

Treviso, 29 aprile 2009

PROPOSTA VALUTATIVA DEL DANNO ALLA PERSONA DI NATURA NON PATRIMONIALE ALLA LUCE DELLE NOTE SENTENZE DELLE S.S.U.U. E SULLA SCORTA DELLA CONSOLIDATA ESPERIENZA VALUTATIVA NEL SETTORE SPECIALISTICO MEDICO LEGALE TREVIGIANO

Le recenti sentenze delle S.S.U.U. hanno creato delle notevoli innovazioni nell'ambito valutativo in epigrafe focalizzandosi in particolare sulla necessità di personalizzazione del danno alla persona non patrimoniale, evitando nel contempo parcellizzazioni e danni bagatellari. Rimettendo ulteriori approfondimenti alle competenze dei Giuristi di fatto, allo stato, pare emergere un indirizzo di massima nei seguenti termini:

Il danno alla persona si scompone in danno realmente patrimoniale da perdita di reddito o di potenzialità di acquisire reddito (che esula dalla materia di cui discutiamo) e nel danno non patrimoniale.

Quest'ultimo è un'unica entità, comunque polimorfa che richiede comunque un completo ed integrale ristoro monetario.

In tale ottica, come osservato nelle recenti sentenze della S.S.U.U. appare imprescindibile una monetizzazione personalizzata alle esigenze del danneggiato: personalizzazione che va raggiunta attraverso la quantificazione del danno biologico e delle conseguenze negative sui diritti costituzionalmente tutelati. Prende forma con ciò una modalità operativa che prevede alla base la valutazione del danno biologico secondo i comuni criteri tabellati (previsti per Legge o non), i quali devono essere adeguati al soggetto leso ed alle sue eventuali condizioni soggettive (comma 4 art. 5 ora 139 per le microinvalidità e 138 per le macroinvalidità).

La personalizzazione prevede poi la quantificazione della sofferenza fisica e psichica patita dal leso nella fase acuta di malattia e nella fase di stabilizzazione dei postumi.

Al riguardo i commenti dei Giuristi sul punto sono per lo più univoci nel ritenere che la definizione di danno biologico non comprenda anche le sofferenze soggettive del lesso (è noto che lo stesso progetto di Legge per la 209 prevedeva inizialmente una indicazione specifica sulla quantificazione del danno morale che poi rimossa e lasciata alla discrezionalità interpretativa del Giudice, inoltre la prassi liquidativa in sede di Tribunali prevedeva sempre la distinta liquidazione del livello di sofferenza: stralcio “liquidativo” tuttora confermato anche dalle sentenze, sebbene con prospettive liquidative differenti e comunque non automatiche).

Le problematiche valutative medico legali relative alla valutazione delle conseguenze personali e soggettive del danno alla persona non sono certo di questi giorni.

Di fatto a fronte dell'esistenza di normative che già nel 2001 prevedevano lo specifico intervento specialistico medico legale in merito alla personalizzazione del danno biologico in tema di microinvalidità permanenti, nel settore medico legale trevigiano già dal 2002 erano stati presi ed effettuati incontri “operativi” con i Giudici di Pace della circoscrizione del Tribunale di Treviso per la valutazione delle problematiche valutative annesse all'applicazione del comma 4 dell'art. 5 della Legge 57/2001, concordando con gli stessi l'inserimento di un autonomo quesito valutativo peritale d'Ufficio finalizzato, in maniera oggettiva, ad acquisire da parte del Perito e quindi fornire al Giudice tutti i dati tecnici necessari alla successiva applicazione del citato articolo, i cui aspetti valutativi sono stati di fatto trasferiti ed assimilati nell'art. 139 del Legge 209/2005.

Queste problematiche hanno imposto già dall'anno 2002 ai medici legali operanti nel settore giudiziario del Tribunale di Treviso un ulteriore studio ed approfondimento degli aspetti tecnici medico legali finalizzati alla personalizzazione del danno biologico.

Va precisato inoltre che già dagli ultimi anni '90, nel contesto del Tribunale di Treviso, erano in vigore quesiti peritali - successivamente trasferiti anche presso la sede del Tribunale di Venezia - nei quali veniva dettagliatamente richiesto al Consulente d'Ufficio Medico Legale di valutare l'entità del livello di sofferenza che la lesione aveva determinato, in quello specifico soggetto, durante il periodo di malattia e convalescenza. L'unica carenza – che dovrà essere ora necessariamente colmata, riguardava l'eventuale integrazione valutativa finalizzata a stabilire il livello di sofferenza patito dal lesso nella fase di successiva stabilizzazione clinica dei postumi.

Con ciò riteniamo utile e proficuo trasferire all'attenzione dei Colleghi la Ns. documentata e pluriennale esperienza valutativa su tali aspetti tecnici di stima del danno alla persona di natura non patrimoniale.

Pertanto, alla luce degli attuali orientamenti giurisprudenziali per i quali gli aspetti “ non patrimoniali” del danno alla persona devono rientrare globalmente in un'autonoma entità, suscettibile di una precisa valutazione medico legale, in particolar modo per le conseguenze permanenti del danno, sorge un problema sostanziale connesso al fatto che gli attuali Baremes medicolegali, di uso corrente (ivi compresi quelli annessi a normative) non prevedono in sé le indicazioni valutative degli aspetti” soggettivi” del danno alla persona, limitandosi ad indicare esclusivamente riferimenti indicativi percentualistici della sola componente menomativa anatomica e/o funzionale.

Ne deriva l'attuale necessità di fornire all'utente idonei criteri di adeguamento dei parametri di monetizzazione della componente “non patrimoniale” relativa all'apprezzamento delle conseguenze “soggettive” del danno alla persona ed alle sofferenze patite e patite.

In tale ottica , tenuto conto delle esigenze valutative a seconda se i disturbi “soggettivi” incidano sul “fare” ovvero sul “sentire” del lesso, ne deriva la necessità di una duplice criteriologia di stima medicolegale del danno “non patrimoniale”.

a – Valutazione medico legale delle conseguenze della lesione e dei postumi sul “fare”: danno da “handicap”

Tale primo aspetto riguarda la correlazione dell’evento sugli aspetti personali dinamico – relazionali dei postumi, allorché sussista uno stretto e compatibile rapporto tra lesione e/o menomazione e loro “interferenza negativa” su specifiche “attività” esercitate dal lesso (e quindi suscettibili di eventuale riscontro probatorio) non solo in ambito lavorativo ma anche in ambito relazionale, sociale e ludico – ricreativo (come ad es. già previsto in ambito di danno da RC auto agli art. 138 e 139 del DL 209/2005), suscettibili di modulazione maggiorativa dei parametri di monetizzazione del danno biologico nel contesto di un apprezzamento equitativo del Magistrato o nei limiti previsti per Legge.

Si tratta quindi esclusivamente di un parere medicolegale di “compatibilità” tra evento lesivo biologico ed interferenza dello stesso su aspetti “ individuali “ del lesso tali da determinare un qualche handicap aggiuntivo del lesso rispetto al cosiddetto “uomo medio” compromettendo in vario modo e misura una qualsiasi attività del soggetto lesso, in altri termini creandogli un “handicap”.

b) Valutazione delle conseguenze delle lesioni e dei postumi sul “ sentire”- SOFFERENZA INTRINSECA ovvero le ripercussioni psicofisiche sull’intimo della persona a causa dell’evento lesivo, dello stato di malattia e delle sue conseguenze permanenti

1) La sofferenza intrinseca del lesio nella fase di malattia e convalescenza biologica (Dott. Francesco Pravato)

-LIVELLO DI SOFFERENZA NELLA FASE DI MALATTIA

La sofferenza nel periodo di malattia è qualcosa che attiene all’intimo percepire della persona. Per essere sintetici e richiamarsi a Sentenze, si tratta del transiente perturbamento psicologico del soggetto offeso nella sofferenza derivata dalla gioia del vivere, nei patimenti che il soggetto subisce a causa della lesione, nei trattamenti necessari per lenire se non risolvere le conseguenze delle stesse, nella sofferenza fisica sopportata. O ancora nel dolore fisico, nella sofferenza e nel turbamento psicologico provocati da un evento lesivo.

Essendo quindi l’intimo sentire negativo della persona, cosa sia sofferenza dev’essere dedotto non solo per concetto medico ma riferendosi a quella che può essere la percezione della sofferenza dell’essere umano.

Può essere semplificativo al riguardo ipotizzare di cosa si lamenterebbe un lesio nel momento in cui riferisse discorsivamente delle conseguenze temporanee di un trauma.

Immaginando un dialogo tra due persone, possiamo ritenere ragionevole che il lesio potrebbe lamentarsi e ricordarsi in particolare del gran dolore fisico che la menomazione gli ha prodotto (sai quanto male mi faceva!). Poi riferirebbe ragionevolmente della reiteratezza e importanza delle cure, dei vari interventi chirurgici eventualmente subiti, dei disagi connessi al modo di ospedalizzazione, agli eventuali presidi ortopedici o terapeutici sopportati.

Infine ragionevolmente potrebbe lamentarsi della più o meno protratta durata del periodo di malattia, in cui a causa della lesione è stato rinchiuso in un ospedale, o comunque allontanato dai propri affetti e dalle proprie abituali attività del lieto vivere quotidiano.

Potrebbe così ipotizzarsi una scala che tenga conto di questi tre parametri, costituiti dal dolore intrinseco alla lesione, dall'importanza dell'aggressione terapeutica della persona, e dal periodo di allontanamento dai piaceri della vita.

Estratto qualitativamente dal comune sentire, il "cosa fa soffrire" può essere medicalizzato dal punto di vista quantitativo interpretando cioè sulla base di dati tecnici l'entità di queste sofferenze, non potendosi evidentemente basare la valutazione peritale sulle semplici lamentazioni del lesio, che vanno necessariamente considerate sempre criticamente nella loro attendibilità o meno.

Si propone con ciò un'ipotesi valutativa di questo tipo:

1) DOLORE FISICO:

- a) Lieve - assimilabile ad un'esperienza dolorosa, di comune esperienza nella vita, a seguito di traumatismo banale non preoccupante (una contusione, una lieve distorsione, una modesta ferita). Terapia analgesica pressoché assente.
- b) Medio – una lesione che prevede una sintomatologia dolorosa abbastanza rilevante, tale da focalizzare necessariamente l'attenzione nel periodo di malattia, ma che può essere un'esperienza non infrequente per l'uomo medio. Mi riferisco ad una frattura composta, ad una distorsione con emartro documentato, a delle fratture costali non scomposte. Terapia analgesica minore per qualche giorno.
- c) Alto – si tratta di un'esperienza dolorosa che mai normalmente si realizza nell'esistenza delle persone. Ci si può riferire a delle fratture scomposte, esposte, degli arti, a delle ustioni interessanti un singolo arto, o una limitata zona toracica o del volto, a delle fratture costali plurime scomposte con complicanza pleuro-polmonica. Terapia analgesica necessaria, praticata non solo per via orale ma anche per via iniettiva con analgesici maggiori a dosaggio pieno.

d) Elevatissimo – rappresenta il livello di sofferenza che porta una lesione di gravità estrema, tale da potersi considerare per chi la subisce la situazione più dolorosa che potesse immaginarsi. Mi riferisco al soggetto plurifratturato con necessità di terapia rianimatoria , tale da richiedere addirittura la sedazione, o soggetto con estese ustioni al corpo, o con importanti traumi degli organi interni tali da sottendere a sintomatologia peritonica, o con insufficienza respiratoria grave. Terapia analgesica ai massimi livelli terapeutici.

1) IMPORTANZA E DURATA DELL'AGGRESSIONE TERAPEUTICA

a) Lieve - trattamento semplicemente ambulatoriale con medicazioni o strutture immobilizzanti non particolarmente voluminose, con eventuale blocco solo di piccole articolazioni. Mi riferisco ad esempio alla sutura di piccola ferita , o a medicazione di escoriazione, all'uso di un bendaggio di ginocchio per pochi giorni, ad una stecca per una piccola frattura di dito.

b) Medio – immobilizzazione gessata di arto per un periodo inferiore ai 40 gg, breve e non particolarmente doloroso trattamento riabilitativo, modesto intervento chirurgico in anestesia locale.

c) Alto – uno o più interventi chirurgici richiedenti anestesia generale o loco-regionale (plesso o tronculare), protratto uso di apparecchi di contenimento o di fissazione esterna. Necessità di allettamento obbligato per più di 3 mesi, necessità di trattamento riabilitativo protratto reale per più di 3 mesi.

d) Elevatissimo – interventi chirurgici plurimi anche a distanza tra loro, in anestesia generale; necessità di trattamento rianimatorio protratto con intubazione o ventilazione forzata; trattamento farmacologico impegnativo delle condizioni generali, alimentazione parenterale protratta, periodo di riabilitazione superiore ai 6 mesi.

2) ALLONTANAMENTO DAI PIACERI DELLA VITA

- a) Lieve – necessità di astensione da non tutte le attività della vita quotidiana, senza ospedalizzazione.
- b) Medio – ospedalizzazione dai 3 ai 10 gg o necessità di degenza presso il proprio domicilio da 10 a 30 gg.
- c) Alto – necessità di ospedalizzazione dai 10 ai 30 gg o necessità di degenza domiciliare obbligata dai 30 ai 90 gg.
- d) Elevatissimo – necessità di degenza ospedaliera superiore ai 30 gg, necessità di degenza domiciliare superiore ai 90 gg.

2 - La sofferenza intrinseca del lesso nella fase di menomazione biologica (Dott. Enrico Pedoja)

La sofferenza soggettiva nel periodo di stabilizzazione dei postumi viene riferita sostanzialmente sia alla intrinseca percezione del dolore in fase di cronicizzazione, sia all'apprezzamento soggettivo delle modifiche permanenti (o anche ricorrenti) della sua qualità di vita, sia alle eventuali alterazioni permanenti della sua integrità "somatica"

Esistono quindi – in linea di massima, secondo la comune esperienza valutativa medico legale - sostanzialmente tre aspetti della sofferenza intrinseca del lesso, che possono rappresentarsi nelle seguenti categorie, alle quali si è tentato di dare un riferimento percentualistico, ponderato e proporzionale all'entità del "disturbo psicologico" residuale sul quale basare – anche con criteri di equivalenza - i parametri di maggiorazione del valore monetario del danno biologico "tabellato" per ogni singolo caso.

1 – Esiti che condizionano stati di dolore fisico cronico

- a) Assente
- b) Lieve: cervicotalgia, lombalgalia, ecc. ricorrenti nel tempo a seguito di evento traumatico distorsivo significativo. Callo doloroso – parestesie(condizioni analoghe).
- c) Medio: condropatia rilevante – algodistrofia significativa - instabilità articolare , ecc.
- d) Grave: condizioni di dolore che necessitino di trattamento farmacologico e/o riabilitativo periodico in contesto di menomazione grave.
- e) Gravissima: condizioni di dolore costante tale da richiedere trattamento farmacologico continuativo e/o altri presidi, in contesto di condizioni menomative annesse a sovertimento della preesistente validità funzionale lesa.

2 – Esiti che interferiscono psicologicamente sulle condizioni esistenziali del lesa.

- a) Assente.
- b) Lieve: che determinano disagio psicologico lieve nella quotidianità.
- c) Medio: che comportano disagio psicologico significativo nella quotidianità.
- d) Grave: che comportano disagio psicologico grave tale da modificare le preesistenti abitudini di vita e da interferire significativamente nella vita di relazione. Modificazione delle aspettative di vita.
- e) Gravissimo: che comportano disagio tale da sovvertire le preesistenti abitudini ed aspettative di vita

3 – Esiti che modificano l'esteriorità del leso.

- a) Assente.
- b) Lieve: piccole amputazioni e/o cicatrici di modesta entità (che comunque risultano tali da determinare disagio psicologico lieve nella quotidianità: vedi precedente punto “b”).
- c) Medio: cicatrici o deformità o amputazioni immediatamente apprezzabili ictu oculi (che comunque risultino tale da determinare disagio psicologico significativo nella quotidianità, vedi precedente punto “c”).
- d) Grave: mutilazione e/o deformità grave (che comunque comportino disagio psicologico tale da modificare le preesistenti abitudini di vita e/o da interferire significativamente nella vita di relazione, vedi precedente punto “d”).
- e) Gravissimo: modificazioni della esteriorità del leso tali da determinare sovvertimento della preesistente validità anatomo funzionale (o comunque tali da sovvertire le preesistenti abitudini di vita, vedi precedente punto “b”).

NOTA CONCLUSIVA

Nell'ottica di una traduzione monetaria di quanto indicato sotto il profilo tecnico sarà quindi necessario procedere con una "modulazione maggiorativa" dei valori monetari del risarcimento (sia per quanto riguarda l'inabilità temporanea, sia per quanto riguarda i postumi permanenti) in modo via via crescente a seconda dei dati tecnici oggettivamente ricavati nel corso della specifica indagine medico legale ed integrati tra loro.

Ribadiamo che le presenti scale di valutazione medico legale del danno da sofferenza intrinseca (nell'acuto e nel cronico) rappresentano parametri medico legali orientativi, che necessitano ovviamente di definitiva traduzione economica da parte degli operatori deputati alla complessiva stima del risarcimento.

Comunicazione: seminario giuridico medico legale del 30.6.2009 in tema di valutazione medico legale del danno non patrimoniale con finalità tecnico - operative peritali ed orientamenti liquidativi dei Giudici di Pace del Tribunale di Treviso.

In data 30.6.2009 si è tenuto presso la sede dell'Ordine degli Avvocati di Treviso un incontro tecnico – operativo (Giuridico – Medico Legale) al quale hanno partecipato il Presidente dell'Ordine degli Avvocati (Avv. De Girolami), il Presidente dell'AIGA di Treviso (Avv. Toppan), due membri del Consiglio Direttivo AIGA di Treviso (Avv. Coletti ed Avv. Novello), il Dott. Enrico Pedoja (Specialista Medico Legale – Segretario SISMLA di Treviso), il Dr. Chiozzi (coordinatore dei Giudici di Pace di Treviso), con la partecipazione dei Giudici di Pace Dr. Tristano, Dr. Pizzol e Dr. Redeghieri.

In occasione del seminario sono state recepite le problematiche “giuridiche” che hanno determinato l’attuale necessità di integrare i quesiti di Consulenza Tecnica Medico Legale per la valutazione del danno alla persona, inserendo la richiesta al CTU di una definizione tecnica dei “livelli di sofferenza intrinseca” del danno biologico, sia con riferimento alla malattia, sia con riferimento ai postumi, essendo state ampiamente condivise ed apprezzate le indicazioni tecniche valutative medico legali prospettate dal rappresentante degli specialisti medico legali iscritti al SISMLA della Provincia di Treviso, che quotidianamente operano, in tutti gli ambiti, nel settore della valutazione del danno alla persona di rilevanza civilistica.

Al fine di promuovere un orientamento liquidativo comune e ponderato per il risarcimento del “danno morale” nell’ambito delle lesioni che danno esito a piccole invalidità permanenti (contenute entro il limite del 9% di danno biologico), dopo approfondita discussione tecnica e giuridica si è ritenuto di individuare i seguenti range di “incremento” dei parametri di monetizzazione del danno per inabilità temporanea biologica e per invalidità permanente biologica, essendo stata giustamente considerata l’ipotesi di differenti entità di “sofferenza soggettiva” nella fase di malattia – convalescenza (inabilità biologica temporanea) rispetto alla fase di menomazione (danno biologico permanente).

1. Per condizioni di sofferenza soggettiva intrinseca di livello “lieve” un incremento oscillante tra il 15% ed il 25% dei parametri di base.
2. Per condizioni di sofferenza soggettiva intrinseca di livello “medio” un incremento oscillante tra il 25% ed il 40% dei parametri di base.
3. Per condizioni di sofferenza soggettiva intrinseca di livello “alto o grave” un incremento oscillante tra il 40% ed il 55% dei parametri di base.
4. Per condizioni di sofferenza soggettiva intrinseca di livello “elevatissimo o gravissimo” un incremento oscillante tra il 55% ed il 70% dei parametri di base.

Si allega la nuova proposta di quesito di Consulenza Tecnica Medico Legale per la valutazione del danno alla persona di natura extra contrattuale in previsione delle opportune modifiche del quesito Istruttorio.

QUESITO DI CONSULENZA TECNICA MEDICO LEGALE PER LA VALUTAZIONE DEL DANNO BIOLOGICO EXTRA CONTRATTUALE

- 1 – Accerti il CTU la natura, l'entità ed il decorso delle lesioni subite da
nel fatto per cui è Causa, valutando la sussistenza di nesso di causa tra queste e l'evento di rilevanza processuale.
- 2 – Quantifichi e motivi dettagliatamente le ripercussioni biologiche delle lesioni sia sotto il profilo temporaneo che permanente.
- 3 – Fornisca altresì tutti gli elementi di competenza tecnica medico legale utili a valutare la compatibilità di eventuali ulteriori ripercussioni della malattia e/o dei postumi sulle condizioni personali – soggettive del danneggiato (danno da handicap).
- 4 – Esaminata la natura, l'entità ed il decorso delle lesioni, indichi i livelli di sofferenza intrinseca delle stesse sia nel decorso della malattia e convalescenza, sia sullo stato di menomazione permanente.
- 5 – Stabilisca – compatibilmente con l'entità, la natura ed il decorso delle lesioni documentate in rapporto alla specificità delle mansioni lavorative dichiarate dal periziando - la durata dell'inabilità temporanea lavorativa e l'incidenza dei postumi sulla capacità lavorativa specifica.
- 6 - In caso di soggetto non occupato e/o minore, indichi, in relazione allo stato menomativo, il grado di riduzione della capacità lavorativa attitudinaria e/o l'eventuale riduzione di chance "occupazionali".
- 7 - Valuti la compatibilità delle spese riconosciute dall'Ordinamento Sanitario e/o da Associazioni Professionali Nazionali e sostenute dal periziando per diagnosi, cura, valutazioni specialistiche, ecc., come documentate in Atti, calcolandone l'ammontare complessivo.
- 8 – Valuti, in rapporto allo stato menomativo del paziente, l'entità di eventuali spese sanitarie future, qualora adeguatamente motivate sotto il profilo clinico.
- 9 – Indichi se gli esiti permanenti delle lesioni concretizzino un rischio di sopramortalità ed eventualmente in quale percentuale.
- 10 – Nei casi di sinistro stradale stabilisca – ove possibile nei soli limiti di competenza tecnica medico legale – se le lesioni subite dal periziando possano essere state condizionate, ed in che modo ed entità, dal mancato utilizzo dei mezzi di protezione previsti dalla Legge.
- 11 – Espleti al termine della visita collegiale, un completo contraddittorio con i CTP ed acquisisca eventuali note o osservazioni tecniche nel verbale di collegiale, con riserva di replica nella stesura definitiva dell'elaborato peritale.

12 – Ove richiesto invii ai CTP, secondo i termini previsti dall'incarico, bozza delle operazioni peritali acquisendo successive note tecniche dei CTP alle quali dovrà rispondere in occasione della stesura dell'elaborato peritale.