondo), tanto che nell'ultimo passaggio dal DSM-IV-TR al DSM V appena pubblicato, si assiste ad un cambiamento copernicano dei criteri diagnostici con scomparsa della divisione in cinque assi; laddove ad esempio i disturbi psichiatrici-malattie venivano distinti dai disturbi di personalità da una linea di separazione netta (Asse I e Asse II) nell'ultima edizione sono ricompresi in un unico "Asse".

Non è questa la sede per dilungarsi sulle innumerevoli variazioni, ma quanto detto è solo per far comprendere come non si possa attribuire a questo tipo di manuali la valenza di assoluto riferimento in ambito valutativo medico legale perchè, ancorandoci a criteri rigidi che però vengono modificati periodicamente (come è giusto che sia alla luce dei dati che gradualmente vengono raccolti), si rischia di valutare i danni in modo pesantemente diverso a seconda del periodo in cui si effettua l'accertamento (prima o dopo la nuova edizione), con conseguenti inaccettabili sperequazioni risarcitorie.

Detti manuali rappresentano un prezioso ausilio, ma non possono risultare di riferimento assoluto per la valutazione medico legale, come invece la pratica quotidiana consente di verificare.

3. Lutto e lutto da fatto illecito. La necessita' di distinzione.

Siffatto preambolo per sottolineare un aspetto importante nel caso di danno da lutto.

Il DSM V, appena pubblicato, colloca lutto e lutto persistente-complicato (Persistent Complex Bereavement Disorder) nel capitolo "Condizioni per ulteriori studi" specificando che "i criteri proposti non vanno utilizzati per l'uso clinico" in quanto ancora sottoposti a studi e ricerche ulteriori. Viene fatto solo un cenno alla opportunità di specificare se il lutto è di origine traumatica ovvero dovuto a omicidio o suicidio, ma null'altro viene detto in termini di vissuto psicopatologico differenziale rispetto al lutto naturale e tantomeno al lutto da illecito (anche perchè tale distinzione non è di interesse statistico-clinico risultando le due sottocategorie non separate nella fase di raccolta dei dati).

In realtà, l'esperienza peritale consente di osservare l'esistenza della netta distinzione tra il lutto "naturale", che occorre quando la perdita della persona cara avviene per cause "naturali", rispetto a quanto accade a seguito di un fatto illecito determinato da un soggetto giuridicamente responsabile.

Quest'ultima evenienza non ha le caratteristiche di "normalità" non potendosi assimilare ad un "evento naturale". Essa non è suscettibile di quella elaborazione psicologica e quindi accettazione che fisiologicamente tende a realizzarsi nel primo caso e di cui si fa riferimento nei trattati di clinica psichiatrica e di psicologia e nelle classificazioni di malattia e disagio mentale come il DSM.

In effetti, come detto sopra, le coorti (gruppi) di pazienti arruolate per individuare le caratteristiche di psicopatologia comuni, per poi classificarle all'interno di un manuale statistico dei disturbi mentali, non sono state separate fra coloro che hanno subito la perdita affettiva per cause naturali e coloro che hanno subito analoga perdita per fatto illecito, giuridicamente tutelato.

In realtà i due aspetti sono radicalmente e profondamente distinti sul piano etiogenetico e dello sviluppo psicopatologico.

Il lutto da illecito pur avendo caratteristiche in parte sovrapponibili dal punto di vista sintomatologico e sindromico a quelle del lutto per fatto naturale se ne differenzia, comunque, per una risposta clinica sostanzialmente diversa.

Ad esempio, è frequente osservare in molti soggetti la presenza e persistenza di una componente di rabbia, aggressività, iper-reattività che, se analizzata in base alle caratteristiche attese nel lutto naturale, non si presta ad essere intesa quale equivalente depressivo e, pertanto, viene valutata in sede medico legale come reazione "fisiologica-adattativa" alla condizione di lutto con conseguente negazione di invalidità (e di risarcimento).

Il diverso modo di reagire sotto il profilo clinico dipende essenzialmente dalla impossibilità di accettare la perdita come frutto del destino cui rassegnarsi in quanto in questi casi è presente un responsabile la cui condotta colpevole ha determinato l'evento.

Da qui la proposta personale di considerare il "lutto da fatto illecito" autonoma fattispecie clinica, psichiatrico forense e medico legale, distinta dal lutto naturale. Per tale ragione il danno da lutto (per un lutto da illecito) deve trovare un riconoscimento valutativo mediante applicazione di percentuali di invalidità che dovrebbero posizionarsi su fasce superiori rispetto a quelle di riferimento per i disturbi psichici entro i quali si cerca "forzosamente" di collocare la tematica del lutto da illecito, a nostro parere impropriamente, non potendo corrispondere a fattispecie mediche quali il disturbo dell' adattamento o il lutto prolungato (naturale) o ancora il disturbo depressivo con ansia.

4. La prova del lutto da fatto illecito.

Le sentenze c.d. di San Martino del 2008 hanno definitivamente sancito che anche il danno non patrimoniale, nel cui alveo si colloca il danno in discussione, è un danno conseguenza che, in quanto tale, va provato, eventualmente anche in via presuntiva.

Per quanto attiene alla prova princeps, la documentazione medica o psicologica allegata nel fascicolo di causa, l'esperienza evidenzia oramai il fatto che alcune persone rifiutino (legittimamente) e in modo radicale qualsiasi rapporto con il mondo "psi" perché ritengono che nessun professionista del settore possa lenire a parole o per mezzo di farmaci il dolore, la sofferenza ed, eventualmente, lo stato di malattia psichica che si è venuta a creare per quel motivo, ovvero a seguito di un lutto da illecito.

Inoltre spesso nelle situazioni giudiziarie di lutto da illecito non si ha alcuna documentazione medica o quasi; il soggetto non si presenta dal M.M.G. (Medico di medicina generale) né dallo specialista; non assume farmaci o li sospende entro breve tempo; rifiuta qualsiasi supporto medico o psicologico; continua l'attività lavorativa. Del resto, anche l'eventuale assunzione di farmaci antidepressivi risulta scarsamente efficace.

La mancanza di documentazione sanitaria in questi casi deve per forza portare al mancato riconoscimento del danno? Poiché comparativamente rispetto ad altri fatti clinici derivati da illecito il lutto si colloca in prima

posizione per gravità di livello stressante e, quindi, come causa intrinseca di probabile malattia, l'accertamento del relativo danno non richiede un corredo probatorio assimilabile, ad esempio, all'accertamento del mobbing in cui l' "an" deve essere rigidamente provato attraverso un' ampia attività

istruttoria.

L'evento morte per fatto illecito rappresenta una causa patologicamente efficiente in re ipsa che non abbisogna di ulteriore documentazione, rimanendo, però, la valutazione del dannoconseguenza (da lutto da fatto illecito) demandata alle competenze specialistiche del CTU , incaricato dal Giudice Istruttore di risolvere il quesito circa il presunto danno patito.

5. Il compito centrale del CTU psichiatra forense nell'accertamento del danno conseguente a lutto da illecito.

Viene in tal senso valorizzato il compito del CTU non solo quale consulente deducente, ma anche quale consulente percipiente, chiamato, cioè, non solo a valutare i fatti dati per esistenti , ma anche ad accertare i fatti stessi - nella specie il danno da lutto da fatto illecito- in ragione dell'impedimento a procedere direttamente all'accertamento di essa per la mancanza sia di altre prova, che delle specifiche cognizioni medico legali necessarie in capo al giudicante. La perizia , in questi casi, costituisce, così, essa stessa fonte oggettiva di prova, conformemente alle piu' recenti interpretazioni della giurisprudenza di legittimita' (v. ex plurimis Cass. civ. 14.07.2003 n. 11001 e 23.02.2006 n. 3990)

Va, poi, richiamata, anche la disciplina codicistica del CTU : secondo l'art art. 194 c.p.c. "Il CTU assiste alle udienze...,compie...le indagini di cui all'art.62 (quelle che gli sono commesse dal GI) da sé solo o insieme al GI secondo che questi dispone. Può essere autorizzato a domandare chiarimenti alle parti, ad assumere informazioni da terzi, a eseguire piante, calchi e rilievi".

L'attività del CTU comprende la facoltà di accertare, di sua iniziativa,ogni circostanza o notizia necessaria per rispondere al quesito posto dal GI (C.89/4644) A tal fine può essere autorizzato a domandare chiarimenti alle parti. È abilitato, pure di sua iniziativa, anche ad assumere informazioni presso terzi (C04/15411) e ad acquisire ogni elemento necessario per rispondere ai quesiti (C 98/5345) anche se risultante da documenti non prodotti in

causa (C04/3105, 88/2543, 87/8256, 83/3734) contra (C 92/13109). Tale facoltà di accertamento del CTU è però limitata ai soli fatti accessori o collegati con l'oggetto dell'incarico (06/3191,01/6502, 95/2865, 89/4644); non può accertare fatti che in quanto posti direttamente a fondamento delle domande e delle eccezioni, debbono essere provati dalle parti.

Dunque il CTU in ambito psichiatrico forense deve accertare se il periziando presenta una condizione clinica di lutto da fatto illecito (indipendentemente dalla eventuale assenza di certificazioni) e la descrive fornendo al G.I. indicazioni circa la sua entita' (temporanea e/o permanente), oppure ne accerta l'insussistenza sempre sulla base di una indagine clinica che si attua durante le operazioni peritali in

contraddittorio.

5.1. La metodologia di indagine.

Il primo e più importante modulo metodologico per effettuare una diagnosi in psichiatria e rispondere adeguatamente ai quesiti del GI in tema di danno psichico da lutto è certamente il colloquio clinico, il quale, come da comune esperienza, se correttamente ed onestamente condotto si rivela lo strumento fondamentale ed imprescindibile per ricavare la maggior parte degli elementi di psicopatologia rilevanti, ed offre, al di là di alcune sfaccettature per lo più dovute alla diversa impostazione-formazione dei singoli specialisti, la possibilità di pervenire ad una sostanziale uniformità di giudizio sulla problematica in essere, indipendentemente dalla posizione processuale dei singoli consulenti.

La pratica registra qualche tentativo, fortunatamente sporadico e di facile neutralizzazione (stante la correttezza etico-deontologica della maggioranza dei professionisti che opera in questo settore) di piegare la verità clinica (nel senso di oggettività clinica) alle esigenze clientelari, peraltro facilmente smascherabile.

Per quanto concerne, invece, l'applicazione di tests psico diagnostici in ambito medico legale, questi vanno utilizzati cum grano salis.

Mentre in ambito clinico i tests svolgono un compito importantissimo di ausilio per il completamento dei dati e, quindi, per giungere ad una diagnosi più articolata e più precisa sul fronte terapeutico-riabilitativo e del riequilibrio funzionale, in ambito valutativo del danno (posto che la maggioranza dei tests non è validata per il setting medico-legale) essi rischiano di confondere, sia in senso qualitativo che quantitativo, le risultanze che invece provengono da un attento ed accurato esame obiettivo diretto mediante colloquio clinico-peritale.

6. Il futuro

E' di quotidiana evidenza che l'attuale società, vuoi per i rischi derivanti dall'elavato grado di tecnologia che investe ogni settore della vita (lavoro, trasporti, medicina, etc), vuoi per le nuove ed ancor oggetto di studio dinamiche relazionali (v. il recente fenomeno del femminicidio) , vuoi per l'incremento della criminalità, espone i consociati ad una sempre maggiore possibilità di essere vittima di lutti da fatto illecito. Diritto e psichiatria forense non possono ignorare questo fenomeno, ma, nel rispetto del "valore persona" che costituisce fulcro e tessuto connettivo della nostra Carta Costituzionale, devono fornire adeguate risposte alle istanze di giustizia.

dott. Carlo Schenardi

Specialista in medicina legale

Specialista in criminologia clinica e psichiatria forense

Psicoterapeuta

<https://www.diritto.it/danno-psichico-lutto-da-fatto-illecito-risarcimento/>