

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CATANIA
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA – DIPARTIMENTO DI MEDICINA LEGALE
PROF. DIEGO GERACI

SANFILIPPO GIUSEPPE, D'ALBERTO SONIA M.A., GIUFFRIDA FRANCESCA,
PALMERI ANDREA, CURCURACI ANDREA, GERACI DIEGO

DANNO DA LUTTO: CONSIDERAZIONI MEDICO LEGALI PRENDENDO SPUNTO DA UN CASO DI NOSTRA OSSERVAZIONE PERITALE

La morte di una persona (vittima primaria) come conseguenza, di un fatto illecito, comporta una serie di risarcimenti per i congiunti (vittime secondarie).

In particolare, sono riconosciuti risarcimenti ai congiunti in relazione: alla perdita delle fonti di reddito apportati dalla vittima, al danno morale ed esistenziale, danno biologico accertato. In materia di danno da lutto numerose sentenze hanno apportato specifiche puntualizzazioni per il distinguo tra danno biologico, danno morale e danno esistenziale. Occorre ricordare che tali forme di danno fanno parte dei danni non patrimoniali. Inoltre, mentre il danno morale ed esistenziale hanno natura eminentemente giuridica al contrario il danno biologico va valutato secondo criteri clinici e medico legali. Infatti, con la sentenza n. 233/2003 la Corte Costituzionale ha postulato l'esigenza di accertamento medico legale esclusivamente per il danno biologico.

Nel 1994 la Corte costituzionale aveva stabilito che il danno alla salute è qui il momento terminale di un processo patogeno originato dal medesimo turbamento dell'equilibrio psichico che sostanzia il danno morale soggettivo e che, in persone predisposte anziché esaurirsi in uno stato d'angoscia transeunte può degenerare in un trauma fisico o psichico permanente alle cui conseguenze va commisurato il risarcimento. Inoltre nel 1998 la Cassazione stabiliva che il risarcimento del danno biologico patito dai congiunti, in seguito alla morte del familiare, può essere accordato ove sia fornita prova che tale decesso ha inciso sulla salute dei congiunti stessi.

Sulla scia di tali sentenze, dal punto di vista medico legale, è necessario,

ai fini del risarcimento, identificare nella vittima secondaria, una reazione francamente patologica alla perdita del congiunto. Per tale accertamento è necessario stabilire innanzitutto l'esistenza del nesso di causalità soddisfatto in tutti i criteri di accertamento, giovandosi anche dell'apporto delle discipline psichiatriche e psicologiche determinanti per accertare la ricorrenza di una reazione psichica abnorme. Le conseguenze dannose possono manifestarsi nella vittima secondaria almeno in tre differenti modi, singolarmente o congiuntamente presenti:

1. un transeunte patimento d'animo, corrispondente al danno morale
2. perdita di abitudini o stili di vita e modi di essere, forieri di gratificazioni personali e relazionali rapportabili al danno esistenziale.
3. alterazione dell'omeostasi psicofisica con disturbi psichici e somatici rilevabili clinicamente e suscettibili di quantificazione medico legale. Nella maggioranza dei casi predomina il lutto c.d. fisiologico caratterizzato da sentimenti di mestizia, sconforto, ecc.

Tali reazioni negative sono ascrivibili al danno morale o esistenziale. Tuttavia in taluni soggetti predisposti, la reazione emotiva può mimare quadri psicopatologici. Il DSM inquadra il lutto tra le ulteriori condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica. Inoltre precisa che la durata e l'espressione del lutto normale variano considerevolmente tra i diversi gruppi culturali.

Il soggetto in lutto considera "normale" l'umore depresso, sebbene possa ricercare un aiuto professionale per alleviare i sintomi associati come insonnia e anoressia la diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore non viene fatta se i sintomi non sono più presenti per più di due mesi dopo la perdita. Secondo il DSM, i sintomi eccedenti la reazione fisiologica al lutto comprendono: sentimenti di colpa, pensieri di morte, pensieri di personale inutilità, marcato rallentamento psico-motorio, allucinazioni (vedere fuggevolmente il defunto), ecc.. Secondo alcuni AA sarebbero indicatori morbosi anche l'eccessiva identificazione con il defunto fino alla perdita della propria personalità, atteggiamenti feticistici con oggetti appartenuti al defunto (abiti, effetti personali) come se dovesse ritornare, esteriorizzazione monumentale del ricordo, per esempio, attraverso la costruzione di una tomba sproporzionata alle reali possibilità economiche, rituali che interferiscono con la vita quotidiana del congiunto (come recarsi ogni giorno al cimitero), pulsioni vendicative nei confronti del vero o presunto responsabile della morte del congiunto. Secondo Poloni e Vender (2003) in questi casi gli effetti che dominano la scena sono molto distanti dalla sensazione di colpa, di inutilità e rovina che talora appesantiscono la vita del depresso. Sono, invece, i sentimenti aggressivi di

rabbia, di vendetta, che impegnano in maniera globale le pulsioni di queste persone che non riescono ad elaborare il lutto. Anche il DSM segnala come possibili manifestazioni patologiche associate al Disturbo Depressivo da lutto sentimenti soggettivi di irritabilità e di rabbia eccessiva.

Al di là dell'esperienza depressiva alcuni AA descrivono altre caratteristiche patologiche collegate al lutto: lutto ritardato o assente, tipico di coloro che, dopo la morte del congiunto, per un periodo anche lungo, non manifestano le normali reazioni negative fisiologiche all'evento. Tuttavia, metaforicamente, non pagare subito può avere come contropartita il pagare dopo con gli interessi. Insomma sembra essere anormale l'assenza di quella lieve sofferenza non patologica che accompagna la perdita di una persona cara; lutto inibito caratterizzato da poche manifestazioni esteriori cui si accompagna, però, ritiro sociale sempre più grave; lutto cronico, vissuto per lungo tempo senza attenuazione dell'intensità; lutto isterico con patologica identificazione nella persona scomparsa; lutto maniacale nel quale si nega che la morte del congiunto sia importante e si esprimono riti "esorcizzanti" sentimenti di onnipotenza, iperattività finalistica e agitazione psicomotoria; lutto ossessivo, con inibizione e restringimento delle relazioni sociali; lutto delirante, nel quale la morte del congiunto viene attribuita ad altri o negata e ci si attende il ritorno del defunto o di poter mettersi in contatto con lui; lutto ipertrofico, con reazioni intense ed insensibile ad ogni azione consolatoria.

A prescindere da queste manifestazioni psicopatologiche, l'accertamento peritale richiede in prima istanza l'accertamento accurato del nesso di causalità tra la morte della persona cara e la manifestazione di tali espressioni. Secondo F. Buzzi (2002) l'accertamento del nesso di causalità deve comprendere: indagine anamnestica circostanziale con particolare riguardo alla tipologia e alla intensità del rapporto interpersonale esistente tra vittima primaria e vittima secondaria; valutazione quali – quantitativa degli effetti destabilizzanti cagionati dal lutto nella realtà quotidiana della vittima secondaria; analisi di ogni elemento di connessione causale/concausale dei disturbi psichici/psicosomatici della vittima secondaria.

Il perito può affermare l'esistenza di un danno psichico solo quando sono dimostrate modificazioni del modo di essere della persona che superano il transeunte turbamento e che abbiano carattere permanente. Per individuare eventuali problemi di simulazione o esagerazione delle conseguenze da lutto si può ricorrere utilmente all'applicazione di due test: MMPI 2 e il TOOM. Infine ricordiamo il test di Biron e Sartori (2002) selettivamente dedicato a sondare le reazioni al lutto. A prescindere dalle diverse classificazioni, l'esperienza clinica

e medico-legale dimostra che a seguito di un lutto non adeguatamente elaborato derivano perlopiù i seguenti disturbi psicopatologici: Disturbo D'ansia, Disturbi Deliranti, Disturbo dell'Umore.

Alla luce di tutto ciò, in campo peritale è necessario attenersi alla criteriologia diagnostico – differenziale indicata nel DSM che annovera come patognomonici: sentimenti di colpa, pensieri di morte, pensieri di inutilità, esperienze allucinatorie e come indicatori di patologia, identificazione massiva, atteggiamenti feticistici, monumentalizzazione degli aspetti esteriori del ricordo, rituali pesantemente perturbanti oltre alle manifestazioni aggressive e rivendicative di entità inusuale per il temperamento di base del soggetto. Si devono ancora ricordare il marcato rallentamento psicomotorio fino alla c.d. siderazione emozionale che nelle fasi iniziali possono mascherare l'espressione del dolore, simulandone l'assenza. Di scarsa utilità è il criterio cronologico in quanto, circa il 33% degli episodi di depressione maggiore si manifestano entro un mese dall'evento luttuoso mentre il 73% entro un anno (G. B. Cassano), inoltre il danno biologico conseguente a lutto deve essere valutato a distanza almeno di due anni dall'evento.

Un caso di nostra osservazione peritale

Il Giudice ci incaricava di redigere consulenza tecnica sugli eredi di un giovane ragazzo deceduto a seguito di incidente della strada al fine di accertare la ricorrenza del lamentato danno biologico da perdita parentale e la relativa entità.

Accadimento dei fatti

Il giovane A. B. a causa di un incidente della strada veniva a morte. Tale triste evento, fu vissuto dai familiari con grande dolore al punto che la madre sviluppò un severo stato di malattia depressiva, mentre il padre ed il fratello della vittima pur essendo afflitti dalla perdita non hanno mostrato segni clinici di sofferenza psicologica accertabile dal punto di vista medico legale. Al tal fine è stata attentamente valutata la certificazione storica sanitaria dei tre attori riguardante lo stato di salute dell'ultimo quinquennio, redatta dai sanitari che li hanno avuti in cura. È emerso che nessuno dei tre presentava storia clinica anamnestica degna di nota e/o che potesse avere qualche significato incidente sulle condizioni attuali psichiche. In particolare, dalla documentazione sanitaria della madre vi è testimonianza scritta di due medici che in tempi diversi e per

quasi venti anni l'hanno assistita come medici di famiglia. Uno di questi sanitari attesta di averla avuta in cura come medico di famiglia per 10 anni circa, periodo nel quale l'assistita non ha fatto uso né di psicofarmaci né si è sottoposta a visite psichiatriche. L'altro sanitario attesta di avere in trattamento la madre della vittima per problemi depressivi severi insorti subito dopo la morte del figlio e di non averla mai trattata prima per tale patologia.

Colloquio con la madre della vittima

La paziente si presenta al colloquio curata nell'igiene personale, orientata nello spazio e nel tempo. La facies è dolente. Il tono dell'umore è depresso. L'ideazione è monotematica con segni evidenti di autosvalutazione e di colpa. Avverte sentimenti d'inutilità della propria persona correlate alla morte del figlio. In seguito a questo triste evento ha avuto un aumento ponderale di circa kg 15. Riferisce una alimentazione disordinata, compulsiva soprattutto nei momenti di intensa ansia. Riferisce un'alterazione qualitativa e quantitativa del sonno notturno che si caratterizza per risvegli frequenti e difficoltà nell'addormentamento. Vi sono momenti della sua giornata pervasi da un profondo e doloroso scoramento e un venir meno degli interessi per il mondo esterno. Durante l'eloquio manifesta improvvisi crisi di pianto la cui intensità e durata ostacolano l'intervista. Il linguaggio è sostanzialmente grammatico e sufficientemente strutturato anche se disturbato dalla eccessiva emotività. Non riferisce, né emerge dall'eloquio, ideazione e/o tendenza a comportamenti autolesivi. La signora fa uso regolare di farmaci ansiolitici e antidepressivi.

Dal colloquio con il marito emerge un tono dell'umore solo lievemente deflesso, con atteggiamento normoreagente, ideazione regolare, emotività non coartata, non manifesta intenzioni autolesive. Dal colloquio con il figlio emerge un tono dell'umore sostanzialmente eutimico. Padre e figlio non fanno uso di psicofarmaci.

Considerazioni

L'avvocato di parte lesa chiedeva nel ricorso il risarcimento del danno esistenziale patito dagli eredi della giovane vittima di incidente della strada: la morte del giovane legittima i genitori ed il fratello a richiedere il risarcimento del danno esistenziale per la perdita dei rapporti parenterali, sia filiale che fraterno da intendersi in conformità ai recenti pronunciamenti giurisprudenziali, quale lesioni di diritti costituzionalmente garantiti con conseguente

compromissioni dell'attività realizzatrici della persona umana nonché della serenità familiare¹.

Il danno esistenziale può manifestarsi, in parte, come danno biologico. Le manifestazioni patologiche trovano la loro causa psichica in questo vuoto esistenziale per il venir meno dei diritti familiari a seguito di un illecito. Solo questa parte del danno esistenziale cosiddetto biologico è di pertinenza valutativa medico legale. La compressione dei diritti familiari subita dagli attori, privati del rapporto affettivo che li legava al defunto, e la lesione dei diritti o anche l'alterazione dell'ordinario svolgimento della vita familiare non sempre provoca una menomazione del bene salute rilevante ai fini del risarcimento del danno esistenziale cosiddetto biologico. Invece nel caso in esame, la madre ha manifestato un Disturbo Depressivo Maggiore cronico lieve-moderato, reattivo, correlato concausalmente con la morte del figlio. Mentre il padre e il fratello della vittima, per quanto profondamente addolorati della morte del congiunto non hanno manifestato un quadro patologico della sfera psichica. Il danno psichico da danno esistenziale è di difficile evidenziazione in quanto si deve tenere conto di fattori preesistenti (malattie psichiatriche) ed è necessario poter acquisire riscontri documentali precedenti all'evento illecito coevi e successivi. Soggetti, in pieno benessere, possono manifestare un'alterazione della sfera psichica se sottoposti a situazioni stressanti e non sempre soggetti sottoposti ad un grave dolore psichico manifestano un danno psichico. E' pur vero che un grave dolore psichico da lutto o da altre problematiche percepite come gravi del soggetto possono provocare sindromi nevrotiche, ansiose o depressive e anche disturbi comportamentali. La signora, madre della vittima, è affetta da Disturbo Depressivo Maggiore cronico sviluppatosi nell'ambito di un Disturbo post traumatico da stress consecutivo alla morte del figlio più piccolo. L'instaurarsi dello stato depressivo è compatibile con la morte del figlio che, è bene sottolineare, era anche il più piccolo dei suoi figli. Inoltre occorre evidenziare che la signora non aveva sofferto in precedenza di patologie psichiatriche e in questo vi sono le testimonianze incrociate di due medici che l'hanno avuto in cura come medici di famiglia per quasi vent'anni.

Inoltre, l'attuale uso di farmaci antidepressivi utilizzati dalla signora si evince dall'attestazioni delle prestazioni farmaceutiche rimborsabili che riportano il nome della paziente e la data di acquisto. Questi farmaci psichiatrici sono correttamente correlabili alla patologia sofferta dalla signora. La morte del

¹ Ricorso art. 3 L.102/2006 pag. 5-6 redatto dall' avvocato Sallemi in data 08/09/2009

figlio è causa psichica efficiente e sufficiente nel determinare il Disturbo Depressivo Maggiore cronico. Sussiste nesso causale tra evento illecito della morte del figlio e il Disturbo Depressivo Maggiore insorto nell'ambito di un Disturbo Post Traumatico da Stress.

Conclusioni

In armonia ai quesiti posti dal Giudice Istruttore è possibile affermare quanto segue: la compressione dei diritti familiari subita dalla madre della giovane vittima privata del rapporto affettivo che la legava al figlio e la lesione dei diritti o anche l'alterazione dell'ordinario svolgimento della vita familiare ha provocato una menomazione del bene salute rilevante ai fini del risarcimento del danno esistenziale cosiddetto biologico (Disturbo depressivo Maggiore cronico). La morte del figlio è causa psichica efficiente e sufficiente nel determinare il Disturbo depressivo maggiore cronico.

Sussiste nesso causale tra evento illecito della morte del figlio e il disturbo depressivo patito dalla parte attrice. Diversa è la valutazione del danno biologico del padre e del fratello della vittima che, per quanto profondamente addolorati della morte del congiunto non hanno manifestato un quadro patologico della sfera psichica come invece è emerso a carico della madre.

RIASSUNTO

La perdita di un congiunto, in seguito a fatto illecito, può determinare, in persone particolarmente predisposte, assieme al danno morale, consistente in un patema d'animo transeunte, un vero e proprio danno biologico di tipo psichico, a carattere permanente o transitorio, che è soggetto a risarcimento solo se è provato il nesso causale tra perdita del congiunto e sviluppo del disturbo psichiatrico.

SUMMARY

The loss of a relative, as a result of illicit law, can result in people particularly prone, with the moral damage, consisting of a transient distress of the mood, a psychic type of biological damage, permanent or transitory, which is subject to compensation only if it's proved the causation between loss of a relative and development of psychiatric disorder.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Masson, Milano, 2001.
- BARONTINI M. Ricordati che devi vivere – Una meravigliosa storia di accompagnamento di una donna speciale, a cura dell'Associazione Paulo Parra per la Ricerca sulla Terminalità – A.R.T. Onlus, 2010.
- BARZAGHI G., BOSIO P., DEMORI A., RONCALI D. Il danno da morte biologico morale. Profili giuridici, aspetti medico-legali e psichiatrico-forensi, Cedam, Padova, 2000.
- BRONDOLO W., MARIGLIANO A. Danno Psicico, Giuffrè Editore, Milano, 1996.
- DE MATTEIS, R. (1994), Il c.d. « danno biologico da morte » come lesione di un diritto riflesso», (Nota a trib. Milano, 2 Settembre 1993), Nuova Giurisprudenza Civile Commentata, 1,682-690.
- GULOTTA G. Elementi di psicologia giuridica e di diritto psicologico, Giuffrè, Milano, 2000.
- PAJARDI D., MACRÌ L., MERZAGORA BETOS I., Guida alla valutazione del danno psichico, Giuffrè Editore, Milano, 2006.
- PERNICOLA C., Guida alla valutazione del danno biologico di natura psichica, Franco Angeli, Milano, 2008.