

# MEDICINA LEGALE

## CAP. 1: INTRODUZIONE ALLO STUDIO DELLA MEDICINA LEGALE

### Par. I: Rapporto di causalità

#### Il reato

- Reato: ogni fatto illecito al quale l'ordinamento giuridico fa conseguire una pena; secondo l'art. 39 c. p. (distinzione tra delitti e contravvenzioni) "I reati si distinguono in delitti e contravvenzioni, secondo la diversità delle pene per essi rispettivamente stabilite da questo codice". Il reato è, dunque, una violazione della legge penale, cioè l'infrazione di un divieto o l'inadempienza di un comando e si distinguono:
  - Delitti: reati più gravi, puniti con ergastolo, reclusione o multa
  - Contravvenzione: reati meno gravi, puniti con arresto o ammenda
- Costituenti del reato:
  - Oggetto: individuo o cosa su cui ricade il reato
  - Soggetto attivo: uomo che compie l'azione costituente il reato stesso (agente, colpevole, autore, reo)
  - Soggetto passivo: titolare del bene ed interesse protetto dalla legge, cioè la persona offesa dal reato (vittima)
  - Danneggiato: qualunque persona alla quale il reato ha cagionato un danno
- Elementi essenziali del reato (vedi anche dopo)
  - Psicologici (o soggettivi)
    - Volontà ("volontà colpevole")
    - Scopo
  - Materiali (oggettivi): fatto materiale
    - Condotta (o azione): comportamento umano che produce una modificazione del mondo esteriore
    - Evento (o effetto): modificazione del mondo esterno prodotta o non impedita dalla condotta umana
- Artt. 27 Costituzione: responsabilità penale: "La responsabilità penale è personale. L'imputato non è considerato colpevole sino alla condanna definitiva. Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato. Non è ammessa la pena di morte"

#### Generalità sul rapporto di causalità

Il rapporto di causalità, fondamentale in ML, implica lo stabilire se un dato evento biologico (morte, lesione, malattia, menomazione, deficit funzionale, etc.) sia stato causato da un fatto o da una condotta umana (attiva od omissiva), tale da poter essere addebitato all'autore della condotta stessa.

In altre parole il rapporto di causalità può considerarsi il nesso tra 2 fenomeni, di cui uno assume carattere di causa e l'altro di effetto.

È altresì importante indagare circa la successione temporale degli eventi: difatti, un certo evento non può produrne un altro se non lo precede (anche di pochissimo). In tal senso, la causa può considerarsi un antecedente necessario e sufficiente a produrre l'effetto.

In realtà, un dato evento non è quasi mai il prodotto esclusivo di un solo fattore causale, ma di una pluralità di fattori (concausa). In tal senso, il rapporto di causalità (RC) andrebbe considerato come “una catena in cui ciascun anello trasmette a quello successivo un impulso verso un fine determinato, impulso che a sua volta ha ricevuto dall’anello precedente e così via”.

Gli anelli più importanti di questa catena sono, in genere, l’ultimo (ossia l’evento finale di danno) ed il primo (evento lesivo iniziale): tutti gli anelli della catena, tuttavia, sono importanti (e studiarli è imprescindibile) al fine di una corretta valutazione ML.

Pertanto, la corretta valutazione del RC si propone di identificare la causa unica oppure, più frequentemente, i molteplici antecedenti concausali, stabilendo in questo caso, secondo un criterio comparativo, il diverso peso specifico di ciascuno di essi nel determinismo dell’evento considerato.

Quindi, in senso ML, la causa viene considerata quell’antecedente da cui dipende necessariamente ed invariabilmente (da sola od in concorsa con altri fattori) l’avverarsi della modificazione peggiorativa dello stato anteriore. Pertanto, la differenza fondamentale tra causa ed insieme di concause è che la prima è da sé sola sufficiente alla produzione dell’evento.

In sostanza, rilevare se effettivamente un danno derivi causalmente o concausalmente dalla condotta del colpevole o dal fatto illecito considerato (“an debeatur”), è uno dei principali aspetti ML.

Ovviamente, se non viene accertato il RC, il soggetto in questione non sarà chiamato a risponderne in sede penale o civile. È interessante, inoltre, ricordare come questa estraneità viene, talora, accertata e confermata a livello psichiatrico, come assenza psichica dell’autore al momento del fatto, ossia come sua alienazione, intendendo con questo termine l’incapacità di intendere o di volere al momento del fatto o dell’assenza di dolo o di colpa nella produzione dell’evento dannoso considerato.

In altre parole, nella attribuzione delle responsabilità, il Magistrato pone attenzione non solo alla paternità, ovvero alla produzione materiale o fisica o biologica od anatomico-patologica del danno in esame, ma anche ai cosiddetti fattori psichici, cioè alla paternità mentale della condotta delittuosa od illecita posta in essere dal colpevole e delle sue conseguenze dannose immediate ed a distanza.

In definitiva, il RC si basa su due ordini di aspetti:

- RC giuridico-materiale od anatomico-patologico (RC materiale: imputatiofacti): studia il rapporto fisico od oggettivo esistente tra una certa condotta illecita (attiva od omissiva), o più in generale tra un antecedente fatto di rilevanza medica e giuridica, ed un determinato evento dannoso, pur esso di rilevanza medica e giuridica (danno biologico). Si attua sulla vittima
- RC psichica (imputatioiuris): si intende con causalità psichica il rapporto psicologico soggettivo che intercorre tra la personalità del soggetto, autore della specifica condotta considerata e l’insorgenza dell’evento dannoso in esame. Solo dopo valutati entrambi i RC, il giudice potrà, infine, valutare in modo corretto e completo il caso in esame ed emettere la sua sentenza. Si attua sul soggetto ritenuto responsabile

### **RC giuridico-materiale**

- Art. 40 del Codice Penale: rapporto di causalità: “nessuno può esser punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l’evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l’esistenza del reato non è conseguenza della sua azione od omissione. Non impedire un evento che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo
  - Dovere di attivarsi per impedire un evento: deve avere carattere giuridico, cioè derivare da legge, regolamento, contratto professionale, consuetudine. Peraltro, non è punibile chi non impedisce un evento venendo meno od un obbligo etico/morale. Quindi, nell’omissione sono importanti:
    - Non aver impedito l’evento
    - Aver avuto l’obbligo giuridico di impedirlo

- Conseguenza: perché quel determinato fatto, previsto dalla legge come reato, sia punito, occorre dimostrare che esso è stato effettivamente prodotto, cioè causato, dalla condotta (azione od omissione) del soggetto imputato. Conseguenze dirette ed indirette, immediata, mediata e tardiva, si equivalgono.
- Principio della “conditio sine qua non”: di fronte alla molteplicità delle cause ed alla molteplicità dei fattori eziologici delle malattie, il Magistrato centra generalmente la sua attenzione su un fattore unico e specifico, di interesse e valore giuridici (ossia la condotta illecita), senza il quale, probabilmente, l’evento in questione non si sarebbe verificato
- Criterio comparativo: ai fini dell’attribuzione delle responsabilità, è decisiva la prova che nello specifico caso la condotta umana in questione, confrontata con tutti gli altri antecedenti, che abbiano avuto un ruolo causale nella produzione del danno, li sovrasta al punto da far ritenere quell’evento come sua propria conseguenza
- Comma 2: stabilisce l’equivalenza tra azione ed omissione e l’obbligo giuridico di impedire l’evento (vedi sopra)
- Art. 41 del CP: concorso di cause: “il concorso di cause preesistenti o simultanee o sopravvenute, anche se indipendenti dall’azione od omissione del colpevole, non esclude il rapporto di causalità fra l’azione od omissione e l’evento. Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l’evento. In tal caso, se l’azione od omissione precedentemente commessa costituisce per sé un reato, si applica la pena per questo stabilita. Le disposizioni precedenti si applicano anche quando la causa preesistente o simultanea o sopravvenuta consiste nel fatto illecito altrui”.
  - Concausa: uno degli antecedenti causali, pur esso di rilevanza medica e giuridica, che concorre con gli altri alla produzione dell’evento finale di danno, sicché senza di esso l’evento dannoso non si sarebbe verificato nonostante l’attualità degli altri fattori produttivi. Pertanto, la concausa, pur se necessaria, non è da sé sufficiente e determinante a produrre l’evento dannoso (o pericoloso) in questione. In tal senso, gli eventi concausali sono di gran lunga più frequenti di quelli causali (cioè con una sola causa) ed andrebbero considerati come diversi attori di una “rappresentazione teatrale”, a ciascuno dei quali compete una parte, più o meno importante, a cui il Magistrato dovrà fornire, sulla base delle valutazioni ML, la giusta rilevanza giuridica.
  - Compito del ML: è quello di precisare il ruolo delle concause, cioè di stabilire, con la massima accuratezza e seguendo criteri scientificamente corretti, il peso specifico che quel determinato antecedente assume nei riguardi della produzione dell’evento finale di danno; ne consegue, inoltre, la necessità del confronto fra quello stesso antecedente ed altri, che pure abbiano avuto un certo ruolo nel determinismo dell’evento considerato. In definitiva, l’art. 41 c.p. dispone espressamente che il rapporto di causalità non è escluso, ove alla produzione dell’evento dannoso o pericoloso abbiano contribuito, oltre all’antecedente giuridicamente rilevante considerato, anche altre eventuali concause preesistenti, simultanee o sopravvenute, pur se indipendenti dall’azione od omissione del colpevole
  - Rilevanza penale: il soggetto imputato, dunque, sarà colpevole e risponderà non solo del rapporto causa/effetto determinato dalla sua condotta, ma anche di tutte le conseguenze determinate da altre cause (concause). Infatti, il rapporto causa/effetto non presuppone la parità delle cause o la predominanza di una sulle altre, ma la partecipazione delle diverse cause alla produzione dell’evento

### **Concause preesistenti**

Un esempio può essere quello di un soggetto portatore di aneurisma aortico, che muore a causa di un'emorragia da rottura dell'aneurisma stesso prodottasi per trauma contusivo toracico (pugno, impatto del torace contro il volante dell'auto), sebbene di modesta efficienza lesiva.

In tal caso, l'aneurisma aortico, nei riguardi dell'evento mortale finale, va considerato non solo come antecedente condizionale, cioè come semplice predisposizione, ma come vera e propria concausa preesistente di lesione, poiché concorre in modo efficiente con il trauma toracico nel determinismo dell'exitus.

Difatti, se la persona non avesse avuto l'aneurisma, probabilmente non sarebbe morto a causa del trauma subito. Pertanto, poiché le concause non escludono comunque il nesso causale- qualsiasi sia stata l'intensità dell'insulto lesivo inferto- il colpevole risponderà di omicidio, ma a titolo diverso a seconda delle diverse risultanze dell'analisi del rapporto di causalità psichica (omicidio doloso, colposo o preterintenzionale).

In sostanza, al ML tocca il compito di distinguere quando determinati antecedenti, che fanno parte dello stato anteriore del danneggiato ed il più delle volte sconosciuti prima di una specifica indagine, assumono il significato di semplici antecedenti condizionali e quando quello di concause preesistenti nella produzione del danno (si ricordi che questo è fondamentale proprio nelle vertenze ML in ambito medico, data l'ovvia tipologia di soggetti: quanto una determinata azione od omissione ha effettivamente influito sull'evoluzione del caso in questione? Ndr).

Altro esempio tipico è quello di un calcio (o di altro evento lesivo) sferrato ai quadranti inferiori di una donna gravida e che produca un aborto: posta, ovviamente, la gravidanza come "conditio sine qua non" dell'evento, il significato del calcio sarà ben diverso, rispetto a quello sferrato ad una donna la cui gravidanza proceda fisiologicamente, in una donna la cui gravidanza sia patologica, complicata, dunque, ad esempio, da distacco di placenta (in tal caso la gravidanza, da semplice fattore condizionale, viene ad assumere significato concausale) o aborto in atto (caso estremo in cui sarà la gravidanza stessa ad assumere significato causale ed il calcio sarà solo "rivelatore" di un aborto già in atto).

Comunque, le concause preesistenti possono essere distinte in:

- Anatomiche: decorso anomalo di vasi, situsvisceruminversus, esistenza di organi ectopici etc.
- Fisiologiche: gravidanza, fragilità ossea costituzionale o senile (osteoporosi), distensione gastrica post-prandiale, distensione vescicale: questi ultimi sono fattori che possono concorrere a fratture ossee o rottura di viscere
- Patologiche: aneurisma aortico, DM, echinococcosi epatica (piccolo trauma > rottura cisti > shock allergico > exitus: dunque, in simili casi, da un lato la lesione precedente ha un rilevante significato concausale, dall'altro il colpevole dovrà comunque rispondere dell'evento mortale), neoplasie, emofilie, esiti di lesioni pregresse

### **Concause simultanee**

Ad esempio, è il caso di una ferita inferta con uno strumento contaminato, come la lama sporca di un pugnale, per cui, oltre alla ferita da taglio o da punta e taglio causata dal pugnale, il colpevole risponderà del quadro infettivo causato dagli agenti microbici introdotti nell'organismo dalla lama e dei suoi esiti eventuali. Ciò è vero anche per danni iatrogeni, causati non solo dall'erroneità di un atto medico, ma anche, ad esempio, dalla mancata asepsi di strumenti o ambienti (ndr).

### **Concause sopravvenute**

È il caso, ad esempio, di una persona ferita in modo non grave che muore per una successiva complicanza settica della ferita stessa, per un inadeguato trattamento da parte dei medici o per una scarsa cura da parte dello stesso ferito. Il feritore, dunque, sarà chiamato a rispondere della morte, sia pure a titolo diverso da quello di omicidio doloso (ad esempio, di omicidio preterintenzionale).

In talune circostanze, peraltro, le concause sopravvenute interrompono certamente il rapporto di causalità; tuttavia, l'art. 41 del c.p. è molto rigoroso a riguardo, stabilendo che esse escludono il nesso di causalità

“solo quando sono state da sé sole sufficienti a determinare l’effetto”. Si dovrebbe, pertanto, in questi casi, parlare di “cause”, piuttosto che di “concause”.

In conclusione, ai fini dell’interruzione del rapporto di causalità le concause sopravvenute debbono possedere i seguenti attributi:

- Eccezionalità e, dunque, imprevedibilità
- Atipicità: deve esser intervenuto un quid novi rispetto alla condotta considerata od alla normale evoluzione di un certo quadro morboso
- Indipendenza dal fatto del colpevole: tuttavia, si ricorda che “nel caso di lesioni personali seguite da decesso della vittima dell’azione delittuosa, l’eventuale negligenza od imperizia dei medici non elide il nesso di causalità tra la condotta lesiva dell’agente e l’evento morte. La colpa dei medici, infatti, anche se grave, non può ritenersi causa autonoma ed indipendente rispetto al comportamento dell’agente che, provocando il fatto lesivo, ha reso necessario l’intervento dei sanitari”
- Capacità di essere da sole sufficienti a provocare l’evento: sono casi alquanto rari, come quelli in cui una persona ferita sia vittima di un incidente stradale mortale o di un crollo nella degenza ospedaliera o domiciliare. La causa sopravvenuta, inoltre, può consistere anche in un fatto doloso o gravemente colposo della stessa vittima, che pone in essere un comportamento lesivo sulla propria persona (ad esempio, una persona con grave lesioni, specie dopo violenze od abusi, a seguito di sovrvenuti episodi depressivi, si suicida: tuttavia, andrà valutato il RC tra eventi traumatici e stato depressivo)

### **Occasione**

È una circostanza favorevole, ma sostituibile con altre simili ed incapace di produrre effetti: sono questi i casi di un aneurisma addominale rotto a seguito di un banale trauma addominale (caso in cui, tuttavia, va prestata attenzione alla sequenza temporale, in quante nei primi giorni successivi al trauma, il sangue emorragico può formare una sorta di tappo attorno al vaso emorragico, bloccando per qualche giorno l’emorragia stessa e la sintomatologia) o di una complicanza embolica instauratosi su di una tromboflebite della gamba a seguito di una banale contusione della gamba stessa.

In sostanza, in questi casi, il trauma agirebbe, piuttosto che come agente causale o concausale, quale “goccia che fa traboccare il vaso”.

Si deve, in ogni modo, distinguere l’occasione, intesa dunque come una varietà o come ultimo degli antecedenti causali, riconoscendole pertanto una, sia pur minima, efficienza causale, dal cosiddetto momento rivelatore (o sciogliente), assolutamente privo di qualsiasi effetto causale (“ciò che rivela non causa”).

Quindi, l’occasione va intesa come momento liberatore (piuttosto che rivelatore), caratterizzato dall’essere:

- L’ultimo degli antecedenti causali
- Teoricamente sostituibile
- Generico
- Sprovvisto di capacità lesiva rispetto all’uomo sano e normale
- Equiparabile quantitativamente agli atti ordinari fisiologici e vegetativi (tossire, starnutire, defecare, coire, etc.)
- Esiguo rispetto alla gravità dell’effetto dannoso

### **Criteri da seguire nella valutazione del RC**

- Cronologico: in ML, si ricorda, non vale il principio “post hoc, ergo propter hoc”. In altre parole, il fatto che un certo danno si sia obiettato dopo un certo evento lesivo iniziale, non significa che sia stato proprio questo a causarlo: occorre dimostrarlo. Inoltre, per tale dimostrazione, tra l’evento iniziale e quello finale dovrebbe esser trascorso un lasso di tempo (pur se estremamente variabile, dall’immediatezza di una lesione traumatica al lungo lasso di tempo intercorso tra esposizione

lavorativa all'asbesto e mesotelioma pleurico, ndr) sufficiente e compatibile ai fini dell'ammissione del nesso causale

- Qualitativo: la qualità dell'antecedente lesivo iniziale deve essere compatibile con la qualità dell'evento prodotto (ad esempio, un certo veleno causerà dei determinati, e qualitativamente definiti, effetti avversi). Dunque, occorre aver considerazione di disturbi accusati, segni clinici obiettivabili, rapporto reciproco e rapporto con l'antecedente di volta in volta discussione
- Quantitativo: la quantità dell'azione lesiva iniziale deve esser compatibile con la quantità o la gravità dell'effetto prodotto, tenendo conto in ogni caso della variabilità dello stato anteriore (ad esempio, allergia ad un farmaco o emofilia)
- Modale: vi deve esser corrispondenza tra sede di applicazione di un trauma (od anche via di somministrazione di un farmaco) e modalità di comparsa di certi disturbi e di evoluzione sino al concludersi del danno. Si parla, talvolta, anche di criterio topografico, sebbene non sempre esista una corrispondenza tra sede della lesione iniziale e sede del danno (lesioni da contraccolpo, embolie post-traumatiche, etc.)
- Della continuità fenomenologica: vi deve essere un continuum di sintomi e segni (sintomi a ponte) tra lesione iniziale e danno conclusivo, sebbene sia nota l'esistenza di sindromi con intervallo libero (ematoma extradurale post-traumatico, mesotelioma) e di sindromi con manifestazioni cliniche a più tempi
- Di esclusione: va esclusa l'importanza di altri fattori causali, diversi da quelli considerati, nel determinismo dell'evento dannoso in esame

#### **Criteri scientifici**

- Probabilistico: stabilisce la frequenza con cui determinati antecedenti provocano determinati eventi
- Della sussunzione: in virtù dell'esistenza di leggi scientifiche, un determinato antecedente viene considerato causale per un dato evento

#### **Valutazione finale del nesso causale**

- Il nesso causale esiste con assoluta certezza
- Il nesso causale è altamente probabile
- Il nesso causale non esiste
- Il nesso causale non è dimostrabile

## Par. II: Diagnosi di morte e denuncia delle cause di morte

### Caratteristiche generali di diagnosi di morte

La morte può esser definita come la privazione di tutte le proprietà biologiche dell'essere vivente. Eccezion fatta per casi di devastazione della persona (decapitazione, maciullamento, disintegrazione), essa si verifica in modo graduale, definendosi, in questi casi, e quindi nella stragrande maggioranza delle volte, come un processo.

Tale processo, infatti, inizia con la cessazione delle 3 funzioni che costituiscono il tripode di Bichat: cardiocircolatoria, respiratoria e nervosa ("morte clinica", "morte reale" o "morte legale"). Esso procede, poi, con le trasformazioni ed il degrado del cadavere e termina con la distruzione completa, ovvero con la dissoluzione di ogni cellula dell'organismo ("morte biologica" propriamente detta o "morte assoluta"). Comunque, di primaria importanza ML è il decesso, inteso come la fine e la dissoluzione irreversibile dell'individuo come unità organizzata: la persona fisica, in questo momento, diviene cadavere e perde la sua capacità giuridica.

Il momento centrale, e più importanti ai fini della diagnosi di morte, risulta, pertanto, costituito dal rilievo della cessazione globale e definitiva, e perciò irreversibile ed inemendabile, di tutte le funzioni dell'encefalo: difatti, in presenza di segni certi della cessazione delle funzioni non solo della corteccia cerebrale e degli emisferi, ma anche, e soprattutto, del tronco cerebrale (e quindi del cervello in toto), la stessa prosecuzione della vita vegetativa risulterà impossibile.

Solo in questa circostanza, il paziente si giudicherà clinicamente morto: in tale circostanza, peraltro, risulta del tutto inutile continuare a ventilare o a sostenere il circolo od a prestare assistenza ad un cadavere (a meno che non esistano specifiche esigenze in materia di espianto e di trapianto, al fine di preservare la vitalità di determinati organi). Si ricorda, inoltre, che in presenza di una lesione esclusiva del tronco cerebrale non può porsi la diagnosi di morte, la quale necessita della cessazione irreversibile della funzione corticale, oltre che troncoencefalica.

Inoltre, essendo la morte un fenomeno unitario, risulta erroneo parlare di morte cardiaca, respiratoria o cerebrale, risultando più corretto parlare di criteri cardiologici, respiratori o neurologici.

In ogni caso, infine, anche la morte per arresto cardiaco s'intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

### Diagnosi di morte per arresto cardiaco

- Legge 2 dicembre 1975/644: "in caso di cessazione del battito cardiaco, l'accertamento della morte deve essere effettuato, salvo i casi di morte cerebrale, mediante il rilievo continuo all'ECG protratto per non meno di 20' " > tracciato piatto per non meno di 20'

### Diagnosi di morte cerebrale

Ai fini della diagnosi di morte è necessaria la prova della perdita di tutte le funzioni dell'encefalo, tra cui è soprattutto dimostrativa, sebbene non da solo sufficiente, la cessazione irreversibile delle funzioni del tronco encefalico. Tale struttura, infatti, svolge un ruolo essenziale per il funzionamento della corteccia, e quindi per il mantenimento dello stato di coscienza e per la stessa elettrogenesi corticale; tra le strutture troncoencefaliche, la più importante risulta la sostanza reticolare attivante (SRA), funzionale proprio ad attivazione, mantenimento e ripristino dello stato di vigilanza:

- Funzioni essenziali del tronco: considerando tali funzioni, risulta chiaro come la cessazione irreversibile e globale dell'attività troncoencefalica risulta nella morte del cervello in toto (tuttavia, è bene tener presente come questa sia un'affermazione prognostica: difatti, per un corretto giudizio diagnostico occorre l'avvenuta cessazione delle funzioni, oltre che troncoencefaliche, encefaliche)
  - Mantenimento del respiro e del battito cardiaco (centri bulbari cardio-respiratori)

- Mantenimento del flusso ematico cerebrale
- Funzionamento dei nervi cranici
- Funzione motoria
- Funzione sensoriale
- Funzione di integrazione delle varie attività cerebrali
- Condizioni di morte cerebrale
  - Stato di incoscienza
  - Assenza di
    - Riflesso corneale
    - Riflesso fotomotore
    - Riflesso oculo-cefalico ed oculo-vestibolare
    - Reazioni a stimoli dolorosi nel territorio del trigemino
    - Riflesso carenale
    - Respirazione spontanea (dopo sospensione di quella artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata di 60 mmHg con  $\text{pH} < 7,4$ )
  - Silenzio elettrico cerebrale documentato da EEG
- Ulteriori indagini volte accertare l'assenza di flusso ematico cerebrale in:
  - Bambini di età inferiore ad un anno
  - Presenza di fattori concomitanti (farmaci depressori del SNC, ipotermia, alterazioni endocrino-metaboliche, ipotensione sistemica) in grado di interferire sul quadro clinico complessivo
  - Situazioni che non consentano una diagnosi eziopatogenetica certa o che impediscano l'esecuzione dei riflessi del tronco o dell'EEG
- Ulteriori precisazioni riguardo:
  - Riflesso spinali, spontanei o provocati: non hanno rilevanza ai fini dell'accertamento della morte, essendo la loro integrità compatibile con la condizione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche (sono infatti midollari)
  - Ulteriori prove strumentali (solitamente non necessarie)
- EEG: anche se silente per oltre 24 ore, non dà l'assoluta certezza della cessazione irreversibile delle funzioni encefaliche. Peraltro, occorre distinguere il cosiddetto "silenzio elettrico assoluto" dal "tracciato piatto", definizione quest'ultima non accettata dalla Federazione Internazionale di Elettroencefalografia", che proprio al fine di evitare equivoci, ha sostituito questo termine con quello di "basso voltaggio" (attività elettrica  $< 20 \text{ mV}$ ). Infatti, ai fini di una corretta diagnosi di morte cerebrale, deve prendersi in considerazione il solo silenzio elettrico assoluto, ossia un tracciato che non contenga potenziali elettrici (spontanei o provocati) al di sopra di 2 mV, registrati per una durata continuativa di 30 minuti da qualsiasi regione della teca cranica
- Neonato anencefalico: è anch'egli persona vivente e dotato di capacità giuridica; infatti, pur se privo di emisferi, è fornito, oltre che del midollo spinale, di alcune strutture diencefaliche, e soprattutto del tronco encefalico, che gli consentono una serie di funzioni vegetative, come la respirazione e la deglutizione. Di conseguenza, solo allorché anche queste attività saranno cessate, si dovrà considerare il neonato "cadavere"

### **Altre considerazioni**

- Collegio medico per accertamento della morte: nominato dalla Direzione Sanitaria e composto da un ML (o in sua mancanza da un medico della DS o da un anatomo-patologo), da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un neurofisiopatologo (o in sua mancanza da un neurologo o neurochirurgo esperto in EEG)
- Periodo di osservazione



- Durata
  - 6 ore per adulti e bambini di età > 5 anni
  - 12 ore per bambini di 1-5 anni
  - 24 ore per bambini < 1 anno
  - NB: in caso di danno anossico cerebrale, il periodo di osservazione non può iniziare prima di 24 ore dall'insulto anossico
- Rilevazione: 3 volte: all'inizio, a metà ed alla fine del periodo di osservazione
- Regolamento della Polizia Mortuaria atto ad evitare l'inumazione di persone in stato di "morte apparente" (allorquando non esistano adeguati mezzi e strutture per una corretta diagnosi di morte): prevede che venga rispettato un più lungo periodo di osservazione, esteso fino alla comparsa di fenomeni tanatologici certi.
  - Nessun cadavere, infatti, deve essere chiuso in cassa, sottoposto ad autopsia od a trattamenti conservativi, a conservazioni in celle frigorifere, né inumato, tumulato, cremato od imbalsamato, prima di 24 ore dal momento del decesso e di 48 ore nei casi di morte improvvisa o di sospetto di morte apparente
  - Si fa eccezione per i casi di decapitazione o maciullamento e per quelli in cui il medico necroscopo abbia accertato la morte mediante l'ausilio EEG
  - In caso di morte per malattie infettive o diffusibili, di iniziale putrefazione o di ragioni speciali, il Sindaco, su proposta del coordinatore sanitario dell'Asl, può ridurre la durata dell'osservazione a meno di 24 ore
- Visita del medico necroscopo: deve essere effettuata non prima di 15 ore dal decesso, salvo casi particolari (decapitazione, maciullamento, etc.), nonché quelli sottoposti ad accertamento precoce della morte (soggetti sottoposti a manovre rianimatorie, a fini di espianto di organi per trapianto terapeutico), e non dopo le 30 ore.
  - NB: l'accertamento della morte eseguito dall'apposito Collegio medico secondo le modalità prima indicate esclude ogni ulteriore accertamento da parte del medico necroscopo e l'obbligo della certificazione della morte (denuncia delle cause) compete (in qualità di medico necroscopo) al componente ML, o di chi è stato designato a sostituirlo, del suddetto Collegio
- Certificato di morte:
  - Tipi
    - Certificato di constatazione del decesso: può essere chiesto a qualsiasi medico che abbia prestato assistenza al morente o che sia intervenuto a decesso appena verificatosi. È un'attestazione scritta, nella quale il medico dà atto dell'avvenuto decesso e, ove siano riconoscibili, delle cause immediate del suo verificarsi e delle eventuali terapie attuate
    - Denuncia delle cause di morte: è obbligatorio solo per chi realmente conosce la concatenazione causale degli eventi, che hanno condotto all'exitus il paziente. Tale obbligo vale in genere per il medico curante o per il medico necroscopo
  - Note
    - In caso di segni certi o sospetti di morte violenta, il medico avrà anche l'obbligo di stilare il referto e di mettere quindi la salma a disposizione dell'Autorità giudiziaria (AG)
    - In caso di riscontro di parti di cadavere o di resti mortali o di ossa umane, chi ne fa la scoperta deve immediatamente informare il Sindaco (S), il quale dà comunicazione all'AG, a quella di Pubblica Sicurezza (PS) ed all'Asl competente. Quest'ultima incarica dell'esame del materiale rinvenuto il medico necroscopo e

comunica i risultati degli accertamenti eseguiti al S ed alla stessa AG, che rilascia il nulla osta per la sepoltura

- Autorizzazione alla sepoltura del cadavere: ad eccezione dei summenzionati casi di riscontro di resti mortali, l'unica certificazione con valore giuridico ai fini del rilascio dall'Ufficio di Stato civile (o dall'AG) è il certificato del medico necroscopo, ovvero la denuncia delle cause di morte. Solo quando queste risulteranno accertate, il cadavere potrà esser sepolto (o cremato)
- Denuncia sanitaria delle cause di morte: è una denuncia obbligatoria da inviare entro le 24 su apposita scheda di morte, dall'accertamento del decesso; con essa il medico precisa, avendone piena coscienza, quali siano state le cause iniziali, intermedie e tardive, di morte dell'assistito. L'obbligo della denuncia della causa di morte vale anche per i medici incaricati di eseguire autopsia giudiziaria o di effettuare un riscontro diagnostico. Le schede-denuncia di causa di morte hanno valore statistico-sanitario ed epidemiologico.

### **Par. III: Esame del cadavere e sopralluogo giudiziario**

#### **Riscontro diagnostico ed autopsia giudiziaria**

- Autopsia: è ordinata dal Magistrato, se ritenuta necessaria per l'identificazione del cadavere o per stabilire causa, mezzi, epoca e modalità della morte ai fini del giudizio o della responsabilità. Solitamente richiesta ed eseguita in sede penale, può esser chiesta anche in ambito civilistico od ai fini della risoluzione di quesiti di ordine previdenziale. Altre caratteristiche sono che:
  - È considerata un accertamento tecnico non ripetibile: risulta, dunque, fondamentale l'attività del PM e del suo consulente, che dovrà saper orientare il Magistrato sull'opportunità, ovvero sulla necessità, di promuoverla ad "incidente probatorio"; quindi:
    - Nei casi in cui non si procede con incidente probatorio: il verbale autoptico costituirà uno degli atti delle indagini preliminari, disposti ed effettuati sotto il controllo del PM
    - Se si procede con incidente probatorio: la relazione peritale assume valore di prova e, come tale, potrà esser utilizzata dalle parti in dibattimento
  - Verbale di autopsia: consta di 3 parti:
    - I: si descrivono esattamente i dati anatomo-patologici raccolti nell'esame delle parti esterne ed interne e si espongono dettagliatamente i reperti notati
    - II: si formula la diagnosi anatomo-patologica delle alterazioni riscontrate
    - III: si precisa e si motiva la diagnosi ML sulla causa, i mezzi, le modalità e l'epoca della morte
  - Quando effettuare l'autopsia: tutte le volte che il Magistrato lo richieda; difatti "l'autopsia non è una perizia, ma un atto preprocessuale di polizia giudiziaria, che può costituire il presupposto per l'esercizio dell'azione penale da parte del PM". Comunque, l'autopsia dovrebbe esser effettuata in tutti i casi di morte non naturale, certa o sospetta, anche se sia trascorso un certo tempo fra evento ritenuto responsabile sotto il profilo causale ed il decesso. In particolare, essa va effettuata in caso di:
    - Omicidio certo o sospetto
    - Suicidio
    - Morte improvvisa (compre la SIDS: suddeninfantdeathsyndrome)
    - Sospetta violenza dei diritti umani (tortura, maltrattamento)
    - Morte iatrogena o malattia professionale
    - Incidenti stradali o sul lavoro
    - Incidenti domestici

- Catastrofi naturali
- Morte in condizione di detenzione carceraria o in rapporto ad azioni di polizia
- Cadaveri non identificati o resti scheletrici
- Riscontro diagnostico: esame sistematico del cadavere eseguito, su disposizione dell'Autorità sanitaria, per finalità meramente cliniche, quando si tratta di accertare la causa della morte nel caso di cadavere di persone decedute senza assistenza medica, trasportati in un ospedale od in un obitorio o in un deposito di osservazione o nel caso di cadaveri di persone decedute in ospedali, cliniche universitarie o private, tutte le volte che lo dispongano i rispettivi direttori sanitari, primari o medici curanti per il controllo della diagnosi o per il chiarimento di quesiti medico-scientifici.
  - Può anche esser chiesto dal medico di famiglia (ed in questo caso a disporlo sarà il coordinatore sanitario dell'Asl di competenza) quando si tratta di persone decedute a domicilio a causa di una malattia infettiva o diffusiva o sospetta di esserlo, per la precisazione della diagnosi
  - Il medico anatomo-patologi, che nel corso del riscontro diagnostico abbia il sospetto che la morte sia da riferire ad una causa violenta (dolosa o colposa) deve sospendere l'indagine e presentare il referto, mettendo la salma a disposizione dell'Autorità giudiziaria

### Esame del cadavere

- Esame esterno
  - Principali finalità dell'indagine:
    - Accertare l'identità del cadavere
    - Stabilire l'epoca della morte
    - Precisare la causa del decesso e quindi:
      - Descrivere i segni esteriori di lesività ed i vari reperti tanatologici, senza modificare lo stato fisico del cadavere
      - Obiettivare eventuali reperti morbosi in atto all'epoca del decesso, ovvero consolidati (esiti di malattie pregresse)
  - Cosa valutare
    - Dati generali: statura, peso, sesso, età apparente, forma del cranio, colore dei capelli, carattere dei peli, presenza di nei, cicatrici o deformazioni ossee
    - Dati specifici: lesioni, antiche o recenti, materiali estranei presenti sul corpo (macchi di sangue, etc.)
  - Cosa fare: occorre considerare se i dati raccolti siano da sé sufficienti ad identificare il cadavere ed a stabilire con certezza la causa della morte e l'epoca alla quale essa risale. In caso contrario si chiederà al Magistrato l'autorizzazione ad effettuare l'autopsia giudiziaria. Casi specifici sono:
    - Casi di legatura (come cappi intorno al collo): prender nota della posizione del nodo, tagliare il laccio con le forbici a debita distanza dal nodo stesso e conservarlo opportunamente
    - Casi di ferite d'arma da fuoco od a punta: far coincidere i fori del vestiario con quelli del corpo, al fine di stabilire la direzione con la quale son stati inferiti i colpi
    - Presenza di liquidi ai vari orifizi del corpo: il materiale schiumoso eventualmente presente a livello della bocca o del naso va raccolto con un tampone oppure con una pipetta e quindi esaminato in laboratorio, specie nei casi di sospetta morte da avvelenamento
    - Sospetta morte per aggressione sessuale: valutare correttamente lo stato degli organi genitali (con eventuali tampone vaginale ed utilizzo di pipetta)

- Casi di sospetta morte per soffocamento: importante è l'esame di bocca e labbra; potranno, infatti, in questi casi, notarsi lacerazioni delle labbra e lesioni da impronta, causate dalla pressione dei denti sulla mucosa, espressione della forza lesiva
  - Casi di sospetta morte asfittica: si osservano frequentemente petecchie emorragiche on sede retroauricolare, sottocongintivale etc.
  - Casi di arma da taglio: possibili lesioni da difesa, specie al palmo delle mani
  - Casi di suicidio: lesioni di continuità sul polso, caratterizzate da parallelismo ed in genere dal loro notevole numero, espressione dei ripetuti tentativi prima della recisione fatale dei tronchi arteriosi
- Esame degli organi interni: le finalità dell'indagine settoria in ambito MI sono quelle di metter in evidenza tutti i reperti anomo-patologici (AP), macro- e microscopici, utili ai fini dell'identificazione personale, dell'accertamento dell'epoca della morte e della causa mortis; la salma va poi ricomposta in modo soddisfacente così da esser restituita alla pietà dei coniugi
    - Metodo: solitamente si procede aprendo dapprima la cavità cranica, poi la cavità toracica, quindi collo, cavità addominale, bacino ed arti.
    - Altre considerazioni
      - Occorre, inoltre, esser pronti a raccogliere campioni di vari liquidi corporei, quali sangue, urina, contenuto GI, liquido cerebro-spinale, bile, frammenti di organi e tessuti
      - Prima di tagliare o ripulire in acqua un organo, occorre farne una preliminare accurata ispezione
      - Il sangue necessario per l'eventuale determinazione dell'alcool o di qualsiasi altra sostanza ad azione stupefacente, di cui si sospetti la presenza in circolo, va prelevato preferibilmente dalla vena ascellare o da quella femorale piuttosto che dal cuore. Difatti, in caso di prelievo dal cuore, il sangue cardiaco tende ad essere mescolato con quello proveniente dal viscere epatico (tramite la vena cava inferiore) e ciò può alterare i valori alcolemici
      - Ogni organo estratto dalla sua cavità va studiato nei suoi aspetti topografici e fisici, precisando, dunque, forma, volume, diametri, peso, colorito, aspetto della superficie, degli involucri e dei margini, consistenza etc.

### **Morte improvvisa od inattesa**

La morte improvvisa è la morte naturale, istantanea o rapida e, soprattutto, inattesa di una persona apparentemente in salute. In questi termini, la morte improvvisa è quella sopravvenuta contro ogni aspettativa del medico, riferita, per definizione, ad un evento naturale, anche se poi le cause dell'exitus si scoprono generalmente solo all'indagine settoria:

- Patologie più frequentemente causa di morte improvvisa:
  - Cardiache: ischemia o infarto miocardico acuto
  - Respiratorie: pneumotorace, emorragia polmonare
  - SNC: embolia cerebrale, emorragia cerebro-meningea
  - GI: necrosi acuta pancreatica, emorragia gastrica
  - Endocrine: emorragia surrenaliche, morbo di Addison
  - Immunitarie: miocardite virale, panarterite nodosa, leucoencefalite emorragica
- Morti improvvise da inibizione funzionale: sono casi in cui l'exitus si verifica in modo inatteso e rapido, per l'innescò di abnormi riflessi a partenza viscerale, dovuti ad un'eccessiva stimolazione vagale (ad esempio, riflessi vagali cardioinibitori e vasodepressivi a seguito di manovre di strangolamento, strozzamento o sul seno carotideo) od anche ad uno stimolo emotivo intenso (spavento, collera)

- Risultati dell'indagine settoria
  - Casi nei quali l'esame settorio consente di rilevare con precisione la causa mortis (ad esempio, rottura dell'aorta, emorragia polmonare, IMA, etc.)
  - Casi nei quali l'esame settorio dimostra reperti significativi, ma che necessitano di una spiegazione del meccanismo causale della morte (ad esempio, sospetto di avvelenamento), tramite ulteriori indagini (istologiche, tossicologiche, etc.), anche al fine di accertare eventuali preesistenze capaci di giustificare il decesso od eventuali responsabilità di terzi
  - Casi nei quali l'esame settorio è negativo, imponendosi, dunque, ulteriori accertamenti, ivi comprese indagini sulle circostanze di morte, per definirne la causa (morti da cause funzionali o da gravi alterazioni dell'equilibrio idro-elettrolitico o acido-base)

### **Diagnosi differenziale fra lesioni vitali e post-mortali**

Talvolta, occorre distinguere se determinate lesioni (fratture, ferite lacere, da taglio, da arma da fuoco, fratture, etc.) siano state prodotte in vita (lesioni vitali) oppure se siano state prodotte dopo la morte (lesioni post-mortali).

Le conclusioni saranno decisamente rilevanti ai fini di un corretto giudizio di responsabilità e della sanzione penale (ad esempio, ferita da arma da fuoco od investimento di un soggetto già morto):

- Segni che depongono per il carattere vitale delle lesioni:
  - Reazione flogistica a carico dei margini della ferita: con aspetti di diverso tipo in base al tempo trascorso dal momento di produzione della lesione, sino all'instaurarsi dei processi di granulazione o di cicatrizzazione
  - Infiltrazione leucocitaria in corrispondenza dei margini della ferita e perivascolare (NB: l'infiltrazione leucocitaria può verificarsi anche come lesione post-mortale nel caso in cui questa sia avvenuta ad un tempo molto ravvicinato dalla morte)
  - Infiltrazione emorragica dei margini: in tal caso, occorrerà distinguere l'infiltrazione emorragica pre-mortale dalle petecchie post-mortali dovute ad esempio a rottura dei vasi capillari (petecchie pericardiche nella fase di rigidità del cadavere); possibili sono anche infiltrazioni emorragiche post-mortali dovute ad autolisi od in zone ipostatiche o periipostatiche
  - Emostasi e formazione del reticolo di fibrina
  - Trombosi vasale con abbondante fibrina (gli pseudocoaguli post-mortali, ossia agglomerati gelatinosi e più o meno compatti, costituiti da leucociti ed emazie, sono invece espressione di lesione post-mortale)
  - Formazione di essudato (che si fa ben evidente a 48 ore dal momento di produzione della ferita)
  - Comparsa di monociti nell'essudato (a 12-15 ore dal momento di produzione della ferita)
  - Fenomeni di necrosi e degenerazione (attenzione, invece, alle lesioni autolitiche post-mortali)
  - Reazione fibroblastica del tessuto circostante la ferita e comparsa delle fibrille collagene
  - Formazione di crosta sieroso o ematica o siero-ematica

### **Giudizio conclusivo sulla causa mortis**

Ricordando che le cause iniziali, intermedie e finali della morte devono esser indicate nella scheda-denuncia delle cause di morte, si parla di:

- Morte naturale: il decesso rappresenta la naturale (e perciò prevedibile e prevista) conclusione di un processo di malattia, generalmente conosciuta dal paziente, dai familiari o dal medico curante e contemplata fra quelle previste dalla nota classificazione internazionale allestita dall'OMS (ed in Italia dall'ISTAT)

- Morte improvvisa: il decesso si verifica in modo istantaneo o rapido, inatteso od inopinato, rispetto alle condizioni cliniche preesistenti il decesso
- Morte iatrogena: è rappresentata da quei decessi nella cui genesi assumono importanza fattori legati al trattamento medico o chirurgico instaurato od a reazione dannose o tossiche o allergiche ai farmaci somministrati etc.
- Morte violenta: il decesso è causato dal comportamento violento di terzi oppure della persona su se stessa (omicidio, suicidio, accidente)

### **Luogo della morte ed indagini di sopralluogo**

Le indagini di sopralluogo sono tutte quelle che vengono effettuate sullo stesso luogo del ritrovamento del cadavere o dove si suppone sia stato commesso un delitto.

In tal senso, il sopralluogo giudiziaria può intendersi come quel complesso di attività, a carattere scientifico, che ha come fini la ricerca e l'assicurazione delle cose e delle tracce pertinenti al reato, utili per la ricostruzione della dinamica dell'evento e per l'accertamento delle circostanze in cui esso si è realizzato, anche in relazione alla verifica del modus operandi dell'autore del reato.

Di primaria importanza risulta, ovviamente, la conservazione dello stato dei luoghi di sopralluogo (attenzione ad eventuali interventi della Polizia Stradale per incidenti stradali!).

Il medico incaricato di effettuarle, come ausiliario della PG o come perito o come consulente del PM, deve rispettare 3 regole fondamentali:

- Esaminare la scena del delitto, rilevando analiticamente e con il massimo scrupolo i vari dati ambientali (ambiente chiuso od aperto, temperatura, umidità), accompagnato da:
  - Rilievo di eventuali impronte di piedi, di tracce di veicoli o di sangue o di altri liquidi biologici (feci, sperma, meconio, latte, etc.)
  - Rinvenimento di peli, capelli etc. o di oggetti di particolare significato criminologico (armi da fuoco o da taglio)
  - Rilievo di eventuali segni di colluttazione
  - Ubicazione della vittima in rapporto al luogo, atteggiamento dei vari segmenti corporei e stato dei vestiti
  - Descrizione della postura del cadavere, dei dati AP utili ai fini della definizione dell'epoca della morte (temperatura, rigidità, ipostasi, putrefazione, etc.) e dei segni di eventuali lesioni
  - Rilievo di eventuali perdite ematiche, annotando sede, colore, quantità approssimativa del sangue perso, condizione di fluidità o di coagulazione
- Registrare i dati obiettivati mediante appunti, disegni, fotografie, schemi, etc.
- Non modificare la scena del delitto senza che siano state completamente effettuate le indagini preliminari necessarie e senza aver preventivamente consultato gli altri membri dell'équipe o senza aver ottenuto l'autorizzazione del Magistrato.
- NB: le principali domande sono le "7 W":
  - Whathappened?
  - When?
  - Where)
  - With what?
  - Whichmanner?
  - Who?
  - Why)

### Le tre “M” dei grandi traumatismi

- Molteplicità: le lesioni sono numerose
- Multiformità: le lesioni, essendo riconducibili a diversi meccanismi, possono essere di diverso tipo (da impatto, da taglio: ematomi, fratture, emorragie, etc. Attenzione soprattutto a casi coinvolgimento addominale: “l’addome è la morte del chirurgo”!)
- Multipolarità: le lesioni sono riscontrabili in più sedi corporee

## Par. IV: Epoca della morte e modificazioni tanatologiche del cadavere

### Introduzione

I segni della morte, considerati in rapporto al tempo, possono distinguersi in:

- **Immediati:** cessazione definitiva delle funzioni respiratoria, cardiocircolatoria e nervosa (tripode vitale di Bichat: morte clinica): sono dovuti a morte per disfunzione e possono vincersi con manovre di riviviscenza (prendere a schiaffi, versare acqua; è importante anche l’uso di una pila per stimolare il riflesso pupillare e vedere se reagisce!)
- **Consecutivi:** raffreddamento, rigidità, ipostasi, disidratazione, acidificazione
  - NB: i fenomeni immediati e consecutivi possono considerarsi abiotici
- **Trasformativi:** sia distruttivi che conservativi: putrefazione, macerazione, mummificazione, saponificazione

### Segni clinici consecutivi

- **Raffreddamento del cadavere:** subito dopo il decesso, la temperatura del corpo diminuisce sino a raggiungere l’equilibrio con quella ambientale. Tuttavia, il decremento termico non segue le comuni leggi fisiche, dato che, anche dopo la morte, si verificano processi biochimici capaci di produrre calorie. Tali processi sono più intensi nelle fasi immediatamente successive all’exitus e si riducono gradualmente col trascorrere del tempo:
  - Fasi
    - Di discesa lenta (1-4 ore): la temperatura decresce di circa 0,5°C/h
    - Di discesa rapida (4-14 ore): la temperatura decresce di 1°C/h
    - Di nuova discesa lenta (14-24 ore): la temperatura scende dapprima di 0,75, poi di 0,5 e poi di 0,25°C/h, sino a raggiungere la temperatura ambientale. A causa, inoltre, dell’evaporazione post-mortale si abbassa ulteriormente di circa 0,5-1 °C rispetto a quella esterna
    - Dell’equilibrio termico (dopo la 24° ora)
  - Condizioni estrinseche ed intrinseche che possono influenzare la curva della dispersione termica del cadavere:
    - Grado della temperatura ambientale
    - Umidità
    - Ventilazione
    - Indumenti che ricoprono il corpo
    - Quantità di adipe
    - Cause e modalità della morte
  - NB: la temperatura post-mortale va rilevata più volte con un termometro da laboratorio introdotto profondamente nel retto e confrontata con quella ambientale. Naturalmente, poi, se il corpo si trova in acqua o per terra, deve esser misurata anche la temperatura dell’acqua o del suolo.
- **Rigidità cadaverica (rigormortis):** consiste nell’irrigidimento dei muscoli volontari ed involontari, che si manifesta dopo una fase iniziale di flaccidità post-mortale.

- Evoluzione
  - 2-3 ore dopo il decesso: palpebre
  - Successivamente: muscoli mimici del volto > resto della muscolatura della testa e del collo > muscolatura del tronco, dell'addome, degli arti inferiori e dei piedi
- Note
  - Il processo, che prosegue in direzione cranio-caudale, si completa in 8-12 ore, raggiunge un massimo fra le 36-48 ore dopo la morte ed inizia a regredire man mano che l'autolisi distrugge le proteine muscolari
  - La risoluzione del rigor inizia in corrispondenza dei primi muscoli irrigiditi (quindi anche la risoluzione procede in direzione cranio-caudale)
  - Tuttavia, numerosi sono i casi in cui il processo di risoluzione della rigidità segue un decorso anomalo, in virtù della notevole variabilità di fattori intrinseci ed estrinseci (clima, umidità, costituzione dell'individuo, cause di morte, trasporto del cadavere)
  - Rigidità catalettica: il cadavere conserva lo stesso atteggiamento degli ultimi momenti di vita (ad esempio, un soldato morto durante un'operazione bellica)
- AP: la rigidità cadaverica consiste in un processo post-mortale di gelificazione dell'actomiosina, con conseguente retrazione della fibra muscolare; il muscolo, di conseguenza, rimane in stato di contrattura (per retrazione delle miofibrille), sino a che non iniziano i fenomeni putrefattivi e, più precisamente, la distruzione autolitica dei ponti gelificati di actomiosina. Entro un certo intervallo di tempo la rigidità può ancora ricostituirsi grazie al non interessamento nel processo di gelificazione di alcune fibre, ma superate le 12-14 ore la ricostituzione della rigidità dopo riduzione meccanica non è più possibile
- Ipostasi: venuta meno l'energia pressoria prodotta dalle contrazioni del cuore, il sangue si raccoglie nelle parti declivi, sotto la spinta della forza di gravità e della funzione vasale residua. Le ipostasi indicano, dunque, la posizione assunta dal corpo dopo la morte e concorrono, con altri dati, a stabilire l'epoca del decesso (potendo, talvolta, fornire utili dati circa le cause stesse di morte)
  - Ipostasi in rapporto alla posizione del corpo:
    - Cadavere in posizione supina: macchie ipostatiche su nuca, dorso e faccia posteriore degli arti
    - Cadavere in posizione prona: macchie ipostatiche sulle regioni anteriori e ventrali
    - Cadavere in decubito laterale: sull'emifianco di decubito (ad eccezione dei punti di appoggio)
    - Cadavere impiccato: sangue nelle parti distali degli arti con disposizioni tipiche a guanto od a calzino
    - NB: ipostasi antigravitarie: si formano in zone non declivi, per ostacolo al deflusso ematico verso le regioni declivi. Può costituirsi per:
      - Pseudo-circolazione post-mortale: è causata dalla rigidità dei muscoli, che può spingere il sangue nelle sedi a monte
      - Aumento putrefattivo della pressione addominale
  - Fasi temporali: in linea generale, in assenza di ipostasi, si può supporre che non siano trascorse più di 2 ore dalla morte; sempre in linea generale, le ipostasi aumentano di intensità fino alla 12° ora. Tuttavia, in alcune morti improvvise od asfittiche, a causa di una maggior fluidità del sangue, le macchie ipostatiche possono comparire prima delle 2 ore dal decesso, presentandosi anche più intense. Comunque, si distinguono:
    - Fase di migrabilità assoluta o totale (fino a 6-8 ore dal decesso): muovendo il cadavere, le ipostasi possono spostarsi completamente dalla prima sede e ricomparire nella nova diventata declive



- Fase di migrabilità parziale (8-12 ore dal decesso): muovendo il cadavere, le macchie possono ancora spostarsi, ma solo parzialmente. Quindi, accanto alle ipostasi già esistenti, si producono nuove e piccole macchie, mentre le prime si attenuano di intensità senza scomparire. Ciò vuol dire che la funzionalità vasale si sta riducendo, risultando insufficiente a produrre lo spostamento completo del fluido ematico (anche perché questo, inoltre, è divenuto più insufficiente)
- Fase di fissità relativa(12-48/72 ore): le macchie possono ancora spostarsi dalla posizione originaria, ma solo esercitando un'azione pressoria locale più o meno intensa (digitopressione). Si è, infatti, esaurita la vis a tergo e lo spostamento può esser ottenuto solo esercitando un'azione pressoria estrinseca
- Fase di fissità assoluta (oltre le 48/72 ore dal decesso): la macchia ipostatica non è più spostabile, per la diffusione dei pigmenti ematici attraverso le pareti vasali interessate dal fenomeno putrefattivo
- AP: le ipostasi sono di colorito rosso-violaceo, ma possono assumere diversi colori:
  - Rosso ciliegia: avvelenamento da CO
  - Rosso vivo: avvelenamento da CN
  - Bruno o bruno-caffè: veleni metaemoglobinizzanti
  - Verdastro: stadio colorativo della fase putrefattiva, per formazione di solfo-Hb
  - Pallido (ed ipostasi scarse): morti per sochk emorragico
- Disidratazione: anche l'evaporazione ed il conseguente disseccamento post-mortale sono più o meno rapidi ed intensi a seconda dei vari fattori estrinseci (temperatura, ventilazione, umidità) ed intrinseci (costituzione, peso, adipe sottocutaneo). Aspetti caratteristici sono:
  - Mummificazione naturale: disidratazione cadaverica rapidissima, come in caso di climi assai asciutti, caldi e ventilati
  - Aspetti particolarmente evidenti a livello oculare:
    - Tela di Winslow: velo od opacamento corneale
    - Macchie sclerali
    - Infossamento del bulbo e riduzione della tensione endoculare (segno di Louis)
- Acidificazione: è dovuta all'accumulo di acido lattico provocato dalla cessazione dei meccanismi ossido-riduttivi a livello cellulare. L'accumulo di cataboliti acidi può esser studiato a livello di:
  - Liquidi organici
  - Visceri interni
  - Umor acqueo ed umor vitreo

### Segni clinici trasformativi

- Putrefazione: allontanandosi dal momento della morte, i vari tessuti del corpo vanno incontro ad un progressivo sfacelo per l'azione di microrganismi saprofiti, che vengono a sommare i propri effetti a quelli dei fermenti autolitici
  - Regola dell'1.2.8: il grado di putrefazione di una cadavere esposto all'aria per una settimana (1) corrisponde a quello raggiunto da un annegato in due settimane (2) e da un cadavere inumato in otto (8)
  - Fattori in grado di condizionare l'evoluzione
    - Fattori estrinseci: la mancanza d'aria, l'assenza di microrganismi, le temperature basse o molto elevate, l'atmosfera secca od asciutta, l'immersione in acque fredde o l'interramento, tendono a rallentare notevolmente la degradazione del cadavere
    - Fattori intrinseci: età, causa di morte, obesità
  - Periodi della putrefazione

- Colorativo: è contrassegnato dalla comparsa della cosiddetta macchia verde putrefattiva. Le colonie di bacilli, presenti soprattutto nell'intestino crasso e nel cieco, si sviluppano, essendo notevolmente favorite dalle condizioni di anaerobiosi: tale moltiplicazione è contrassegnata dalla forte produzione sia di gasi sia di prodotti solforati (derivanti dalla scomposizione dei composti organici contenuti nei tessuti disfatti); lo zolfo, infatti, viene legato all'Hb, resa disponibili dal disfacimento degli eritrociti. A tutto ciò consegue che fra le prime manifestazioni della putrefazione (2-3 giorni dopo la morte) vi sia la formazione di una macchia verdognola, localizzata nella fossa iliaca destra.  
La fase colorativa diventa poi più evidente col passare del tempo, potendosi osservare la comparsa sotto la cute distesa della rete venosa putrefattiva (fanerizzazione del reticolo venoso superficiale)
- Gassoso (od enfisematoso):
  - Inizio
    - In estate: 3°-4° giorno
    - In inverno: entro 15-20 o più giorni dal momento del decesso
  - AP: i vari germi, raggiunto ormai l'acme del loro sviluppo, determinano un progressivo aumento della colliquazione e della produzione di gas. Il cadavere, di conseguenza, assume un aspetto gigantesco o batraciano, con faccia negroide e rigonfia, occhi che protrudono dalle orbite, lingua tumefatta che fuoriesce dall'arcata dentaria, iniziale e diffuso distacco dell'epidermide per scollamento del tessuto sottocutaneo
- Colliquativo:
  - Inizio
    - In estate: dal secondo mese
    - In inverno: dopo 4 o più mesi
  - AP: è dovuta in parte all'azione dei fermenti autolitici, in parte all'azione di germi:
    - Anaerobi: si diffondono dalla profondità del corpo verso la superficie, scollando i tessuti e sollevando bolle di sierosa e di gas putrefattivo
    - Aerobi: provenienti dall'ambiente esterno, si diffondono dalla superficie alla profondità, attecchendo facilmente sui tessuti messi a nudo dall'azione dei primi
  - Formazione di un liquame nerastro: si determina alla fine della fase colliquativa ed al suo interno si vedono guazzare indumenti, ossa, frammenti di tessuti, etc. Gradualmente, tutte le parti molli e quelle midollari sono distrutte, mentre la parte liquida viene eliminata grazie all'azione di larve della microfauna ambientale o per dispersione nell'ambiente
- Della scheletrizzazione: si completa entro 3-5 anni, ma è più precoce nei cadaveri interrati e più tardivo nei cadaveri sepolti in cassa di zinco
- Saponificazione (o adipocera): è un processo trasformativo, che si verifica in cadaveri esposti ad un'elevata umidità ambientale ed a scarsa ventilazione o che restano per molto tempo in acqua (soggetti morti per annegamento e rimasti in acqua, cadaveri sommersi o inumati in umido); è sempre preceduta da un certo grado di putrefazione
  - AP: esternamente, si presenta come una massa bianca, saponosa, di consistenza friabile o più o meno dura e compatta, untuosa, viscida, dal tipico odore di formaggio guasto o

rancido. Si forma una specie di corazza untuosa, che sembra fatta di calce o di lardo, che circonda tutto il corpo del cadavere

- Esordio: quando presente, già dopo 6 mesi dalla morte
- Mummificazione: si verifica quando il processo putrefattivo si arresta negli stadi iniziali, in quanto il cadavere (specie se di soggetto magri), posto in ambiente asciutto, assai caldo e ventilato, va incontro ad una rapida e massiva perdita di liquidi. Il corpo assume un colorito bruno, pergamenaceo, a tipo cuoio vecchio (a differenza di quello lucido, a tipo cuoio da concia, tipico della corificazione, vedi sotto)
- Corificazione: processo trasformativo tipico del 1°-2° anno di inumazione specie con casse di zinco. La cute assume un caratteristico aspetto di cuoio recente o da concia, lucente; sul fondo della cassa, inoltre, si osserva una certa quantità di liquame cadaverico
- Macerazione: è il processo trasformativo cui va incontro il feto in caso di morte in utero e di mancata o ritardata espulsione, dovuto prevalentemente ad azione di enzimi autolitici ed del liquido amniotico

### **Note sull'azione della micro- e macrofauna ambientale**

Nel periodo della putrefazione il cadavere è aggredito da numerosi parassiti animali, in particolare da insetti di diversa specie ed in successive ondate; infatti, allontanandosi dal momento della morte, variano anche le specie di insetti implicati nel disfacimento della salma.

Nella fasi più precoci (10 ore) si osservano larve di mosche di diverse specie; il successivo rinvenimento di mosche allo stadio ninfale o pupale indica che si è, in genere, a 10-14 giorni (ma d'estate anche 5-6 giorni). Dato che le ninfe o pupe si trovano nei pupari, il riscontro di pupari indica che sono trascorsi più di 10-14 giorni.

## CAP. 2: TRAUMATOLOGIA MEDICO-LEGALE

### Par. I: Caratteristiche generali

#### Introduzione

La traumatologia ML ha come campo di interesse gli effetti provocati da ogni forma di energia di tipo fisico (meccanica, elettrica, termica, radiante, vibratoria, barica) o chimico, in grado di provocare, con modalità violenta, un'alterazione anatomica e/o funzionale del corpo umano, nonché le conseguenze indotte dallo stress, allorché si verifichi una mobilitazione delle difese generali dell'organismo di fronte ad un qualsiasi genere di agente aggressivo.

Quindi, in base alla tipologia dell'agente lesivo, possono distinguersi lesioni:

- Da energia meccanica
  - Da corpi contundenti
  - Da arma bianca
  - Da grandi traumatismi
  - Da sforzo
  - Da arma da fuoco
- Da energia elettrica
  - Folgorazione
  - Fulminazione
- Da energia termica
  - Ustioni
  - Colpo di calore
  - Congelamento
  - Perfrigerazione
  - Assideramento
- Da energia radiante
  - Radiazioni ionizzanti
  - Radiazioni non ionizzanti
- Da energia vibratoria
  - Vibrazioni
  - Rumore
  - US
- Da energia barica
  - Iperbaropatie
  - Ipobaropatie
- Da stress: traumi psichici, acuti o cronici

#### Effetti generali dei traumi

Oltre agli effetti diretti e locali, vanno prese in considerazione le manifestazioni generali collegate all'insulto traumatico:

- Emorragia: gli effetti generali di un'emorragia sono legati all'entità ed alla rapidità della perdita ematica
  - Quantità della perdita
    - 1 l: shock emorragico: pallore cutaneo, astenia, sudorazione algida, ipotensione, tachicardia, contrazione della diuresi, obnubilamento del sensorio fino alla perdita di coscienza
    - 2-2,5 l: potenzialmente fatale

- 3-3,5 l: mortali indipendentemente dalla velocità della perdita
  - Topografia
    - Grossi vasi o rottura di visceri: emorragie gravi
    - Lesioni a tutto spessore della parete aortica: rapidamente mortali per rapida caduta del flusso ematico cerebrale
    - Lesioni non a tutto spessore della parete aortica: aneurismi
    - Carotidi, succlavie, arterie femorali, grossi tronchi venosi: esito rapidamente letale se il vaso è in comunicazione con l'esterno o con una cavità naturale del corpo (in caso contrario: formazione di un ematoma che rallenta l'emorragia)
- Shock traumatico: si caratterizza per una discrepanza tra volume ematico e letto vascolare o per riduzione effettiva del volume ematico o per aumento di ampiezza della rete vasale per vasodilatazione generalizzata. In ogni caso, si determina una riduzione della irrorazione dei tessuti e, quindi, un deficit dell'apporto di ossigeno oltre che una ridotta eliminazione di cataboliti
  - Patogenesi: il trauma può produrre un riflesso neurogeno vasodilatatore e/o mettere in gioco una componente emorragica con perdita di volume ematico o plasmatico. Ne consegue un'ipossia tissutale, particolarmente evidente a livello polmonare e renale
  - AP
    - A livello polmonare: polmone da shock (può condurre a morte il soggetto)
      - Rigonfiamento dei capillari alveolari con edema alveolare
      - Emorragie alveolari (per passaggio negli alveoli anche della componente emorragica)
      - Alterazioni regressive e desquamazione con deficit di secrezione di surfattante e collasso alveolare
    - A livello renale
      - Necrosi dell'epitelio tubulare e della membrana basale
      - Formazione di comunicazioni tra capillare e lume renale
      - Riassorbimento di urina ed uremia
      - Insufficienza renale
    - Attivazione dell'asse ipofisi-ipotalamo > stimolazione dei surreni > ipersecrezione di CA e glucocorticoidi:
      - A livello gastrico: erosioni ed ulcere gastriche
      - A livello adiposo: accumuli adiposi citoplasmatici per incapacità di metabolizzare l'eccesso di lipidi indotto dallo stress
      - A livello tiroideo: iperstimolazione > fluidificazione della colloide fino alla sua deplezione
- Embolie: in ogni caso, gli emboli raggiungono l'atrio destro e da qui, tramite il ventricolo destro e l'arteria polmonare, passano nel circolo polmonare, dove, in caso di coinvolgimento di più della metà del letto polmonare, risultano fatali
  - Trombotiche: sono causate dal distacco di trombi che si formano nei vasi situati nel contesto delle aree traumatizzate oppure per rallentamento della circolazione venosa favorita dall'immobilizzazione forzata
  - Gassose: sono determinate da soluzioni di continuo di vasi venosi con l'esterno, tali da consentire la penetrazione in circolo di aria, o da fenomeni disbarici
  - Adipose: sono dovute alla penetrazione nella rete venosa di goccioline di grasso provenienti da focolai di frattura o da aree di contusione interessanti il tessuto adiposo sottocutaneo; talora, sono di natura iatrogena, successive ad interventi di osteosintesi o di lipoaspirazione
- Sindromi commotive: sono caratterizzate da una temporanea perturbazione funzionale, che determina depressione sino all'arresto dell'attività fisiologica. La più nota è la commozione

cerebrale, provocata dallo scuotimento della massa encefalica all'interno della scatola cranica con perdita di coscienza transitoria di gravità variabile

- **Sindromi inibitorie:** sono rappresentate dalla comparsa di riflessi di inibizione determinati da uno stimolo meccanico esercitato, generalmente, su aree particolarmente recettive (zone riflessogene) con esito potenzialmente fatale:
  - **Sindrome del seno carotideo**
  - **Sindrome labirinto-vasomotoria** (morte a seguito di immersione in acqua fredda)
  - **Sindrome oculo-cardiaca** (dopo compressione dei bulbi oculari)
  - **Sindrome del plesso celiaco** (per traumi in sede epigastrica)

## **Par. II: Lesioni da energia meccanica**

### **Lesioni da corpi contundenti**

Si determinano per azione di corpi non dotati di caratteristiche individuali specifiche, in quanto dotati di superficie piana o curva, talora di spigoli, ma mai di margini taglienti o punti, e pur tuttavia atti a traumatizzare:

- **Tipi**
  - **Mezzi di offesa naturali:** mani, piedi, etc.
  - **Strumenti di offesa e difesa personali:** bastoni, mazze ferrate, spranghe metalliche, sassi
  - **Strumenti di lavoro:** martelli, chiavi
- **Azione:** agiscono per la loro forza di gravità o per il loro stato di moto o anche nel loro stato di quiete, come oggetti resistenti e fermi contro i quali può urtare un corpo in movimento
- **Meccanismi** (talora combinati tra loro)
  - **Compressione**
  - **Percussione trazione**
  - **Sfregamento**
  - **Suzione**
- **Effetti lesivi provocati**
  - **Irritazioni:** lesioni cutanee prodottesi quando l'azione esercitata dal mezzo lesivo non supera la resistenza specifica del tessuto interessato (generalmente la cute).
    - **Forme acute:** compressione vasale e conseguenti ischemia, edema, formazione di vescicole sierose e stimolazione dolorifica delle fibre nervose
    - **Forme croniche:** callosità, ispessimenti di tendini ed aponeurosi, borsiti, periostiti
  - **Escoriazioni:** consistono nell'asportazione o distruzione dell'epidermide ad opera di forze lesive che agiscono tangenzialmente (strisciamento), con l'ausilio di una componente di pressione (escoriazioni di primo grado). L'asportazione delle papille del derma causa un piccolo gemizio di sangue, con formazione di crosta ematica o siero-ematica (escoriazioni di secondo grado); andando in profondità, la lesione determina una perdita ematica importante (escoriazione di terzo grado)
    - **Escoriazioni figurate:** riproducono le caratteristiche del mezzo lesivo (disegno di pneumatici, frusta, etc., ma anche graffiatura ed unghiatura)
    - **Direzione del mezzo contundente:** è desumibile quando sono rilevabili alcune piccole esfoliazioni cutanee ("lembetti epidermici"), che formano con la superficie escoriata un angolo aperto verso la direzione da cui si è mosso lo strumento lesivo
    - **DD tra escoriazioni vitali e post-mortalì:** crosta ematica: quelle post-mortalì (che possono formarsi anche per urti o spostamenti del cadavere), infatti, ne sono invariabilmente prive

- Ecchimosi: sono rappresentate da uno stravasamento di sangue in seno ai tessuti, prodotto dalla rottura dei vasi sanguigni, senza lacerazione dei tessuti sovrastanti
  - Meccanismi
    - Schiacciamento: per la lacerazione della parete vasale tra i tessuti compressi
    - Trazione: per lo stiramento dei tessuti
    - Suzione (o decompressione): diminuzione della pressione esterna con conseguente sovradistensione dei vasi sanguigni e loro rottura
    - Sforzo: brusco aumento della pressione sanguigna con rottura dei vasi
  - Caratteristiche
    - Variazioni cromatiche in rapporto al tempo trascorso dalla loro produzione
    - Forma in rapporto al mezzo contundente e con le caratteristiche anatomiche del tessuto e con la quantità del sangue travasato: si determinano, inoltre, casi particolari come:
      - Ecchimosi figurate: per impronta sul torace del volante dell'automobile
      - Ecchimosi quadrangolari: colpi di martello
      - Ecchimosi allungate: frustate, colpi di karatè, bastonate
    - DD ecchimosi vitali e lesioni post-mortali: assenza in quest'ultime del reticolo di fibrina: in tal caso, il sangue, non essendo aderente ai tessuti, può essere facilmente asportato, lasciando cadere un filo d'acqua sui tessuti interessati, previa incisione degli strati superficiali
    - DD con le ipostasi:
      - Ecchimosi: indicano sempre lesioni vitali e mostrano, all'incisione, un'autentica infiltrazione, con conseguente colorazione rossastra alla superficie di taglio, non completamente asportabile con il lavaggio
      - Ipocasi: presentano superfici di taglio lavabili, biancastre, con fuoriuscita di gocce di sangue dai vasi recisi
    - Possibili anche ecchimosi viscerali
- Ferite lacere e lacero-contuse: sono soluzioni di continuo della cute, eventualmente interessanti anche le parti molli sottostanti, prodotte per azione di un corpo contundente.
  - Meccanismi
    - Ferite lacere: di trazione
    - Ferite lacero-contuse: trazione + fenomeni di compressione e strisciamento ("pestamento" e "cincischiamento" dei margini)
    - NB: sono possibili "effetti da scoppio" allorché un oggetto privo di spigolo (bastone, bottiglia) agisce con meccanismo di percussione su di una superficie corporea convessa, ricca di tessuto adiposo o connettivo lasso sottocutaneo (ad esempio, cuoio capelluto)
  - AP
    - Irregolarità dei margini
    - Scollamento della cute rispetto ai piani sottostanti
    - Margini e fondo infiltrati di sangue
    - Ponti di tessuto tra i bordi della ferita: sottili fascetti fibrosi o fini lacinie connettivali

- Forma: generalmente, non consente di risalire a quella dello strumento adoperato, in quanto dipende soprattutto dalle caratteristiche della cute e dalla modalità con cui ha agito il mezzo. Tuttavia, alcune ferite mostrano aspetti peculiari:
  - Ferite su cresta ossea (cresta tibiale, arcata sopraciliare): la cute viene lesa dall'interno all'esterno, simulando una ferita da taglio
  - Lesioni da morso di animale o di uomo: la forma della lesione corrisponde a quella delle arcate dentarie, disposte secondo due curve che si guardano con le parti concave; aspetto simile, ma dimensioni maggiori, hanno le ferite da morso di cavallo. I morsi di cane, invece, determinano la formazione di due filiere rettilinee, quasi parallele, tendenti alla convergenza
- Rottura dei visceri: sono rotture o lacerazioni di organi interni, causate dall'applicazione di energia meccanica con modalità di pressione, di trazione o di scoppio, tipicamente in caso di grandi traumatismi (investimenti, precipitazioni). Organi più frequentemente interessati sono:
  - Encefalo: possono determinarsi per meccanismi diretti od indiretti, anche in assenza di fratture ossee
  - Polmoni:
    - Azione delle coste fratturate sul parenchima
    - Trazione sul peduncolo vascolare (come in caso di precipitazione)
  - Cuore: per azione compressiva sulla gabbia toracica
  - Fegato e milza: rottura in due tempi.
    - Dapprima: ematoma sottocapsulare, che aumenta di dimensioni, determinando
    - Poi: rottura della capsula ed emoperitoneo
  - Organi cavi (stomaco, intestino, vescica): rottura se distesi eccessivamente da liquidi o gas
- Fratture ossee: l'applicazione della forza sul punto di rottura dell'osso realizza la modalità diretta; si parla, invece, di frattura indiretta allorquando la frattura si verifica per flessione, torsione, trazione di un segmento osseo (violenta contrazione muscolare con distacco osseo) o trasmissione di forza (sfondamento dell'acetabolo per urto sul ginocchio). Lo studio delle fratture ha una notevole importanza soprattutto in relazione alla possibilità di ricostruire la dinamica dell'incidente
  - Fratture del cranio: assumono particolare importanza ML e si possono determinare per urti su superfici estese (come nelle cadute) o per azioni di corpi a superficie limitata. Assumono caratteristiche morfologiche peculiari in rapporto a grado di curvatura delle ossa interessate, allo stato delle suture, al coinvolgimento di zone più resistenti (pilastri) o più deboli (interpilastri):
    - Topografia
      - Linea di sutura sagittale: punto di maggior resistenza (pilastro principale)
      - Altre linee di resistenza: pilastro fronto-etmoidale, orbito-sfenoidale, occipitale e petro-mastoideo
      - NB: se le suture sono fuse, come negli ultraquarantenni, il grado di resistenza è minore, in quanto il cranio si comporta come un'unica formazione scarsamente estensibile
    - Tipologie
      - Fratture da violenza diffusa: causate da urto tra capo e superficie estesa (suolo), sono caratterizzate da una o più linee che si dipartono



dal punto colpito ed assumono disposizione a raggiera (fratture meridianiche). Tali linee corrispondono ad i cedimenti dei tavolati ossei, dapprima di quello interno e poi dell'esterno per sgranamento o scoppio. Possono osservarsi anche rime di frattura irradiate, rappresentate da anelli o semicerchi concentrici al punto di impianto o fratture equatoriali (nelle quali il tavolo esterno è il primo a rompersi). Nel complesso, la combinazione di questi due meccanismi (ad anello ed equatoriale) produce un tipico aspetto "a mappamondo" (od "a ragnatela")

- Fratture da violenza circoscritta (o fratture a stampo): sono conseguenti ad azione di corpi contundenti di superficie relativamente contenuta (pochi cm)
  - Aspetto a scalino (o fratture a terrazzo) se causate da spigolo
  - Piccoli infossamenti
- Fratture indirette: si realizzano a distanza dal punto di applicazione della forza
  - Fratture ad anello della base cranica per caduta sul podice
  - Fratture della cavità glenoidea dell'osso temporale per urto sulla mandibola
  - Fratture indirette della base cranica per forze applicate sulla volta
- Fratture bipolari: tipiche dello schiacciamento (due forze opposte: una agisce come potenza e l'altra come resistenza)
- Fratture spontanee (per piccoli traumatismi in caso di osteoporosi, osteomielite)

### **Lesioni da arma bianca**

Per arma bianca si intende convenzionalmente qualsiasi strumento (eccetto le armi da sparo), la cui destinazione naturale è l'offesa alla persona, ossia comunque atta ad offendere, e di cui la legge vieta il porto. Si tratta, dunque, di una definizione ampia, che comprende anche l'azione di mezzi non specificamente costruiti per l'offesa, come anche alcuni utensili domestici, fili metallici, lamiere o frammenti di vetro, occasionalmente adoperati a scopo vulnerante.

Le armi bianche agiscono, quindi, attraverso meccanismi, singoli o variamente associati, di pressione e/o strisciamento: si procedono, pertanto, lesioni differenti (da punta, da taglio, da punta e taglio) a seconda che lo strumento feritore agisca mediante un'estremità acuminata (punta), il filo di una superficie tagliente (taglio) o entrambi i meccanismi (punta e taglio), come nei casi di ferite da coltelli appuntiti.

Si parla, infine, di "lesioni ad fendente", in caso di ferite da taglio prodotte da lame particolarmente pesanti, capaci di provocare, oltre la recisione dei tessuti, anche effetti di tipo contusivo e mutilante.

Quindi, si distinguono:

- Ferite da punta:
  - Mezzi appuntiti
    - Tipici: chiodi, aghi, etc.
    - Atipici: punte di bastone o di ombrella, aste di legno etc.
  - Meccanismo: agiscono con meccanismo pressorio da cuneo, sicché il mezzo, una volta vinta la resistenza della cute, divarica e dissocia i tessuti. In questo tipo di ferite, dunque, prevale la profondità sulle altre dimensioni; inoltre, l'orifizio d'entrata assume, in genere, una forma ovalare od ellittica

- Perdita di sostanza
  - Mezzi tipici: accollando i margini della ferita, non si nota perdita di sostanza
  - Mezzi atipici: può realizzarsi una minima distruzione tissutale
- Altre caratteristiche
  - Possibili fenomeni di escoriazioni (orletto ecchimotico-escoriato)
  - Orifizio di ingresso di dimensioni lievemente inferiori rispetto alla sezione dello strumento vulnerante (in relazione alla distensione ed alla successiva retrazione della cute)
  - Tipologia
    - A fondo cieco
    - Trapassanti
- Riscontro in caso di:
  - Accidente
  - Suicidio: sono tipicamente interessate sedi autoaggregabili, in particolare quella precordiale
  - Omicidio: le ferite sono generalmente molteplici (collo, torace, addome), corrispondono ad organi vitali e possono associarsi a lesioni da difesa (tipicamente alle mani)
- Ferite da taglio: sono rappresentate da soluzioni di continuo della cute e dei tessuti molli prodotte da mezzi taglienti
  - Mezzi
    - Tipici: bisturi, rasoi, lame di coltello, spade, etc.
    - Atipici (o impropri): sono quelli che, pur non essendo concepiti per l'azione tagliente, posseggono un'analogia capacità lesiva: lamiere metalliche, frammenti di vetri, etc. Tra questi vanno anche annoverati coltelli dotati di margine seghettato, seghe e motoseghe (casi in cui la velocità della forza aumenta la lesività della ferita e che si esplicano con duplice meccanismo, da pressione e da scorrimento)
  - Caratteristiche
    - Estensione in superficie
    - Regolarità e nettezza dei margini
    - Estremità acute
    - Presenza delle codette: sono prolungamenti superficiali del taglio:
      - In entrata: data la maggior pressione, il mezzo si affonda rapidamente e la codetta è breve
      - In uscita: la codetta è più lunga
    - Fondo regolare e privo di ponti di tessuti o di briglie
    - Forma lineare
  - Varietà tipiche
    - Ferite da difesa: indicative di omicidio, si producono sul palmo della mano della vittima durante i tentativi di resistenza all'aggressione e sono dovute ai tentativi di afferramento della lama per cercare di strappare l'arma all'aggressore (ferite a lembo: con margine libero fluttuante) o di proteggere le parti vitali
    - Ferite da svenamento: indicative di suicidio, si rilevano in zone autoaggregabili (polsi, pieghe dei gomiti, regioni inguinali), nelle quali i vasi decorrono in posizione relativamente superficiale e sono quindi raggiungibili dal mezzo tagliente. Sono, generalmente, multiple, ravvicinate tra loro, di profondità differente. Le più superficiali corrispondono, tipicamente, a "ferite da prova", ossia a tentativi messi in atto prima del colpo decisivo

- Ferite da scannamento o da sgozzamento: si osservano nella regione cervicale e sono inferte mediante rasoi, lame di coltello, falci e cesoie. Risultano rapidamente mortali in caso di sezione della carotide, che provoca intensa emorragia, con fuoriuscita di sangue a spruzzo e shock emorragico. Anche lesioni più lievi della carotide, per penetrazione di sangue nelle vie respiratorie, può produrre l'exitus; più raramente, la morte si verifica per embolia gassosa, da penetrazione di aria nella giugulare interna:
  - Tipologie
    - Accidentali (raramente)
    - Suicidari
      - Presenza di ferite da prova
      - Assenza di ferite da difesa
    - Omicidari
      - Ampia distribuzione delle ferite (specie in regioni difficilmente autoaggregabili)
      - Ferite da difesa
- Ferite da sventramento: prodotte da un filo di un rasoio o di una lama ricurva (sciabola), come nel karakiri, in cui si determina, a scopo suicidario, un largo squarcio della parete addominale con fuoriuscita di visceri
- Ferite da fendente: provocate da strumenti taglienti dotati di lama pesante (mannaie, etc.), agiscono con meccanismo combinato recidente e contundente e possono essere:
  - Lineari: quando il mezzo incontra perpendicolarmente il piano cutaneo
  - A lembo: quando il mezzo vulnerante è impiegato tangenzialmente od obliquamente rispetto alla cute
  - Mutilanti: interessano gli arti o singole dita o parti corporee sporgenti (naso, orecchie)
- Ferite da punta e taglio: sono rappresentate da soluzioni di continuo della cute e dei tessuti circostanti provocate da strumenti dotati di estremità acuminata e di almeno un filo tagliente
  - Mezzi
    - Tipici: spade, pugnali, coltelli da cucina, coltelli da pesca (attenzione alla zigrinatura: dà lesioni lacero-contuse!), etc.
    - Atipici: schegge di vetro, frammenti ossei appuntiti e taglienti, forbici, etc.
  - Meccanismo: contemporanea azione penetrante della punta e recidente del filo tagliente
  - Caratteristiche morfologiche
    - Nettezza ed irregolarità dei margini
    - Divaricazione degli stessi
    - Prevalenza della profondità rispetto alla lunghezza
    - Presenza di un'estremità acuta della ferita, corrispondente al filo tagliente dello strumento, e di un'estremità smussa, corrispondente al dorso della lama (ma due estremità acute se la lama è bitagliente)
    - Forma: generalmente ovalare, dipende dal movimento impresso all'arma nella penetrazione o nella sua estrazione, può essere:
      - A stampo: quando il mezzo entra ed esce dalla cute senza alcuno spostamento sull'asse di penetrazione
      - Con codette: se la lama è stata tenuta inclinata, si forma una codetta, prodotta dallo strisciamento della lama sulla cute al momento dell'estrazione
      - Con incisura laterale: per torsione, in uscita, della lama sul proprio asse

- Con più incisive (o intaccature complementari a codetta): per più rotazioni
- Tipologia
  - Accidentali: abbastanza frequenti
  - Suicidari: rari
  - Omicidari: frequenti

### Grandi traumatismi

Sono definiti grandi traumatismi gli eventi traumatici caratterizzati da gravità, molteplicità, multiformità e multipolarità delle lesioni corporee. Si osserva quasi sempre la contemporanea presenza di diversi tipi di lesioni (escoriazioni, ferite lacero-contuse, fratture, lesioni interne), dovute a meccanismi lesivi complessi. Gli effetti sono spesso mortali o comunque di gran rilevanza anatomico-funzionale.

Sono così classificati:

- Precipitazione
  - Da piccola o media altezza (< 10 m)
    - Cadute: fino a 2 m
    - Precipitazione da piccola altezza: da 2-5 m
    - Precipitazione da media altezza: da 5-10 m
  - Da grande altezza (> 10 m)
- Schiacciamento
- Esplosione
- Incidente aereo
- Incidente nautico
- Incidente ferroviario
- Incidente del traffico stradale
  - Investimento di pedone
  - Lesioni dei trasportati
  - Lesioni del conducente
  - Lesioni dei motociclisti e dei ciclisti

Dunque, si considerano:

- Precipitazione: è rappresentata dal passaggio di un corpo privo di appoggio da un piano superiore ad uno inferiore, per azione della forza di gravità e di eventuale altra forza che a questa possa appoggiarsi. Ciò avviene quando l'individuo non parte da fermo, ma da una situazione di lancio, in cui l'individuo possiede una velocità iniziale che va a sommarsi a quella di gravità, o perché è spinto nel vuoto da una forza esterna, o perché ha acquisito tale velocità iniziale mediante una rincorsa. In tal senso, va distinta dalla caduta, in cui il soggetto cade al suolo, ma a partire da una situazione di contatto col suolo stesso (< 2 m).
  - Meccanismi lesivi
    - Urto del piano del corpo contro il piano di arresto
    - Repentina decelerazione del corpo (soprattutto per quelle da grandi altezze): in tal caso, infatti, l'arresto del corpo nella sede d'impatto non si accompagna all'arresto simultaneo di tutti gli organi interni, i quali proseguono per inerzia il loro movimento, subendo lacerazioni o rotture a livello degli apparati di sostegno
  - Tipi fondamentali di precipitazione:
    - Cefalica: con elettiva concentrazione della lesività in ambito cranio-cervicale
    - Podalica: caratterizzata da fratture multiple degli arti inferiori e del bacino, del rachide e, talvolta, della base cranica
    - Toraco-addominale: tipica quella posteriore, con caduta sul dorso posteriore

- Su tutta la lunghezza del corpo (comprese le regioni toraco-addominali): si osservano fratture costali multiple, frattura di arti, delle ossa pelviche e craniche
    - NB: ricorda che nei locus di minor resistenza (come le cicatrici) la precipitazione (o la caduta) può dar maggior problemi, anche se lieve!
  - Tipologie
    - Accidentale: riguardano fundamentalmente arti inferiori
    - Suicidaria: le precipitazioni sono solitamente cefaliche (per la maggior probabilità di morte; quando invece l'evento assume un carattere di dimostrazione, esse saranno per lo più podaliche
    - Omicidiaria
  - Tipi di lesioni
    - Esterne: cutanee: caratteristica è la sproporzione tra gravità delle lesioni esterne, lieve, e quella delle lesioni interne, notevole (soprattutto quando la superficie d'urto è pianeggiante e non presenta asperità)
    - Interne:
      - Scheletriche
      - Viscerali: in caso di precipitazioni da grandi altezze, le precipitazioni sono quasi sempre mortali, sebbene non sempre all'istante, per lo sfacelo traumatico degli organi interni o per rottura dei grossi vasi
  - DD
    - Con l'investimento (specie quando per la precipitazione il corpo striscia su superfici scabre): in questo caso l'omicidio è più raro
    - Con la proiezione di cadavere: in questo caso, vi saranno il carattere non vitale delle lesioni e la presenza di modalità di offesa alternative; inoltre, il suicidio è più frequente
    - Con gli infortuni sul lavoro: sono sovente configurabili come precipitazione accidentale
- Schiacciamento: è costituito dalla compressione del corpo tra una forza di pressione ed un piano fisso:
  - Schiacciamento propriamente detto: il corpo rimane compresso tra un piano orizzontale ed una forza che agisce dall'alto (crollo di edifici, compressione da parte di macchine industriali)
  - Tamponamento: il corpo è compresso contro un piano verticale; è il tipico infortunio dei ferrovieri che rimangono schiacciati tra i restringimenti di due vagoni
  - Seppellimento: il corpo rimane interrato da accumuli di terra o di pietrisco a seguito di frane o smottamenti. Se completo, al fattore traumatico può aggiungersi un fattore asfittico
- Esplosione: è rappresentata da una violenta e repentina espansione di gas o fluidi, che induce un brusco aumento di pressione nell'ambiente circostante con trasmissione di onde d'urto e creazione di uno spostamento d'ario ("vento di scoppio")
  - Modalità
    - Deflagrazione: la combustione è graduale con progressiva elevazione della pressione
    - Detonazione: la combustione è quasi istantanea e si accompagna a propagazione di una vibrazione (onda esplosiva), con effetti meccanici sull'ambiente circostante
  - Effetti lesivi: dipendono non solo dalle caratteristiche intrinseche dell'esplosione, ma anche dall'ambiente in cui si verifica; in ambiente chiuso, infatti, i danni sono maggiori poiché la dispersione di energia è inefficace:
    - Effetto Mach: in ambienti chiusi, l'onda d'urto, incontrando un maggior numero di ostacoli, si riflette, dando luogo a punti in cui l'onda di propagazione e quella di

riflessione si uniscono, dando luogo a moltiplicazione degli effetti con aumento della capacità di distruzione

- Tessuti più colpiti: sono quelli eterogenei, ossia caratterizzati da variazioni di densità all'interno della loro struttura, come:
    - Polmoni: emorragie sottopleuriche od intrapolmonari, emopneumotorace, rottura delle pareti alveolari
    - Apparato GI: emorragie sottosierose, discontinuazioni delle pareti dello stomaco e dell'intestino
    - Orecchio: rottura della membrana timpanica, danneggiamento della via acustica centrale
    - Occhio: lesioni di retina e cristallino
    - SNC: commozione e contusione cerebrale
    - Cute: è alterata anche dalla proiezione di oggetti solidi (schegge); l'azione lesiva si caratterizza con formazione di ecchimosi, ferite lacero-contuse o ferite che ricordano quelle punta-taglio
  - Possibili effetti termici dovuti alla combustione o tossici derivati dai fumi velenosi degli incendi
- Incidente aereo: è rappresentato dalle conseguenze di sinistri di velivoli di qualsiasi tipo (aerei, elicotteri, alianti). In questi casi, la precipitazione avviene da centinaia o migliaia di metri con frequente formazione, oltre che di una lesività da impatto, da una decompressione. Infatti, soprattutto nei moderni aerei, la pressione interna della carlinga viene artificialmente aumentata per bilanciare la diminuzione della pressione atmosferica tipica delle alte quote. L'apertura di una falla, di conseguenza, realizza un brusco riequilibrio dei valori pressori con azione di risucchio verso l'esterno e proiezione contro le pareti della carlinga. Potranno quindi determinarsi contusioni, lesioni di visceri o fenomeni di embolia gassosa.
 

In conseguenza dell'impatto finale, poi, per gli alti valori di decelerazione, gli organi interni possono essere addirittura proiettati all'esterno, dando luogo a resti corporei costituiti quasi esclusivamente da involucri cutanei praticamente svuotati del loro contenuto.

Il quadro lesivo può essere inoltre condizionato dall'esplosione in volo o dall'urto contro una montagna o contro un altro velivolo, allorché possono aggiungersi fenomeni legati all'azione di ustioni, gas tossici, schegge, all'ipossia da altitudine od alla caduta secondaria in mare.
  - Incidente nautico:
    - Quadri lesivi
      - Nei passeggeri di un'imbarcazione: sono aspecifici ed interessano, in genere, un numero elevato di persone
      - Nei casi di investimento di bagnanti o subacquei:
        - Investimento tipico: con urto, sormontamento e spinta del corpo verso le eliche
        - Investimento atipico: una delle 3 fasi manca
    - Effetti lesivi
      - Lesioni esterne: sono determinate da frizione con la superficie inferiore dello scafo: ecchimosi, escoriazioni, ferite lacere e lacero-contuse
      - Lesioni interne: ossee e viscerali
      - NB: l'azione delle eliche determina, talora, effetti mutilanti o comunque ampie perdite di sostanza, di aspetto simile alle lesioni da fendente
  - Incidente ferroviario:
    - Lesioni riportate dai passeggeri di veicoli viaggianti su rotaie (treni, tram): non assumono aspetti specifici e possono configurarsi mediante tutta la gamma delle lesioni contusive

- Investimento
  - Quadro lesivo:
    - Ferite lacero-contuse con margini notevolmente escoriati
    - Gravi fratture scheletriche
    - Sezione di segmenti di arti o del tronco, sino al depezzamento ed alla decapitazione
  - Tipologia
    - Accidentale
    - Suicidaria: lesioni con andamento trasversale rispetto alla lunghezza del corpo depongono per il suicidio
    - Omicidaria: rarissima (ma di una certa attualità, vedasi i casi di passeggeri spinti sotto la metro, come a NY, ndr)
- Incidenti del traffico stradale
  - Investimento di pedone:
    - Tipologia
      - Tipico: può esser definito come quel complesso di lesioni contusive direttamente od indirettamente esercitate su una persona da un veicolo in movimento
      - Atipico: si verifica l'urto del corpo in movimento contro un veicolo fermo
    - Dinamica: si svolge in 5 fasi, anche se non obbligatoriamente subentranti l'una all'altra:
      - Urto: momento di contatto tra veicolo e corpo umano
      - Proiezione ed abbattimento al suolo del corpo urtato: può avvenire anteriormente, lateralmente o posteriormente al veicolo
      - Propulsione od accostamento: si verifica per l'azione di spinta in avanti che il veicolo esercita sul corpo sbattuto al suolo
      - Arrotamento o sormontamento: il veicolo transita con le ruote sul corpo steso al suolo
      - Trascinamento: può avvenire quando il corpo, talora mediante gli indumenti, rimane impigliato in parti sporgenti del veicolo. Queste ultime due fasi sono più rare
      - NB: caricamento: se il corpo viene urtato al di sotto del baricentro da un veicolo avente un basso frontale, anziché abbattersi in avanti, può esser proiettato sul cofano e sul parabrezza e progredire sul tetto e sul portabagagli, subendo urti secondari
    - Tipi di lesioni
      - Urto: lesioni dirette, come fratture del bacino e degli arti inferiori, associate ad escoriazioni ed ecchimosi
      - Proiezione: lesioni da caduta: escoriazioni e ferite lacero-contuse (LC d'ora in avanti, ndr) del cuoio capelluto, fratture craniche, lesioni meningo-encefaliche; escoriazioni e lesioni LC di ginocchia, gomiti e dorso delle mani
      - Propulsione o accostamento: ferite lacere e LC con ampi scollamenti dei margini (per i fenomeni di trazione della cute tra suolo e ruote)
      - Arrotamento: lesioni da schiacciamento con guasti ossei e viscerali, fratture pluriframmentarie, spapolamenti di organi interni

- Trascinamento: lesioni da strisciamento di tipo escoriativo (in genere più estese di quelle della fase di proiezione), ampie discontinuazioni cutanee con esposizione dei piani muscolari ed ossei
- Caricamento: lesioni contusive di capo e collo contro il parabrezza accompagnate, talora, da interessamento del torace e degli arti superiori
- Note ML
  - Importante distinguere se l'investimento è avvenuto in vita o dopo la morte (soprattutto in caso di incidenti stradali) > ricercare il carattere vitale o meno delle lesioni
- Lesioni degli occupanti un autoveicolo: la lesività è, in questi casi dovuta ad urto contro le strutture interne dell'abitacolo od a fattori di decelerazione
  - Tipologie lesive: dipendono da
    - Modalità dell'incidente (urto frontale, tamponamento, ribaltamento)
    - Caratteristiche contusive del mezzo
  - Quadri lesivi
    - Traumi indiretti del rachide cervicale (da "colpo di frusta"): tipicamente successivi ad un tamponamento, sono causati dalla decelerazione del veicolo con conseguente repentina estensione del capo (generalmente, in senso AP), che può condurre a conseguenze di grave entità (lussazione, fratture cervicali, rotture del legamento cervicale posteriore, danni midollari)
    - Distrazioni muscolari e legamentose di scarsa entità
  - Note ML
    - Utilizzo di cinture di sicurezza: ha ridotto gli urti contro le parti interne dell'abitacolo, ma ha introdotto la possibilità di specifiche lesioni (pur se rare ed in rapporto ad un uso scorretto delle stesse): ecchimosi della regione cervicale, trombosi carotidea, rottura dell'arco aortico, fratture clavicolari o costali, pneumotorace, lesioni addominali e pelviche (specie nelle donne in stato di gravidanza)
    - Danni a carico di:
      - Conducente:
        - Elettivo interessamento del torace o del capo, per urto, rispettivamente, contro volante e parabrezza
        - Lesioni di ginocchia ed anche per urto contro cruscotto o di caviglia o piedi per urto contro la pedaliera
      - Passeggero anteriore:
        - Lesioni cranio-facciali per impatto contro parabrezza, tetto o montante di pertinenza
        - Lussazione bilaterale dell'anca in caso di notevole decelerazione a cosce flesse e gambe estese
      - Passeggeri posteriori: di norma più protetti, possono, in caso di urti violenti, subire:
        - Lesioni del volto per urto contro gli schienali dei sedili anteriori
        - Lussazioni dei gomiti per trasmissione di energia agli arti superiori protesi in avanti a protezione
        - Lesioni cranio-encefaliche per urto contro il tetto dell'abitacolo
- Lesioni di motociclisti e ciclisti:



- Fattori
  - Mezzo
  - Urto contro ostacoli resistenti (suolo, altro veicolo)
- Quadri lesivi: sono rappresentati soprattutto da traumi cranio-encefalici (quindi, si ricorda l'obbligo del casco)
  - Lesioni cutanee da strisciamento: escoriazioni, ferite LC
  - Da percussione: ecchimosi
  - Fratture
  - Lesioni di nervi cranici od organi interni

### Lesioni da arma da fuoco

- Caratteristiche generali
  - Concetto di arma: per la legge penale, per armi si intendono:
    - Quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa della persona
    - Tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto il modo assoluto, ovvero senza giustificato motivo
    - NB: sono assimilate alle armi le materie esplodenti ed i gas asfissianti od accecanti
  - Categorie di armi da fuoco
    - Armi da guerra e tipo guerra
    - Armi comuni da sparo
  - Concetto di arma da fuoco: le armi da fuoco sono da considerare congegni meccanici capaci di lanciare a distanza masse più o meno pesanti (proiettili) grazie all'energia sviluppata dall'espansione dei gas generati dalla combustione di miscugli esplosivi (polveri da sparo)
  - Armi da fuoco di interesse ML
    - Armi portatili a canna corta: pistole e rivoltelle
    - Armi portatili a canna lunga: fucili da caccia, mitragliatrici, carabine
  - Tipo di canna:
    - Liscia: sono tipicamente a canna lunga (fucili da caccia)
      - Munizioni: "cartucce"
      - Costituenti: le armi a canna lunga liscia sono costituite da 3 parti:
        - Bossolo: è formato da un cilindro di plastica o di cartone pressato provvisto di una base (fondello), fornita di copertura metallica, in genere in ottone.
          - Capsula: è una nicchia contenuta nella parte centrale del fondello; racchiude l'apparato di accensione (innesco), costituito da una miscela esplosiva composta, in genere, da composti di piombo e da tetrazene. La capsula, a sua volta, comunica, mediante uno o due forellini (foconi) con l'interno del bossolo, ove è contenuta la:
          - Carica da lancio ("polvere da sparo"): essendo ormai in disuso la polvere nera, le moderne cariche non si presentano quasi mai in forma granulare, bensì come fili, lamine, cilindretti, scagliette, a base di nitroglicerina e/o nitrocellulosa
        - Borra: poggia sulla parte superiore del bossolo (colletto) ed è un dispositivo di materiale vario (sughero, feltro, plastica), che ha il compito di distribuire uniformemente la forza propulsiva dei gas a proiettile:

- Borra “a bicchierino”: ritarda l’apertura della rosata
    - Borra “a dispersione”: anticipa l’apertura della rosata
  - Proiettili
    - Rigata
      - Munizioni: sono analoghe a prescindere dalla lunghezza della canna . si differenziano da quelle per canne lisce per la mancanza della borra e per il fatto che nel bossolo è direttamente indovata la base del proiettile, che sporge da esso per circa la metà
  - Note sui proiettili: il piombo, un tempo adoperato per la fabbricazione dell’intero proiettile, oggi ne costituisce solo il nucleo, rivestito da una camicia o da un mantello in lega.
    - Abbondono del piombo come proiettile: lasciava nella canna un deposito (impiombatura), che finiva per modificare il calibro dell’arma
    - Proiettili blindati (incamiciati): si deformano assai meno di quelli di piombo ed attraversano in genere i tessuti senza provocare ingenti fenomeni distruttivi
    - Calibri: variano tra i 4 ed i 12 mm. Per le armi a canna rigata lunga si tende ad usare calibri più piccoli
- Dinamica dello sparo: allorché il percussore colpisce la capsula, si determina – ad opera dell’innesco – l’accensione della carica di lancio. La combustione del miscuglio esplosivo (deflagrazione) libera gas, che si espandono trasmettendo la loro energia all’egente balistico e quindi al bersaglio
  - Movimenti del proiettile
    - Movimenti tipici
      - Traslazione: propulsione del medesimo lungo la traiettoria
      - Rotazione: impressa dalla rigatura della canna
      - Vibrazione: dipendente dalla pressione subita durante lo sparo
    - Movimenti incostanti
      - Beccheggio: oscillazione in senso longitudinale
      - Nutazione: movimento a cono della base del proiettile intorno al suo asse
      - Capovolgimento
  - Considerazioni balistiche: il proiettile si muove nello spazio secondo una linea parabolica, che inizia dalla bocca dell’arma e termina (se non incontra un bersaglio) al suolo per l’azione della gravità e la resistenza dell’aria.
  - Traiettoria: in genere, nella prima parte rettilinea, si incurva poi verso il basso. Si divide in 3 zone:
    - Zona di esplosione: estesa fino a 200 m nei fucili da guerra, è caratterizzata dalla trasmissione di notevole quantità di energia ai tessuti colpiti, che possono presentare estesi effetti distruttivi
    - Zona di perforazione: estesa fino a 1.000 m nei fucili da guerra, è caratterizzata da una diminuzione dell’energia, che è comunque sempre sufficiente a perforare la cute
    - Zona di contusione: estesa oltre i 1.000 m nei fucili da guerra, è caratterizzata da una diminuzione della velocità del proiettile sotto i 100 m/s. Urtando il bersaglio, in questa fase, può non esser perforato, ma solo contuso
- Effetti sul bersaglio:
  - Azioni
    - Di martello: il proiettile, raggiunto il bersaglio, vi esercita un’azione contundente, percuotendolo ed introflettendo la cute
    - Di cuneo: il proiettile divarica la cute (come un’arma da punta impropria)
    - Perforante: nel caso in cui il proiettile abbia un’elevata velocità

- Rotatoria: la penetrazione sarebbe, secondo alcuni Autori, facilitata da un movimento di rotazione del proiettile, che agirebbe come un trapano avvitando i tessuti
    - Di scoppio: qualora l'energia posseduta dall'agente balistico venga ceduta in quantità elevata al bersaglio
  - Potere d'arresto (stoppingpower): è definito come la massima quantità di moto che un proiettile può cedere al bersaglio animato, quando l'impatto avvenga alla distanza di 25 m per le armi a canna corta e 100 m per quelle a canna lunga. Dipende non solo dalla forza viva del proiettile al momento del lancio, ma anche dal modo in cui la pallottola perfora il corpo. Infatti, proiettili di grosso calibro, quelli che si deformano o sono sottoposti a movimenti di beccheggio o addirittura si ribaltano, cedono una notevole quantità di energia cinetica e presentano un elevato potere d'arresto; di conseguenza:
    - A brevi distanze: proiettili, pur a bassa velocità iniziale, possono avere, per le suddette considerazioni, potere d'arresto superiore ai proiettili aventi elevata velocità
    - A grandi distanze: i proiettili a bassa velocità non posseggono portata sufficiente, mentre quelli ad elevata velocità iniziale (tipicamente di piccolo calibro) cedono la loro energia mediante un effetto onda, causato dalla diffusione di vibrazioni idrodinamiche trasmesse anche nei tessuti a distanza
- Caratteristiche delle ferite d'arma da fuoco a proiettile singolo
  - Ferite penetranti:
    - A fondo cieco: si osservano un foro d'entrata ed un tramite incompleto, con ritenzione del proiettile
    - Trapassanti: la ferita è costituita da un foro d'entrata, da un tramite completo e da un foro d'uscita. In caso di frantumazione del proiettile o di formazione di proiettili secondari, possono determinarsi più tramiti e più fori d'uscita
    - Trasfosse: pur riferendosi, con questo termine, indistintamente alle ferite trapassanti, andrebbero indicate come ferite trasfosse esclusivamente quelle ferite trapassanti che attraversano una fossa naturale dell'organismo (fossa cranica)
    - A setone: fanno anch'esse rilevare un foro d'entrata, un corto tramite ed un foro d'uscita, ma si distinguono per il fatto che il tramite è un breve percorso che il proiettile scava nel sottocute
  - Non penetranti: a doccia o semicanale: si producono allorché i proiettili colpiscono la cute, in genere in corrispondenza di una superficie curva, "di striscio", scavando una sorta di canale senza penetrare al di sotto dei tegumenti
- Caratteri del foro d'entrata: variano in funzione della distanza dalla quale è esploso il colpo
  - Caratteri generali
    - Esploso da lontano o da distanza non ravvicinata: il foro ha caratteri propri, legati cioè solo all'azione meccanica del proiettile
    - Esploso da vicino o a contatto con la cute (40-50 cm): si aggiungono effetto dovuti a:
      - Deflagrazione della carica di lancio
      - Azione meccanica dei gas, della fiamma, del fumo e delle particelle della polvere combusta
      - Azione diretta della bocca dell'arma contro la cute
  - Caratteri dei colpi da lontano (> 50 cm): il proiettile perfora la cute e dà luogo ad una ferita di forma circolare (se penetra perpendicolarmente alla cute) od ovalare (se penetra obliquamente alla cute), con margini finemente sfrangiati, talora visibilmente introflessi.

Nella maggior parte dei casi, il diametro del foro cutaneo è leggermente più piccolo del diametro del proiettile, a causa dell'elasticità della cute

- Cercine (od orletto) di escoriazione: presente all'estremo della soluzione di continuo, rappresenta la caratteristica di maggior rilievo nei colpi emessi da lontano
  - Formazione: si determina per azione del proiettile che, prima di perforare la cute, la infossa a dito di guanto, creando un cono di depressione, all'interno del quale contunde ed escoria tutte le porzioni di tessuto stirato (superfici laterali), ma perfora solo l'apice del cono. Quindi, una volta cessata l'azione di introflessione e riassunta la posizione originaria da parte della cute, si osserverà un cercine escoriato intorno all'orifizio cutaneo
  - Caratteristiche:
    - Dimensioni di alcuni mm: dipendono dall'estensione del cono di depressione, ossia dal grado di infossamento della cute, a sua volta in rapporto con l'elasticità e lo spessore distrettuale della cute, con il calibro e la forza viva del proiettile
    - Colore rosso scuro (nerastro se esploso su soggetto già cadavere)
    - Forma (in caso di penetrazione di superfici piane)
      - Concentrica: penetrazione perpendicolare
      - Eccentrica: penetrazione obliqua
    - NB: non è possibile, dalle caratteristiche dell'orletto, ricavare conclusioni circa la distanza di sparo: esso costituisce un'indicazione solo per l'individuazione del foro d'entrata
- Orletto di detersione: presente attorno al foro d'entrata, rappresentato da un alone untuoso, di colore nerastro, costituito dal materiale grassoso che il proiettile raccoglie nel passaggio attraverso la canna dell'arma e deposito sul bersaglio, si osserva bene sugli indumenti, ma male attorno alla ferita, in quanto mascherato dall'orletto escoriato
  - NB: la presenza dell'orletto di detersione (sugli abiti e/o sulla cute) costituisce un elemento che avvalorata la natura di foro di entrata della lesione in esame: a tal scopo, nei casi dubbi, è utile la ricerca, anche microscopica, di fibre tessili lacerate nell'orifizio e nella parte del tramite, che si suppone iniziale
- Colpi da vicino ed a contatto (< 50 cm per le armi a canna corta e proiettile singolo):
  - Colpi a contatto: il contatto diretto dell'arma con la cute influenza la morfologia della ferita per azione sia dei gas sia della stessa arma
    - Caratteristiche
      - Orletto di escoriazione
      - Dimensioni superiori al calibro del proiettile
      - Aspetto irregolare, frastagliato (forma stellare): infatti, quando la bocca dell'arma è applicata sulla cute al momento dello sparo, i gas usciti dalla canna a forte pressione penetrano unitamente al proiettile e si espandono nel sottocute, scollando la cute intorno alla ferita.
      - NB: in caso di ferite al cranio, l'aspetto irregolare è particolarmente evidente, in quanto i gas, penetrando nella porzione iniziale del tramite, trovano resistenza nella teca cranica e sono costretti ad espandersi radialmente nel sottocute, esaltando i fenomeni da scoppio suddetti

- Azione dell'arma: impressione a stampo, totale o parziale, della bocca dell'arma e/o di parti prossime ad essa
  - Segno di Werkgartner: stampo prodotto dall'asta di guida all'otturatore rinculante, che si ritrova sotto la canna di molte pistole semiautomatiche, è utile a determinare la posizione dell'arma contro la cute al momento dello sparo
  - Assenza di effetti secondari della carica di lancio (come affumicamento e tatuaggio)
  - Fenomeni di ustione scarsamente apprezzabili
- Colpi a bruciapelo (< 10 cm): sono così chiamati in quanto la distanza di sparo è tale da consentire il manifestarsi di effetti di ustione. In genere, la ferita è rappresentata da un foro netto, non dissimile da quello dei colpi esplosi da lontano, ed è circondata da orletto di escoriazione (ed eventualmente da alone di deterzione). Si osserva, dunque, un alone denso, irregolarmente circolare od ovalare, di un paio di cm, all'interno del quale si rilevano effetti secondari dello sparo, quali:
  - Fenomeni di affumicatura: visibili sotto forma di un tenue alone grigio (fulminato di mercurio) od azzurrognolo (polveri di nitroderivati), sono dovuti al deposito, intorno al foro d'entrata, di minuti residui solidi combustibili della carica di lancio e sono asportabili mediante lavaggio
  - Tatuaggio: di colore nero-bluastro (con le vecchie polveri nere) o giallo-verdastro (con l'uso di polveri infumi), è dovuto ai granuli incombusti della carica di lancio, che si infliggono nella cute intorno alla ferita. La colorazione è persistente e non scompare con il lavaggio
  - Ustione (o azione di fiamma): meno intensa con le moderne armi che impiegano polveri infumi, che determinano una modesta fiammata esterna, si esprime più spesso mediante la bruciatura di eventuali formazioni pilifere
  - Contusione dei gas: caratterizzati dalla presenza di un'area contusa giallo-bruna intorno al foro d'entrata causata dalla colonna dei gas, che escono a forte pressione dalla canna
  - NB: i suddetti effetti secondari dello sparo sono osservabili, anche tutti insieme, fino a distanze di 5-10 cm per armi caricate con polveri nere e di 5-6 cm per armi caricate con polveri infumi. Se la cute è rivestita da indumenti, vanno ricercati su questi ultimi, se necessario con reattivi chimici per le polveri
- Colpi in vicinanza (< 50 cm): spesso caratterizzati dall'assenza dell'azione di fiamma (ustione) e dal fatto che gli altri fenomeni (affumicatura, tatuaggio, contusione dei gas) risultano, seppur più sfumati, più estesi:
  - Stretta vicinanza (< 15 cm): gli effetti secondari suddetti si manifestano insieme
  - Distanze maggiori (15-50 cm): si apprezza, in genere, solo il tatuaggio attorno al foro d'entrata
- Caratteri del tramite: il tramite è rappresentato dal tragitto che il proiettile compie all'interno del bersaglio a causa della forza viva posseduta. Si sono già viste le caratteristiche dei tramiti nelle ferite penetranti e non penetranti.
  - Direzione: è più spesso rettilinea, ma può essere anche curvilinea, quando il proiettile striscia su superficie concave (fossa cranica, interno dell'arcata costale), o a linea spezzata, quando incontra particolari resistenze e viene deviato.

- Forma: si presenta, in genere, come canale scavato nello spessore dei tessuti, delimitato da pareti anfrattuose ed infiltrate di sangue, con materiale necrotico e, talvolta, corpi estranei trasportati dal proiettile sano. Il canale può essere:
  - Virtuale: nel tessuto muscolare
  - Reale: a livello di organi parenchimosi ed ossa: a livello delle ossa, il tramite assume un aspetto tipicamente imbutiforme, slargandosi verso l'uscita. Tale fenomeno è particolarmente evidente a livello delle ossa piatte. Il rilievo è di notevole rilevanza per ricostruire la direzione del colpo in cadaveri putrefatti ed in caso di esumazione ed, in genere, in tutte le situazioni in cui i reperti cutanei sono alterati (come per cadaveri sottoposti ad azione di fiamma). Si ricorda, inoltre, che il foro d'entrata, in caso di lesioni ossee, è sensibilmente più piccolo del calibro del proiettile (soprattutto per l'elasticità del tessuto osseo)
- Possibile tramite completo ma senza foro d'uscita: il proiettile ha perforato l'intero corpo, ma non è stato in grado di perforare la cute in uscita e la pallottola resta intrappolata in una fibra terminale tra le fibre connettivali, risultando palpatoriamente apprezzabile nel sottocute ed asportabile mediante incisione cutanea
- Proiettili ad elevata velocità: la penetrazione non determina solo effetti diretti, cioè legati al passaggio della pallottola ed alle sue proprietà statiche, ma anche lesioni secondarie riconducibili alla cessione di elevate quantità di energia ai tessuti medesimi
  - Cavità temporanea pulsante: si determinano, infatti, in successione temporale:
    - Repentina e temporanea espansione delle strutture tissutali attraversate (cavità)
    - Collasso per l'instaurarsi di pressione negativa al suo interno
    - Proseguimento e formazione di nuove cavità (espansione > collasso) fino all'esaurimento energetico
  - Morfologia
    - Tubo di necrosi: zona centrale di distruzione tissutale
    - Manicotto di devitalizzazione: fenomeni di dispersione energetica
      - Fratture ossee
      - Rottura di organi cavi ripieni di liquidi e raggiunti dall'onda d'urto
- Caratteri del foro d'uscita:
  - Forma: il foro d'uscita può presentarsi sotto forme assai varie in relazione alle proprietà dinamiche del proiettile; si possono, infatti, osservare ferite circolari, ovalari, stellari (tipicamente nel cuoio capelluto) od anche piccole fenditure lineari
  - Grandezza: possono presentarsi fori d'uscita più grandi rispetto a quelli d'entrata o più piccoli, specie quando la forza viva del proiettile all'uscita è quasi del tutto esaurita. In ogni caso, la maggior grandezza del foro d'uscita sembra correlata a:
    - Diminuzione di stabilità cui il proiettile va incontro a causa della perdita del movimento rotatorio durante l'attraversamento dei tessuti (per la loro maggior densità rispetto all'aria): da tale diminuzione di stabilità può derivare anche una deviazione od anche il capovolgimento del proiettile
    - Deformazione eventualmente subito lungo il tragitto intrasomatico
  - DD con foro d'entrata:
    - Caratteristiche distintive: la DD non si basa su forma e grandezza, ma su
      - Aspetti negativi, quali l'assenza di effetti secondari della carica di lancio e, soprattutto, dell'orletto di escoriazione
      - Estroflessione dei margini: i fori d'entrata, invece, sono per lo più introflessi
    - Caratteristiche confusive

- Fenomeni di affumicatura in uscita: si verificano solo quando il fumo, penetrato ed uscito tramite un corto tramite, si deposita sulla cute attorno al foro d'uscita
- Effetti contusivi simulanti un orletto di escoriazione: si verificano quando all'uscita il proiettile trova una resistenza esterna (cintura, parete, pavimento): in tali condizioni, infatti, quando il proiettile fuoriesce dal corpo, la cute si trova compressa tra proiettile medesimo e resistenza esterna, potendosi dunque formare effetti escoriativi simili all'orletto
- Effetti contusivi per discoesione dermo-epidermica: in caso di proiettili grandi
- Fenomeni di epidermolisi a livello del foro d'uscita
- Caratteristiche delle ferite da armi da fuoco caricate con proiettili multipli: sono lesioni prodotte con i comuni fucili da caccia. Infatti, una cartuccia da caccia contiene numerosi pallini che escono dalla canna ammassati a palla: dopo 1-2 m di traiettoria si distanziano a formare la rosata, che va sempre più allargandosi fino alla massima estensione (cono diretto). A questo punto, la rosata si riduce in quanto perde via via i pallini più periferici, che non hanno sufficiente energia per raggiungere il bersaglio, causando la progressiva riduzione della superficie colpente (cono inverso)
  - Tipologie di lesioni
    - Breccia unica: con margini festonati e policiclici, prodotta dai pallini ancora ammassati
    - Braccia centrale contornata da ferite puntiformi: è appena iniziata la formazione della rosata
    - Lesioni multiple a rosata: osservabile quando i pallini sono totalmente discostati tra loro
  - Forma della rosata
    - Circolare: colpo perpendicolare al bersaglio
    - Ovale od allungata ("a stria"): colpo obliquo al bersaglio
  - NB: il corpo della vittima non sempre raccoglie tutti i pallini giunti a quella distanza e, di conseguenza, il diametro riscontrato sul cadavere non sempre è indicativo della distanza. La densità dei pallini all'interno della rosata è, invece, l'elemento più indicativo, ma è spesso di difficile interpretazione
  - Morfologia: la morfologia delle lesioni varia in base, ad esempio, all'impronta del piano di volata (talora della doppia canna) nei colpi esplosi a contatto od agli effetti secondari della carica di lancio, specie nei colpi esplosi da vicino:
    - Fino a 5-10 cm: ustione e contusione dei gas
    - Fino a 50 cm-1 m: affumicatura
    - Fino a 1,5 m: tatuaggio
  - Fori d'uscita
    - Con armi caricate a pallini: rari, in quanto la forza si esaurisce nel corpo
    - Con l'impiego di pallettoni esplosi con fucili a canne mozze (colpi di lupara): meno rari
  - Effetti sul bersaglio
    - Elevato potere vulnerante a tiro corto: ammassamento dei pallini notevole ed in grado di determinare gravi lesioni tissutali
    - Ridotto potere vulnerante con l'aumento della distanza per la riduzione dei pallini
- Reperti autoptici:

- Fori d'entrata e d'uscita: possono esser adeguatamente collocati nello spazio se si prescelgono punti di reperi fissi, quali quelli scheletrici, misurando la distanza fra il centro delle lesioni ed i punti di reperi medesimi, secondo due linee ortogonali
- Attenzione a proiettili ritenuti (in organi parenchimatosi o trasportati dai vasi): l'esame radiologico può esser d'ausilio
- Tipici di suicidio:
  - Tracce di sangue sul dorso della mano o sull'avambraccio "a clava" od "a punto esclamativo"
  - Minime lesioni escoriate lineare tra pollice ed indice: riconducibili all'uso di pistola semiautomatica e dovute allo strisciamento sulla cute del margine inferiore spigoloso della porzione rinculare dell'arma (segno di Felc)
  - Ecchimosi da rinculo alla mano: se la pistola è impugnata correttamente
  - NB: può esser richiesto il prelievo dalle mani della vittima per la ricerca dei residui dello sparo con l'impiego di un apposito tampone adesivo
- Esami di laboratorio: l'identificazione di tracce di polvere da sparo può esser compiuta, specie nei casi di DD difficile tra foro d'entrata e d'uscita, a livello delle lesioni o degli indumenti della vittima o delle mani del presunto feritore (che può essere anche la vittima stessa in caso di suicidio), tramite nuove metodiche basate sull'utilizzo di microscopi elettronici a scansione associati a microanalisi
- Identificazione dell'arma feritrice
  - Indiretta (generica): in assenza dell'arma: si può fare su un proiettile o su un bossolo
    - Proiettili: su di essi si rilevano le impronte negative della rigatura della canna, determinandone larghezza, profondità, forma e direzione. Tali reperti differiscono anche notevolmente tra i vari tipi di arma, per cui, grazie ad essi, è possibile circoscrivere l'indagine quanto meno ad un ristretto numero di armi
    - Bossoli: danno informazioni sul calibro
  - Diretta (specifica): in presenza dell'arma (e di eventuali tipi di prova): in questo caso possono rilevarsi sull'arma non solo le impronte digitali, ma anche, in caso di colpi a contatto, eventuali tracce biologiche (sangue, pezzi di tessuto). I proiettili provenienti dai tiri di prova vengono confrontati, mediante un apposito microscopio comparatore, che consente l'osservazione simultanea di due proiettili, con quelli repertati nel corpo della vittima o nel corso del sopralluogo: la corrispondenza tra striature e scalfiture consentirà una sicura identificazione dei proiettili quali esplosi dall'arma sospettata
- Diagnostica ML: deve distinguere omicidio, suicidio ed accidente
  - Elementi utili per la DD
    - Sede della ferita
      - Tipica in casi di suicidio: regioni laterali del capo e precordio con armi a canna corta, regione sottomentoniera e cavo orale con fucili da caccia (ovviamente, poi, queste regioni possono esser interessate anche in casi omicidari)
    - Distanza da cui è stato esplosi il colpo
      - Breve nei casi di suicidio: non può superare la lunghezza del braccio (colpi a contatto od a bruciapelo)
    - Direzione del proiettile
      - In caso di suicidio:
        - Per soggetti destrimani e colpo alla regione laterale del capo, è da destra a sinistra, dal basso all'alto e dall'avanti all'indietro
        - In caso di colpo al cavo orale: dall'avanti all'indietro e dal basso verso l'alto



- In caso di autoferimento accidentale
  - Colpi di striscio, in direzione dal basso verso l'alto per la caduta dell'arma
- Numero di colpi, desumibile da numero e tipo delle ferite
  - In caso di suicidio: generalmente un colpo
  - In caso di omicidio: molteplici (da scarsa precisione sul bersaglio) e con possibili lesioni da difesa (avambraccio, mani)
- Elementi suggestivi di suicidio
  - Denudamento della parte colpita
  - Rinvenimento dell'arma nell'ambiente
  - Presenza di schizzi di sangue sull'arma, sulla mano o sull'avambraccio della vittima
  - Tracce di sparo sulla mano
- NB: è importante la ricerca della vitalità delle lesioni

### **Par. III: Lesioni da energia elettrica**

#### **Caratteristiche generali**

Le lesioni da energia elettrica, di uso industriale o domestico, da energia continua od alternata, sono indicate come “folgorazioni” o “elettrocuzione” (termine abbreviato di “elettroesecuzione”, ossia esecuzione capitale tramite energia elettrica: il termine poi è andata ampliandosi sino ad indicare tutte le lesioni da energia elettrica).

Gli effetti lesivi delle lesioni da energia elettrica, comunque, dipendono da una serie di variabili correlate a caratteristiche della corrente (intensità, voltaggio, potenza, durata e tipo), modalità del contatto (mono- o bipolare) e fattori propri del conduttore (resistenza al passaggio della corrente).

Caratteristiche generali sono:

- Voltaggio
  - Corrente a bassa tensione (fino a 380 V)
  - Corrente a media tensione (fino a 20.000 V)
  - Corrente ad alta tensione (> 20.000 V): in questi casi, la scarica elettrica può avvenire anche in maniera indiretta, ossia senza un effettivo contatto con il conduttore elettrico, ma con produzione di elevate quantità di calore e formazione di un arco elettrico od elettrovoltaico
  - NB: la corrente di suo domestico ha generalmente un voltaggio di 230 V
- Effetti lesivi:
  - Fattori determinanti
    - Differenza di potenziale applicata agli estremi del circuito
    - Resistenza elettrica del circuito
    - Intensità di corrente che passa nel corpo
    - NB: questi fattori sono tra loro correlati secondo la legge di Ohm  $I=V/R$
  - Ruolo del corpo umano: l'ostacolo offerto al passaggio di corrente varia da tessuto a tessuto in rapporto al contenuto di acqua
    - Cute: offre, soprattutto in aree ad elevata corneificazione, un elevato ostacolo in relazione allo scarso contenuto in acqua; se, tuttavia, la cute è sudata o bagnata (o in presenza di lesioni di continuo), la resistenza è notevolmente ridotta
      - NB: “la morte in bagno”: il caso dell'incidente domestico per folgorazione da caduta di un elettrodomestico nella vasca da bagno è paradigmatico della estrema vulnerabilità alla corrente elettrica della cute bagnata
      - “Effetto joule”: in caso di resistenze particolarmente elevate, si manifesta un notevole effetto termico

- Organi interni: offrono resistenza scarsissima
- Altri tessuti: offrono resistenza scarsa (in ordine decrescente di resistenza):
  - Ossa
  - Tessuto adiposo
  - Nervi (a causa della guaina mielinica)
  - Muscoli
  - Sangue
  - Liquidi organici
- Tipo di corrente
  - Continue
  - Alternate: più pericolose, dipendono dalla frequenza (Hz), tuttavia a frequenze molto elevate può verificarsi:
    - Effetto pellicolare: la corrente elettrica tende a passare solo lungo la superficie esterna del conduttore
- Gruppi di lesività da corrente elettrica
  - Fattori determinanti
    - Intensità
    - Tipo di corrente
    - Durata del contatto
  - Gruppi
    - I
      - Amperaggio
        - <25 mA per corrente alternata (CA)
        - 25-80 per corrente continua (CC)
      - Nessun sintomo
    - II
      - Amperaggio
        - 25-80 CA
        - 80-300 CC
      - Perdita di coscienza, aritmia, spasmi respiratori
    - III
      - Amperaggio
        - 80-100 CA
        - 300 mA-3 A CC
      - Effetti lesivi
        - Per esposizioni di 1-3 secondi: sovrapponibili a quelli del gruppo II
        - Per esposizioni più prolungate: fibrillazione ventricolare irreversibile
    - IV
      - Amperaggio > 3 A
      - Arresto cardiaco
- Altre considerazioni
  - Seconda legge di Kirchhoff: la corrente elettrica, attraversando il corpo umano, percorre la via a minor resistenza, ossia a maggior conduttività, quindi sangue ed organi più irrorati, vale a dire cuore ed encefalo
  - Contatto bipolare (mano-mano, mano-piede, piede-piede): soprattutto quello mano-sinistra-piede destra, è molto pericoloso, determinando fibrillazione ventricolare

### Effetti dannosi sull'organismo umano

La lesività da corrente elettrica sull'organismo è determinata principalmente da fenomeni elettrotermici (effetto joule ed arco elettrovoltaico), dalla polarizzazione elettrolitica e dall'azione elettrodomestica.

Il meccanismo elettrotermico è dovuto al fatto che l'elettricità, attraversando il corpo, produce calore proporzionalmente alla resistenza incontrata (effetto joule).

L'arco elettrovoltaico, invece, si forma a causa della ionizzazione dell'aria interposta tra un conduttore ad elevata tensione e la cute, con produzione di fiamma. Gli effetti lesivi dell'arco voltaico sono molto gravi date le elevate temperature raggiunte: si formano, in genere, ustioni estese e profonde con perdita di sostanze e zone di carbonizzazione tissutale; possono anche essere di natura luminosa, sotto forma di radiazioni UV lesive per le strutture oculari, o di natura acustica, lesive per la membrana timpanica.

La polarizzazione elettrolitica è dovuta ai campi elettrici creatisi nell'organismo al passaggio della corrente e responsabile di modificazioni molecolari e cellulari anche fatali: si realizzano, infatti, alterazioni dei potenziali delle membrane cellulari e dei nuclei con variazioni dell'equilibrio elettrolitico citoplasmatico, denaturazione delle proteine ad elevato PM, alterazioni irreversibili della vitalità delle cellule sino alla necrosi:

- Meccanismi causali della morte:
  - Morte nervosa (immediata) per paralisi dei centri bulbari
  - Morte asfittica per contrazione spasmodica dei muscoli respiratori
  - Morte cardiaca per fibrillazione ventricolare
  - Morte per shock (non immediata)
  - Morte da complicanze tardive
    - Processi infiammatori broncopolmonari
    - Infarto miocardico
    - Emorragie GI per sanguinamento di ulcere da stress
- Lesività cutanea:
  - Ustione elettrica:
    - Aspetto: si differenzia dalle comuni ustioni da fiamma per alcune caratteristiche: è in genere ben delimitata, indolore, priva di essudazione e non dà luogo a suppurazione; la cute è secca e di aspetto pergamenaceo. I peli eventualmente presenti possono presentare bruciature od accartocciamenti
    - Patogenesi: tali fenomeni sono dovuti ad un'intensa necrosi coagulativa dei tessuti con rapida disidratazione, determinatasi per effetto del surriscaldamento endogeno in assenza di ossigeno libero; ne risulta un vero e proprio processo di mummificazione localizzata
    - Esiti in caso di sopravvivenza: cicatrici di colore biancastro, regolari, ricche di fibre elastiche, scarsamente aderenti e retraenti (a differenza di quelle formatesi per ustione di fiamma, di colorito roseo, povere di fibre elastiche, costituire da tessuto sclerotico e ben aderenti)
  - Marchio elettrico: è la lesione autenticamente "elettrospecifica", in quanto imputabile alla coagulazione degli elementi cellulari operata dalle forze elettrodinamiche generate dall'elettricità. È ben resistente ai fenomeni putrefattivi e, pertanto, spesso abbastanza riconoscibile anche quando il cadavere è rinvenuto a distanza di tempo dalla morte o proviene da esumazione
    - Caratteristiche: è in genere localizzato a livello del punto di contatto fra cute e conduttore di elettricità e rilevabile, talvolta, anche nel punto di scarico (pianto dei piedi). La sua eventuale assenza non consente di escludere che la morte sia dovuta a folgorazione, poiché esso può non formarsi allorché la corrente possiede bassa

intensità (basso voltaggio) o penetra in punti del corpo a resistenza ridotta (cute bagnata)

- Aspetto: ha forma irregolarmente rotondeggiante, ma non di rado può riprodurre a stampo parte o tutta la forma del conduttore. Presenta due tipi fondamentali:
  - Tipo senza perdita di sostanza: costituito da un rilievo cutaneo, di forma variabile in rapporto a quella del conduttore, delle dimensioni di pochi mm, con margini netti, depresso al centro, di colorito bianco-grigiastro, sarebbe dovuto allo scollamento dell'epidermide con formazione di vacuoli contenenti aria
  - Tipo con perdita di sostanza di derma ed epidermide: la lesione si presenta a forma di cratere a stampo, con margini sottominati, talora carbonizzati, e con fondo di colore giallo-grigiastro o rosso-scuro se vi sono delle piccole emorragie
- Punti di uscita: piccole escavazioni crateriformi dello strato corneo dell'epidermide
- Metallizzazione: deriva da fenomeni di archi voltaici, che inducono fenomeni di fusione dei metalli dei conduttori (ferro, rame), che si depositano sulla cute (o sui vestiti) e possono essere rilevati con vari metodi

### **Lesioni da elettricità atmosferica (fulminazione)**

Le lesioni indotte da elettricità naturale sono dovute all'azione del fulmine, costituito da una scarica elettrica stabilitasi fra nubi temporalesche e terra, quando si instaura un'elevata differenza di potenziale tra atmosfera, caricata positivamente, e superficie terrestre, caricata negativamente, tale da superare la resistenza elettrica dell'aria.

Inizialmente sono le cariche elettriche della nube che scendono verso la terra, formando un canale ramificato (scarica guida), all'interno del quale vengono poi attratte verso l'alto le cariche presenti sulla superficie terrestre. Quindi, al contrario di quanto ritenuto, il flusso delle cariche è diretto dal basso verso l'alto e discontinuo (i flussi infatti si susseguono in maniera discontinua, ma così rapidamente da apparire continui all'occhio umano).

Il lampo è, invece, una scarica elettrica fra due nubi di differente potenziale; sia il fulmine che il lampo, inoltre, sono generalmente seguiti da un tuono, prodotto dalle vibrazioni generate dal riscaldamento e dalla espansione dell'aria circostante alla carica elettrica.

La lesività prodotta dalla fulminazione sull'organismo umano deriva principalmente da fenomeni elettrotermici, sebbene non siano trascurabili gli effetti meccanici diretti: l'azione meccanica del fulmine, infatti, si esplica a non meno di 150-200 m dal suolo, ma i suoi effetti possono risentirsi fino al suolo in relazione al notevole spostamento d'aria, realizzatosi con meccanismo simile a quello delle esplosioni. Si possono, dunque, produrre sia ustioni (da forme lievi fino all'incenerimento), sia lesioni da energia meccanica (ecchimosi, ferite LC, lesioni da scoppi, etc.).

In alcuni casi, la cute del soggetto fulminato presenta la formazione di figure arboree (strie di Lichtemberg), costituite da striature eritematose, a patogenesi indefinita.

Il sopralluogo consente, poi, di osservare altri segni del passaggio del fulmine (combustione di alberi, disgregazione di materiali cattivi conduttori).

Nella folgorazione, inoltre, compare una precoce rigidità cadaverica (di scarso significato invece l'accelerazione dei fenomeni putrefattivi, imputabili anche ad altri fattori ambientali).

Infine, pur essendo la folgorazione un evento accidentale, può colpire più frequentemente alcuni lavoratori (agricoltori, boscaioli).

## Par. IV: Lesioni da energia termica

### Caratteristiche generali

Comprendono gli effetti dell'esposizione a temperature troppo elevate o troppo basse rispetto alla capacità di adattamento dell'organismo: l'entità delle lesioni è in rapporto al livello di temperatura (in eccesso od in difetto) raggiunto dal corpo umano per effetto delle modificazioni della temperatura esterna:

- Principali modalità di scambio di calore fra organismo ed ambiente esterno
  - Conduzione: per contatto diretto
  - Convezione: mediato da fluidi (liquidi e vapori)
  - Irraggiamento: mediante onde EM (soprattutto raggi infrarossi)
  - Evaporazione: mediante sudorazione e perspiratio insensibilis
- Tipi di lesioni a seconda dell'esposizione ad elevate o basse temperature
  - Ustioni
  - Lesioni da calore propriamente dette
    - Crampo da calore
    - Collasso ed esaurimento ad calore
    - Colpo di calore
    - Colpo di sole
  - Lesioni da freddo
    - Congelamento
    - Perfrigerazione
    - Assideramento

### Ustioni

- Patogenesi generale delle ustioni
  - Mezzi fisici: calore, elettricità, radiazioni, energia nucleare
  - Mezzi chimici: sostanze caustiche o corrosive
  - Mezzi biologici: alcuni insetti o pesci, meduse, alcune piante
  - NB: si tratteranno in questa sede solo le ustioni da calore
- Caratteristiche generali delle ustioni da calore: il contatto tra superficie corporea e fonte di calore determina a livello cutaneo effetti lesivi (dermatite acuta); se, invece, la superficie corporea interessata è vasta, agli effetti locali si aggiungono effetti sistemici
- Patogenesi delle ustioni da calore
  - Agente termico liquido
  - Gas o vapori surriscaldati
  - Azione diretta di una fiamma o di corpi arroventati
- Gradi: in rapporto a temperatura del mezzo urente, durata e superficie di azione, caratteristiche del tessuto colpito, le ustioni sono distinte in 4 gradi di gravità:
  - I (superficiali o epidermiche):
    - Aspetto
      - Eritema cutaneo a margini sfumati
      - Tumefazione della zona colpita (indotta da vasodilatazione ed aumento di permeabilità)
      - Zona circostante pallida (per vasocostrizione)
    - AP
      - Vasi dermici dilatati contenenti emazie conglutinate
      - Edema del connettivo con precoce migrazione di PMN
      - Vacuolizzazione delle cellule epiteliali con picnosi nucleare
    - Guarigione: 4-5 giorni senza reliquati

- II (profonde o dermiche):
  - Flittene: si evidenzia un'intensa essudazione intraepidermica con liberazione di serotonina ed istamina e formazione di flittene, circondato da un alone iperemico
    - Contenuto: siero-ematico con numerosi PMN
    - Fondo: costituito dal derma o dalle cellule dello strato basale degeneranti
    - Dimensioni
      - Minori: le bolle si afflosciano, con riassorbimento del liquido e trasformazione in croste
      - Maggiori: vanno incontro a rottura con possibile sovrainfezione batterica
  - Guarigione: in 2-3 settimane con formazione di tessuto di granulazione e restituito ad integrum
    - NB: cicatrice in caso di interessamento anche del derma
- III (necrotiche o a tutto spessore):
  - Necrosi: interessa tutta la cute e talora anche i tessuti profondi, sotto forma di:
    - Gangrena secca: escare secche di colore rosso-bruno, a margini netti, se l'ustione è stata prodotta da una fiamma
    - Gangrena umida: escare umide, di colore giallastro, a margini sfumati, se è stata causata da liquidi o vapori surriscaldanti
  - Evoluzione: l'escara va incontro a progressivo rammollimento e, dopo circa 2-3 settimane, cade mettendo a nudo un tessuto di granulazione, facilmente infettabile, dal quale prende inizio il processo di cicatrizzazione, che si completa poi in senso centripeto. Poiché la necrosi interessa tutti gli elementi epiteliali, non vi è possibilità di una riepitelizzazione: residua, di conseguenza, una cicatrice spessa, aderente ai piani sottostanti, retratta, talora evolvente in cheloide
- IV
  - Patogenesi: esclusivamente per effetto di fiamma o corpi solidi urenti
  - Carbonizzazione dei tessuti: questi assumono un aspetto nerastro e friabile, con possibile coinvolgimento anche di muscolo ed osso
    - Carbonizzazione dell'osso: questo diviene leggero e fratturabile (calcinazione)
    - NB: quando, invece, sono presenti in contemporanea lesioni di I, II e III grado, ma non di IV (cioè manca la carbonizzazione), l'aspetto assunto è "a carta geografica"
- Calcolo della percentuale della superficie corporea colpita: si suddivide il corpo in multipli di 9
  - Valori (in %)
    - Capo e collo: 9
    - Tronco: 18 (9 anteriore + 9 posteriore; ciascuna divisibile in superiore ed inferiore)
    - Arto inferiore: 18
    - Arto superiore: 9 (NB: gli arti sono, ovviamente, distinguibili in zona anteriore e zona posteriore)
    - Regione perineale, genitali compresi: 1
    - NB: nei bambini i valori sono leggermente diversi, in relazione al maggior sviluppo della testa ed al minor sviluppo degli arti inferiori
      - Capo e collo: 18 fino ad 1 anno e 14 fino a 5 anni
      - Arto inferiore: 14 fino ad 1 anno e 16 fino a 5 anni
  - Significato clinico e prognostico: è valutato in addizione alla valutazione del grado di ustione, secondo una corretta associazione di parametri quantitativi e qualitativi

- **Malattia da ustione:** per ustioni che interessino almeno il 15-20% della superficie corporea si determina una risposta sistemica generata dalle alterazioni anatomiche, biochimiche ed emodinamiche delle zone lese:
  - Fase iniziale: dolore, angoscia, agitazione, shock precoce di origine neurogena
  - Fase della shock ipovolemico: cianosi, sudorazione fredda, ipotermia, tachicardia ed ipotensione, convulsioni, dispnea, obnubilamento del sensorio
    - Patogenesi: l'alterata permeabilità capillare causata dall'ustione determina edema interstiziale con perdita di Sali ed albumina, con ipovolemia ed aumento della viscosità ematica
  - Fase terminale dello shock: si instaurano condizioni favorevoli alla formazione di trombi (ipercoagulabilità, danno della parete vasale, e rallentamento del circolo), con evoluzione in CID. Il consumo dei fattori della coagulazione predispone poi all'insorgenza di gravi e diffuse emorragie parenchimali
    - Sindrome da insufficienza respiratoria acuta: è causata dalla CID e dalla produzione di fattori tossici che inibiscono la formazione di surfattante
  - Fase di risoluzione: miglioramento delle condizioni generali 48-72 ore dopo l'instaurarsi dello shock
  - Fase della tossicosi:
    - Sintomi generali: febbre, cefalea e nausea
    - Interessamento viscerale: gastrite erosiva od ulcere emorragiche, fino alla peritonite
    - Gravi reazioni sistemiche di tipi anafilattoide o insufficienza renale per il riassorbimento di sostanze tossiche dai tessuti ustionati
  - Fase della sepsi: si verifica alla caduta delle escare, per comparsa di tessuto di granulazione, che va facilmente incontro ad infezione (soprattutto di Gram<sup>-</sup>) e può evolvere fino alla MODS (disfunzione multiorgano associata a sepsi)
- **Cicatrizzazione anomala:** nel sopravvissuto può svilupparsi, a seconda del grado dell'ustione e delle caratteristiche individuali, una cicatrizzazione patologica di tipo ipertrofico, distrofico o cheloideo
  - Cicatrice ipertrofica: rilevata sul piano cutaneo, presenta superficie irregolare e colore rossastro, ma preserva i limiti e la forma della cicatrice primitiva
  - Cicatrice distrofica: è biancastra, con epitelio sottile e senza peli, facilmente soggetta ad ulcerazioni anche per traumi; può evolvere verso lesioni precancerose
  - Cheloide: è una placca cicatrizzale rilevata ed irregolare, che tende all'accrescimento, non conserva il limiti e la forma della lesione primitiva e spesso recidiva dopo escissione
  - NB: le cicatrici localizzate in corrispondenza di superfici articolari possono evolvere in cicatrici retraenti, tali da generare una notevole limitazione funzionale dell'articolazione interessata
- **Considerazioni ML**
  - Identificazione del mezzo urente
    - Azione diretta della fiamma: si producono ustioni estese, di superficie irregolare e mal definita. Di norma si osservano aree di necrosi circondate da flittene e, più esternamente, da un alone eritematoso; l'azione diretta della fiamma, inoltre, è in grado di provocare cicatrizzazione dei tessuti. Altre caratteristiche sono:
      - Peli e capelli più o meno completamente bruciati
      - Ruolo favorente di indumenti infiammabili ed inibenti di indumenti poco infiammabili (cintura, scarpe)
      - Possibile interessamento anche delle vie aeree in caso di gas infiammabili
    - Corpi solidi arroventati: si caratterizzano per un'estensione limitata dell'ustione, che in genere riproduce a stampo la forma dell'agente ustionante

- Possibile carbonizzazione tissutale
- Peli della zona ustionata non bruciati, ma ritorti sul proprio asse
- Liquido bollente: la direzione è sempre discendente per la forza di gravità
  - Possibili schizzi sulla cute se il liquido cade dall'alto: formazione di ulcere a forma raggiata
  - Profondità non particolarmente grave per la tendenza allo scorrimento del liquido
  - Regioni corporee più colpite: sono quelle ricoperte da indumenti, in quanto questi si impregnano del liquido bollente, determinando prolungamento dell'azione ustionante
  - Scarse alterazioni di peli o capelli
- Gas o vapori surriscaldati: sono simili a quelle da liquidi bollente, in assenza, tuttavia, di schizzi e scorrimento
- Indicazioni circa la cronologia
  - Ustioni < 36 ore: flittene non infette né apprezzabilmente edematose
  - Ustioni > 36 ore: le flittene contengono pus e l'alone iperemico scompare
  - Ustioni > 2-3 giorni: presenza di croste
    - Superficiali: cadono in 1 settimana
    - Profonde: cadono in 2 settimane
  - ustioni > 2 settimane: presenza di superficie di granulazione libera da croste
- DD fra ustioni vitali e post-mortali
  - I: la presenza di eritema è segno di lesione vitale, che tende poi a scomparire dopo la morte (quindi va subito ricercato durante il sopralluogo)
  - II: segni di vitalità sono:
    - Presenza di una reazione infiammatoria attorno al flittene con fitta rete vascolare
    - Riscontro di pus all'interno delle vescicole (utile anche ai fini cronologici, in quanto indica che la lesione è avvenuta entro 36 ore)
    - Essudato ricco di albumina
    - Positività della reazione di Rivalta
    - NB: la flittene prodotta per ustione nel cadavere ha, invece, contenuto prevalentemente gassoso e non presenta reazioni periferiche indicative di vitalità; se presente liquido, ha carattere trasudativo (con negatività della prova di Rivalta)
  - III: segni di vitalità sono:
    - Presenza di una reazione eritematosa attorno all'escara vitale
    - Area di vasodilatazione con conglutinazione eritrocitaria, afflusso di cellule della serie bianca e formazione di essudato
- AP: nel cadavere non si osservano alterazioni AP patognomoniche
  - Causa della morte: ha notevoli implicanze ML ed AP
    - Direttamente rapportata all'ustione ed alle sue complicanze
    - Intossicazione da CO
    - Sviluppo di HCN (acido cianidrico) o di gas tossici dotati di azione gravemente irritante sulle prime vie respiratorie
    - Lesioni da precipitazione o da schiacciamento conseguenti a tentativi di sottrarsi alle fiamme od a cedimenti di strutture murarie
  - Aspetti AP generali



- Riduzione di volume di organi e superficie corporea in relazione all'azione disidratante della fiamma ed alla retrazione muscolare (il cadavere assume un aspetto "giovanile")
- Intensa rigidità (sempre per disidratazione e contrazione muscolare): posizione "a lottatore" per l'atteggiamento in flessione degli arti dovuto a retrazione muscolare
- Cute secca, di colore nerastro
- Soluzioni di continuo in corrispondenza delle pieghe flessorie delle articolazioni: indotte da retrazione cutanea, sono simili a lesioni da taglio, ma prive di caratteri vitali; infatti, non presentano codette ed hanno, all'osservazione microscopico, ponti di tessuto nel fondo
- Aspetti AP specifici
  - Capo
    - Fratture craniche da scoppio per espansione dei gas prodottisi all'interno della scatola cranica
    - Retrazioni meninge e formazione di falsi ematomi epidural
  - SNC
    - Edema ed iperemia cerebrali
    - Microascessi cerebrali
  - Apparato respiratorio
    - Edema laringeo
    - Tracheo-bronchiti
    - Edema polmonare
    - Particelle fuliginose nelle vie aeree distali (dimostrazione di inalazione vitale)
    - Presenza di embolie gassose (indicative di sussistenza del circolo al momento dell'esposizione alle fiamme)
  - Cuore e muscoli: aspetto "a carne lessa"
  - Fegato: focolai necrotici
  - Sangue: spesso coagulato e di colore scuro per formazione di metaemoglobina o per effetto della carbossemoglobina ad elevata temperatura
  - Reni: emoglobinuria e mioglobinuria > necrosi tubulare acuta (aggravata dall'ischemia renale verificatasi per lo shock)
  - Apparato GI: ulcere ed erosioni multiple
- Carbonizzazione: è molto importante stabilire se è avvenuta prima o dopo la morte; indici di vitalità della lesione sono:
  - Presenza di fuliggine nelle vie aeree, soprattutto distali: sono indice di attiva inalazione di fumi
  - Presenza di adeguate concentrazioni di CO nel sangue: depone per un'aspirazione attiva di fumi
  - Carbossiemoglobina > 10% (ma attenzione al fatto che una percentuale più bassa può esser dovuta ad una combustione in ambiente aperto, in presenza di elevata quantità di ossigeno e quindi scarsa produzione di CO)
  - Embolie gassose polmonari: rivela la sussistenza, come già detto, del circolo ematico al momento della produzione di emboli gassosi ad opera del calore sul tessuto cutaneo

- NB: il rilievo simultaneo di fattori vitali e post-mortali, associato a riscontro di bassi livelli di carbossiemoglobina, indirizza verso un'esposizione alle fiamme avvenuta in limine vitae
- Sepsis: è utile dimostrare, tramite prelievo nelle aree cutanee interessate e successivi accertamenti microbiologici, l'insorgenza della sepsi, causa principale di morte da ustione
  - In caso di sospetta setticemia: prelievi a carico di diversi organi

### **Lesioni da calore propriamente dette**

Consistono in modificazioni patologiche dell'omeostasi generale dell'organismo, determinate dall'esposizione ad elevate temperature:

- Collasso da calore: si verifica per esposizioni ad elevate temperature in individui scarsamente acclimatati
  - Fattori favorenti: attività fisica, abbigliamento inadeguato, deplezione idrosalina
  - Patogenesi: vasodilatazione > ridotto ritorno venoso > diminuita gittata cardiaca > collasso CC
  - Sintomi
    - Generali: malessere, astenia, tachicardia, cefalea, vertigini, ipotensione, sudorazione
    - Collasso
      - Semplice (in forme meno gravi): regredisce rapidamente trasferendo in un luogo più ventilato
      - Esaurimento da calore (in forme più gravi): l'insorgenza è rapida ed il soggetto appare pallido, prostrato, con cute fredda e sudata. Il quadro è caratterizzato da obnubilamento del sensorio, lipotimia ed eventualmente sincope
- Crampi da calore: in caso di deplezione idrosalina accentuata
- Colpo di calore: costituisce la più grave delle sindromi sistemiche da ipertermia
  - Fattori favorenti: soggetti anziani, climi tropicali, condizioni che favoriscono una rapida ed intensa sudorazione
  - Patogenesi: vasodilatazione > aumento ritorno venoso > insufficienza cardiaca > aumento della pressione venosa (con effetti a livello cutaneo di) > progressivo esaurimento della funzionalità delle ghiandole sudoripare > blocco del meccanismo della sudorazione > impossibilità di cedere calore > ipertermia rapida altamente pericolosa per il SNC
  - Sintomatologia (della forma tipica, ossia iperpiretica):
    - Generale: malessere, sete, vertigini, cefalea, perdita di coscienza, cute arrossata e secca (per blocco della sudorazione)
    - Irritazione meningea ed encefalica: nausea, vomito, rigidità nucale, allucinazioni
    - Scompenso circolatorio: ipotensione, tachicardia, tachipnea, coma, morte
  - Forme particolari
    - Fulminante: rapida insorgenza di insufficienza CR senza iperpiressia con morte
    - Sincopale
    - Congestizia: con edema polmonare
    - Asfittica: dispnea, cianosi, perdita di coscienza, arresto respiratorio
    - Psicotica: disturbi della coscienza, allucinazioni, delirio, istinti suicidari
    - Uremica: insufficienza renali
  - AP
    - MA
      - Congestione vasale diffusa

- Edema cerebrale
  - Aumento del liquor
  - Emorragie subaracnoidee
  - Edema e congestione polmonare
- MI: alterazioni di tipo degenerativo dei neuroni della corteccia, dell'ipotalamo e del tronco encefalico
- Aspetti ML
  - Raffreddamento del cadavere ritardato
  - Intense e precoci rigidità e putrefazione
  - Diffuse ipostasi
- Prognosi: possibili disturbi cerebrali e cerebellari nei sopravvissuti
- Colpo di sole: simile al colpo di calore (soprattutto il rapido esordio), si verifica quando l'individuo espone lungamente all'azione dei raggi solari il capo (ed, in particolare, il rachide cervicale)
  - Patogenesi: irraggiamento (piuttosto che ipertermia come nel colpo di calore) con azione a livello encefalico e troncoencefalico
  - Clinica: cefalea intensa, vertigini, nausea e vomito, rigidità nucale, temperatura elevata, cute calda e sudata (a differenza del colpo di calore); nei casi più gravi, allucinazioni, delirio, perdita di coscienza, coma e morte
  - AP: simile al colpo di calore

### **Esposizione a basse temperature**

L'esposizione a basse temperature, di origine sia naturale che artificiale, viene contrastata dall'organismo mediante la produzione di calore endogeno attraverso termogenesi e limitazione della dispersione calorica (termolisi). Quando tale equilibrio non è più sostenibile si verificano effetti locali (congelamento) o sistemici (assideramento):

- Congelamento: riguarda regioni circoscritte del corpo, in genere quelle periferiche (mani, piedi, orecchie, naso), meno efficacemente irrorate e meno protette dai vestiti
  - Patogenesi: temperature comprese tra  $-10^{\circ}\text{C}$  e qualche grado sopra lo 0 > spasmo arteriolare locale con vasocostrizione locale > ipossia ed accumulo di metaboliti acidi > vasodilatazione paralitica veno-capillare con liberazione di istamina > edema interstiziale > rallentamento ematico ed aumento della viscosità ematica > trombi endocapillari > necrosi e gangrena (secca per ostruzione totale, umida per ostruzione parziale)
    - NB: la gangrena umida, in rapporto al minor isolamento dell'area coinvolta, è più grave di quella secca, in quanto determina più facilmente l'immissione in circolo di tossine batteriche e prodotti di degenerazione tissutale originati dai focolai di infezione
    - NB: il freddo è, inoltre, capace di provocare danni diretti (ossia non mediati da fattori vascolari), per la formazione di cristalli capaci di ledere le pareti cellulari
  - Clinica: vi sono 3 gradi, preceduti da una fase pre-eritematosa (pruriti, parestesie, pruriti, ipo-anestesia, dolore, impaccio motorio)
    - I: eritema di colore rosso-violaceo con lieve edema locale ed intensificazione della sintomatologia insorta in fase pre-eritematosa
    - II: intenso edema cianotico e flittene dermo-epidermiche ed intraepidermiche, a contenuto sieroso o siero-ematico, che evolvono verso la formazione di piaghe
    - III: necrosi superficiale e profonda dei tessuti:
      - Interessamento di derma e sottocute: escare
      - Di muscoli ed ossa: gangrena con possibile insorgenza di un quadro sistemico caratterizzato da febbre e stato tossico generale

- Quadri caratteristici
  - Piede da trincea
  - Piede da immersione

## Par. IV: Lesioni da energia barica

### Caratteristiche generali

Si verificano per variazioni della pressione ambientale a seguito di un repentino passaggio da un ambiente ipercompresso a condizioni pressorie normali (iperbaropatie) oppure in conseguenza di un brusco passaggio da condizioni normali a condizioni caratterizzate da abbassamento pressorio (ipobaropatie).

### Iperbaropatie

Comprendono una serie di quadri clinici legati a particolari attività lavorative od a pratiche sportive (palombari, cassonisti, sommozzatori, pescatori, subacquei):

- Insorgenza
  - In fase di compressione:
    - L'immissione troppo rapida di aria compressa nei cassoni o nelle apparecchiature subacquee, eseguita allo scopo di equilibrare la pressione idrostatica circostante, può determinare nei cassonisti o nei palombari la comparsa di sintomi quali dolori auricolari ed acufeni (per l'aumentata pressione endotimpanica), bradipnea, bradicardia ed ipotensione
    - Sindrome degli alti fondali: si manifesta durante l'immersione a grandi profondità con scafandri od autorespiratori ed è dovuta all'azione dell'azoto inalato a forte pressione, che determina senso di eccitazione e di euforia, cui fanno rapidamente seguito torpore, attenuazione dell'attenzione ed incoordinazione motoria, fino alla morte
  - In fase di decompressione: è la fase più pericolosa, quando eseguita in maniera non graduale
    - Patogenesi: la maggior quantità di azoto disciolta nei tessuti (specie in quello adiposo) nella fase di compressione (allorché era stata respirata aria sotto pressione) si libera dai tessuti sotto forma di bolle gassose, che penetrano nei tessuti, determinando fenomeni di aeroembolismo
    - Clinica: si osservano forme:
      - Lievi:
        - Dolori articolari accompagnati da rialzo febbrile, epistassi, dolori addominali e vomito
        - Possibile comparsa diverse ore dopo la decompressione
        - Regressione in qualche giorno
      - Gravi: sintomatologia
        - Cerebrale: emiplegia, convulsioni, coma
        - Midollare: paraplegie, disturbi sfinterici
      - Fulminanti: caratterizzate da sintomatologia asfittica, sono dovute ad embolismo polmonare:
        - Edema polmonare emorragico
        - Enfisema acuto
- Reliquati
  - Esiti neurologici, visivi od acustici (ipoacusie)
  - Osteoartropatie croniche
    - Formazioni cistiche

- Immagini di osteonecrosi all’RX delle ossa lunghe (osteonecrosi asettica barotraumatica)

### **Ipoaropatie**

- Malattia degli aviatori: per la bassa pressione si determina comunque sovrassaturazione di azoto, con quadri simili alle iperbaropatie
- Mal di montagna
  - Patogenesi
    - Diminuzione della pressione atmosferica
    - Carezza di ossigeno nell’aria
    - Abbassamento della temperatura
    - Effetto dei raggi solari
  - Disturbi
    - A 1.500-2.000 m: dispnea, sintomi vegetativi, stato di ebbrezza
    - Oltre i 3.500 m: tachipnea, tachicardia, acufeni, secchezza delle fauci, vomito, eccitazione
  - Terapia: somministrazione di ossigeno e ritorno graduale ad altitudini più basse
- Male cronico delle altitudini: è caratterizzato da manifestazioni che insorgono in soggetti dimoranti sopra i 3.500 m, nei quali siano venuti meno i processi di assuefazione
  - Sintomatologia: cefalea, vertigini, modificazioni del carattere, fenomeni allucinatori, poliglobulia, enfisema polmonare, ipertrofia ventricolare destra

## CAP. 3: ASFISSIOLOGIA FORENSE

### Par. I: Caratteristiche generali

#### Introduzione

Il campo d'interesse dell'asfissologia forense è costituito dalle sindromi asfittiche meccaniche violente, ossia da quelle forme di insufficienza respiratoria in cui si realizza un impedimento alla penetrazione dell'aria nell'albero respiratorio in conseguenza dell'azione di una causa generalmente esterna all'organismo, di natura meccanica, che si estrinseca con consistente energia e, di norma, in tempi brevi. Esulano, dunque, dal campo dell'asfissologia quelle sindromi che, pur avendo come denominatore comune l'anossia, vale a dire la mancanza di ossigeno a livello tissutale e cellulare, riconoscono un'eziologia endogena o tossica.

In senso stretto, comunque, il termine "asfissia" suole intendere la mancanza di palpito, ovvero di battito cardiaco, e quindi, in senso estensivo, l'assenza di atti respiratori ed il blocco della respirazione cellulare. Caratteri comuni di tutte le forme asfittiche sono, dunque, la primitività del processo, la natura meccanica dello stesso e la violenza dell'azione.

L'azione meccanica violenta di tipo asfittico si realizza attraverso varie modalità, tutte in grado di ostacolare l'ingresso di aria nelle vie respiratorie: esse si realizzano attraverso occlusione degli orifizi respiratori, ostruzione delle vie respiratorie, opposizione all'espansione polmonare.

In base alle modalità di azione è possibile, quindi, classificare le forme asfittiche meccaniche:

- Da occlusione degli orifizi respiratori esterni: soffocamento
- Da compressione delle vie respiratorie:
  - Strozzamento
  - Strangolamento e compressione atipica del collo
  - Impiccamento
- Da ostruzione delle vie respiratorie dall'interno
  - Annegamento
  - Asfissie da inspirazione:
    - Intasamento: terriccio, pezzi di stoffa, oggetti di uso domestico
    - Bolo alimentare
  - Sommersione interna: vomito, sangue, pus, liquido idatideo
- Da impedimento degli atti respiratori per immobilizzazione del torace
  - Morte nella folla
  - Seppellimento (blocco del mantice respiratorio)
  - Sospensione o crocifissione
- Da impedimento degli atti respiratori per utilizzo di anestetici
- Da carenza di ossigeno nell'aria respirata: confinamento (ad esempio, bambini che giocano a nascondino o in caso di grandi traumatismo)

Tra le cause non meccaniche, ma che comunque danno un quadro simile, si ricordano:

- Da edema polmonare acuto per intossicazione acuta da oppiacei: "marea montante" con configurazione del fungo mucoso (vedi dopo) a livello delle labbra. Tipici sono i casi di tossicodipendenti che passano da un rivenditore che fornisce droghe tagliate al 10% a rivenditori più "onesti", che tagliano al 30%. Inoltre, il tossicodipendente può morire per:
  - Enfisema acuto: si ha un blocco centrale con fame d'aria, impossibilità a respirare ed edema lieve
  - Arresto o permanenza in comunità > diminuzione della tolleranza > ripresa delle stesse dosi > overdose

- Da cause sistemiche
  - Patologie acute cardiocircolatorie
  - Patologie respiratorie
    - Acute: polmonite interstiziale acuta da influenzavirus o VRS nei bambini
    - Croniche: pneumoconiosi

### **Dinamica dell'azione asfittica**

L'organismo è in grado di resistere per breve tempo, e senza particolari inconvenienti, alla sospensione dell'attività respiratoria, così come accade nell'apnea volontaria, nella quale viene sfruttata la quantità di aria residua a livello delle strutture alveolo-polmonari.

Il prolungamento dell'apnea volontaria dipende da molteplici fattori, sia intrinseci (fisiologici quali età, costituzione fisica, allenamento; patologici quali presenza di affezioni respiratorie, ematiche o cardiovascolari) sia estrinseci (temperatura, umidità, farmaci ad azione depressiva sul SNC).

In ogni caso, il progressivo aumento dell'ipossiemia e dell'ipercapnia determina, in tempi diversi ed a seconda delle condizioni di resistenza individuale, la cessazione dell'apnea volontaria per stimolo diretto dei centri nervosi che regolano la respirazione e, tramite via indiretta, per riflessi a partenza dal glomo carotideo e dai recettori cardio-aortici.

Se questo non avviene, come per fenomeni meccanici violenti, si determina asfissia:

- Fasi dell'asfissia
  - Dispnea inspiratoria: infatti, si cerca, ma non si riesce ad inspirare
  - Dispnea espiratoria: non si riesce ad eliminare l'anidride carbonica in eccesso
  - Pausa respiratoria
  - Boccheggiamiento (o delle convulsioni)
- Fasi in rapporto al venir meno di funzioni fondamentali dell'organismo
  - Della perdita di coscienza
  - Dell'ariflessia
  - Dell'arresto respiratorio
  - Dell'arresto cardiaco
- NB: ciascuna fase ha una durata di circa 1 minuto e quindi la morte dovrebbe verificarsi in circa 4-5 minuti (a meno che non riguardi soggetti allenati, soprattutto sportivamente, all'apnea)

### **AP dell'asfissia meccanica**

Il quadro AP è caratterizzato da una serie di reperti, esterni ed interni, nessuno dei quali patognomnico, ma che nell'insieme possono indirizzare verso una diagnosi di morte per asfissia:

- Reperti esterni
  - Cianosi del volto, del collo e talora del terzo superiore del torace, associata o meno alla protrusione dei globi oculari
  - Petecchie emorragiche (specie sottocongiuntivali)
  - Fenomeno del "fungo schiumoso": schiuma che fuoriesce dagli orifizi respiratori, di colorito bianco-rosaceo, aspetto cotonoso
    - Patogenesi: si produce nelle vie respiratorie a causa del miscuglio di aria, secrezione mucosa e sangue, per effetto degli atti respiratori dispnoici che favoriscono la rottura dei capillari ematici
    - Caratteristiche particolari:
      - In caso di annegamento il fungo schiumoso è più evidente in questi casi, in quanto favorito dalla penetrazione di acqua nell'albero respiratorio
      - In caso di putrefazione avanzata, invece, i gas putrefattivi intestinali costituiscono un ulteriore elemento di evidenziazione del fungo

- Fungo rubro schiumoso: colorito rossastro per la rottura di piccoli vasi sanguigni (non patognomonico in quanto può verificarsi in altre condizioni quali edema polmonare acuto, intossicazione da KCN, etc.)
  - Ipostasi (ipostasi “a mutanda” che arrivano fino ai piedi: si può affermare che il corpo era completamente sospeso per aria)
- Reperti interni
  - Enfisema polmonare acuto con rottura dei setti alveolari
  - Edema polmonare
    - NB: un certo ruolo, secondo alcuni Autori, sembrerebbero avere i macrofagi
      - Numero ridotto: asfissia rapida
      - Numero considerevole (specie negli spazi interstiziali): asfissia protratta
  - Petecchie emorragiche sierose
  - Iperemia viscerale diffusa
  - Anemia splenica
  - Stasi circolatoria
  - Dilatazione delle sezioni destre del cuore
  - Colore rosso scuro del sangue: per l’alterato scambio gassoso indotto dalla dispnea (ipossico ed ipercapnico)
  - Fluidità: è alterata in rapporto all’ipercapnia ed alle alterazioni della fibrinolisi e della disgregazione piastrinica

## Par. II: Modalità di morte per asfissia specifiche

### Soffocamento

Si intende per soffocamento quella forma di asfissia meccanica violenta, che si realizza a seguito dell’occlusione degli orifizi respiratori, attuata esercitando contemporaneamente sulla bocca e sulle narici un’intensa pressione mediante l’impiego di una o tutte e due le mani oppure di altro mezzo fisico idoneo allo scopo:

- Modalità
  - Omicidaria: di gran lunga la più frequente: l’attuazione della modalità asfittica per soffocamento presuppone sempre una certa sproporzione di forza tra aggressore e vittima, che quindi risulta, generalmente, costituita da bambini, handicappati, anziani, defedati, donne, soggetti in stato di incoscienza (anche per effetto di sostanza alcoliche o stupefacenti). Comunque, è tipica dei neonati: momento decisivo per distinguere aborto criminoso da infanticidio è la rottura della borsa delle acque: una volta rotte, e quindi una volta fuoriuscita il feto, si parlerà di infanticidio
  - Accidentale: possibile:
    - Neonati o lattanti: non sono in grado di rimuovere dagli orifizi respiratori eventuali mezzi occludenti (cuscini, coperte, involucri di plastica)
    - Adulti: si può verificare in stati di incoscienza o di sonno profondo, come nell’epilettico dopo una crisi di grande male o nel soggetto ubriaco, sedato da farmaci ad azione sul SNC o drogato
    - In seguito a pratiche erotiche: la fase iniziale di asfissia, infatti, è considerata in grado di accentuare notevolmente gli stimoli sessuali
  - Suicidaria: rarissima
- DD nel lattante tra soffocamento, accidentale o volontario, e sindrome da morte improvvisa (“morte in culla”): è difficoltoso



## Impiccamento

L'impiccamento rappresenta una forma di asfissia meccanica caratterizzata dall'ostruzione delle vie aeree attuata mediante la violenta costrizione degli organi del collo con un laccio fisso ad un sostegno situato, ad impiccamento avvenuto, in posizione superiore al capo e che si tende a causa del peso del corpo, che viene così ad essere sospeso nel vuoto:

- Definizione
  - Tipologie
    - Tipico: il pieno dell'ansa corrisponde alla faccia anteriore del collo ed il nodo scorsoio è situato in sede occipito-nucale
    - Atipico: il nodo scorsoio si trova in altra posizione (anteriormente o di lato) ed il pieno dell'ansa è situato in posizione diametralmente opposta
  - Completezza
    - Completo: tutto il corpo rimane sospeso, gravando quindi con l'intero peso sul sistema di ancoraggio del laccio
    - Incompleto: il corpo poggia con i piedi e le gambe (o con altre parti del corpo) sul piano del terreno o su di un altro sostegno
  - Simmetria
    - Simmetrico: il nodo è posizionato sulla linea mediana del collo
    - Asimmetrico: il nodo è posto nelle regioni laterali del collo
- Fenomenologia della morte per impiccamento: è condizionata dal concorso simultaneo o successivo di 3 determinismi lesivi: asfittico, circolatorio e nervoso
  - Meccanismo asfittico: la trazione degli organi del collo esercitata dal laccio comporta, oltre ad un ostacolo diretto del flusso dell'aria nelle vie respiratorie per compressione delle stesse, un sollevamento verso l'alto dell'osso ioide e della base della lingua, con occlusione della faringe ed impedito accesso dell'aria nell'albero respiratorio
  - Meccanismo circolatorio: si verifica un'ostruzione per stiramento sia delle giugulari sia delle carotidi, cui consegue una stasi cerebrale per ostacolo al circolo refluo, con perdita di coscienza ed arresto della circolazione cerebrale
  - Meccanismo nervoso: il laccio esercita, sulle aree riflessogene del seno carotideo e del vago una stimolazione per compressione e per stiramento con induzione di un meccanismo inibitorio semplice
- Solco: è la lesione cutanea di natura ecchimotico-escoriata prodotta sul collo dall'azione del laccio; può essere molle o dura, a seconda che il laccio eserciti o meno un'apprezzabile azione escoriante
  - Caratteristiche
    - Obliquo dall'avanti all'indietro e dal basso verso l'alto nelle forme tipiche (longitudinale)
    - Discontinuo in corrispondenza del nodo (possibile anche una discontinuità per interposizione di piani di protezione rappresentati da capi di vestiario)
    - Profondità diseguale, maggiore in corrispondenza del pieno dell'ansa, a causa del maggior peso del corpo nel punto di sospensione, e minore a livello del nodo scorsoio
    - Localizzazione al di sopra della cartilagine tiroidea
    - Solitamente unico
    - Possibile fondo escoriato (solco duro): in rapporto sia alla natura del mezzo di sospensione utilizzato sia al gravare del peso del corpo

- Altri aspetti ML
  - Presenza di creste o punteggiature emorragiche e vescichette sierose o siero-ematiche : dimostrano la vitalità della lesione (di una certa importanza nella DD tra impiccamento e sospensione del cadavere) e si verificano soprattutto in presenza di notevoli caratteristiche di ruvidità da parte del laccio (come nelle corde di canapa). L'impronta che ne deriva può facilitare il riconoscimento del mezzo utilizzato per la sospensione (solco figurato)
  - Riscontro, al di sopra del solco, di ipostasi formatesi a causa dell'ostacolo al deflusso del sangue per gravità (ipostasi antigravitarie)
- Segni esterni
  - Contusioni: utili per ricostruire la dinamica, possono trovarsi, ad esempio, a livello delle falangi distali; il soggetto, infatti, iniziata l'azione lesiva, tende istintivamente a rimuovere il laccio dal collo rimanendo, per la subitanea perdita di coscienza, con uno o più dita impigliate tra corde e collo
  - Escoriazioni: possono osservarsi a seguito dei movimenti convulsivi, che fanno oscillare il corpo con possibili urti, specie negli arti inferiori (quindi, anche l'ispezione del luogo ha notevole valenza ML)
  - Lesioni, specie contusive, per rottura del meccanismo sospenditore: caduta al suolo del corpo, già cadavere od in limine vitae
  - Disposizione delle macchie ipostatiche
    - Ipostasi a calza (a livello degli arti inferiori): per impiccamento completo
    - Ipostasi a guanto (a livello delle estremità degli arti superiori): per impiccamento completo
  - Altri segni esterni meno costanti
    - Sporgenza della lingua: deriva dallo spostamento in alto degli organi del collo, dovuto alla rigidità cadaverica per contrazione di muscoli masseteri
    - Ecchimosi sottocongiuntivali
    - Sperma nell'orifizio uretrale esterno: è dovuto al rilasciamento sfinterico ed alla contrazione agonica delle vescichette seminali
    - Turgore penieno: da replezione dei corpi cavernosi per fenomeni ipostatici
- Segni interni
  - Reperti generici di asfissia (vedi dietro)
  - Rilievi specifici
    - A carico degli organi del collo: sono dovuti allo stiramento
      - Infiltrazione emorragica dei fasci muscolari (soprattutto SCM)
      - Lesione trasversale dell'intima delle carotidi comuni, specie al di sotto della biforcazione (segno di Amussat)
      - Lesione del nervo vago
      - Piccole emorragie della parete delle carotidi (segno di Friedberg) e dei linfonodi situati in profondità a livello del laccio (segno di Jankovich)
      - Ecchimosi retrofaringea per compressione da parte della base della lingua spinta in alto dal laccio (segno di Browardel)
      - Rottura della cartilagine tiroidea e dei corni dell'osso iodi (rara)
      - Fratture o lussazioni delle prime vertebre cervicali e frattura del dente dell'epistrofeo con compressione bulbare: nei casi di esecuzione capitale mediante impiccagione
- Tipologie
  - Suicidaria: la più frequente

- Accidentale: in seguito ad attività ludiche od erotiche (in questi casi, l'impiccamento è tipicamente incompleto)
- Omicidaria: rara: poiché l'impiccamento di una persona cosciente è praticamente impossibile, l'attuazione di un piano omicidario per impiccamento presuppone un'assoluta sproporzione tra carnefice e vittima (tipicamente in stato di incoscienza > ricerca di eventuali segni di tramortimento nella vittima)
- NB: più frequente è il caso in cui una persona venga impiccata per simulare un suicidio; la diagnosi di sospensione di cadavere si basa su:
  - Ricerca di segni di azione lesiva di altro tipo
  - Risccontro del carattere non vitale delle lesioni esterne ed eventualmente interne della regione cervicale
  - Mancanza di segni generici di asfissia (a meno che non sia stata attuata un'altra modalità omicidaria asfissiante)

### **Strangolamento**

È una forma di asfissia meccanica che si realizza mediante costrizione delle vie aeree dall'esterno, ottenuta con l'uso di un laccio posto attorno al collo o di un altro mezzo equivalente, cui comunque è applicata una forza agente secondo un piano trasversale rispetto all'asse maggiore del collo.

Quindi, si differenzia dallo stozzamento per l'utilizzo di un qualsiasi mezzo meccanico agente circolarmente in senso centripeto in modo da produrre una progressiva costrizione del lume delle vie aeree al fine di impedire il normale flusso dell'aria; si differenzia, inoltre, dall'impiccamento per l'assenza di sospensione totale o parziale del corpo:

- Mezzi impiegati: corde, lacci, fili metallici, fili elettrici, cinghie
- Tipologia
  - Tipico: l'azione lesiva si esplica sul collo in ogni parte della sua circonferenza
  - Atipico (od incompleto): pur agendo sempre a livello del collo, l'azione lesiva viene attuata con lacci non avvolti completamente (come per aggressione dalle spalle) o con mezzi non in grado di cingere completamente il collo (bastoni, avambraccio o ginocchio dell'aggressore)
    - NB: questi quadri più propriamente si configurano come compressioni atipiche del collo
    - Garrotamento: in passato utilizzato come pena capitale, indica casi di strangolamento effettuati mediante costrizione di un laccio attorno al collo mediata da un'asta od un bastone che, attorcigliando il laccio, determina la progressiva chiusura delle vie aeree
- Meccanismo
  - Asfittico puro
  - Nervoso: determina morte rapidamente e non si osserva il classico quadro asfittico
  - Vascolare: ostruzione dei vasi venosi (completa) ed arteriosi (incompleta) > stasi circolatoria nel territorio a monte > aumento delle pressioni intravascolari > rottura dei capillari > perdita di coscienza e della possibilità di difesa da parte della vittima
- AP: il quadro è quello tipico delle morti asfittiche
  - Segni esterni
    - Solco cutaneo impresso sulla superficie del collo: ha caratteri proprio, utili nella DD con il solco da impiccamento:
      - Disposizione trasversale (e solo raramente obliqua)
      - Più frequente a livello od al di sotto della cartilagine tiroidea (quindi in posizione più bassa rispetto a quello dell'impiccamento)
      - Continuo in caso di strangolamento tipico

- Carattere singolo o multiplo
- Uguale e regolare profondità in tutto il suo percorso (per l'omogenea azione del laccio)
- Consistenza
  - Solco duro: viene prodotto da un laccio ruvido, capace di azione escoriente (corda di canapa) ed esita in un intenso essiccamento post-mortale con aumento della consistenza ed infiltrazione ematica
  - Solco molle: prodotto da un laccio morbido e soffice, privo di potere escoriente (calza di tessuto sintetico), presenta essiccamento meno evidente ed assenza di escoriazione e di infiltrazione ematica
- Segni interni: sono analoghi a quelli delle altre morti per asfissia meccanica, ma non si osservano mai lesioni del dente dell'epistrotico (per l'assenza di un'azione esercitata dal peso del corpo)
- Forme
  - Forme omicidiarie: abbastanza frequenti, si basano soprattutto sul fattore sorpresa, che consente di realizzare una violenta ed inaspettata costrizione del collo, cui consegue una rapida stasi circolatoria, con perdita di coscienza ed impossibilità della vittima di effettuare una valida difesa
    - NB: spesso l'aggressore rende incosciente la vittima, tramite droghe o alcool (> esame tossicologico) o colpi al capo
  - Strangolamento suicidiario: raro, viene attuato con tecniche complesse; indizi sono.
    - Rudimentalità ed artificiosità dei mezzi impiegati
    - Molteplicità dei giri di laccio intorno al collo
    - Esistenza di più nodi a serrare il cappio
  - Strangolamento accidentale: raro, viene solitamente provocato da un oggetto che il soggetto porta al collo (catenina, cravatta), il quale viene imprigionato da un mezzo meccanico in movimento, da ruote o da ingranaglie sottoposto a violenta trazione. Forme accidentali possono verificarsi anche per chiusura del collo in cancelli, saracinesche, etc.

### **Strozzamento**

Lo strozzamento rappresenta un tipico meccanismo asfittico per compressione dall'esterno delle vie respiratorie e conseguente loro occlusione realizzata esercitando con una o due mani una violenta costrizione del collo.

In alcuni casi, l'azione compressiva sul collo può coinvolgere aree riflessogene (seno carotideo: in caso di sindrome del seno carotideo, anche una modesta compressione può determinare l'exitus), la cui stimolazione induce meccanismi inibitori cardiaci in grado di provocare l'exitus anche repentinamente, escludendo, di conseguenza, i meccanismi asfittici e le relative alterazioni AP, pur in presenza di una lesività esterna ben documentabile.

Riguardo, invece, fattori vascolari, appaiono di scarsa rilevanza.

- Lesività: nelle forme tipiche il quadro AP ricalca quello delle morti asfittiche, mentre la lesività specifica è caratterizzata da:
  - Segni esterni
    - Lesioni ecchimotiche localizzate alle superfici antero-laterali del collo: spesso di tipo figurato, riproducono la forma delle dita e dei polpastrelli (> informazioni sulla dinamica dell'omicidio)
    - Lesioni escoriate: lineari od a forma di semiluna, prodotte dalle unghie dell'aggressore, sempre localizzate nelle regioni AL del collo

- NB: è utile esaminare, nel sospetto omicida, la sede subungueale, alla ricerca di frustoli di materiale dermo-epidermico rimasti intrappolati
    - Possibili segni esterni da colluttazione
  - Segni interni
    - Infiltrazioni emorragiche, di solito scarse, dei fasci muscolari, del fascio vascolo-nervoso del collo e dell'intima delle carotidi
    - Lesioni delle strutture cartilaginee laringo-tracheali e dell'osso ioide: possibile rottura delle cartilagini tiroidea e cricoidea della laringe
- Forme
  - Omicidiaria: frequente, con sproporzione, come visto per il soffocamento, fra aggressore e vittima
    - NB: in questa forma, come anche in caso di soffocamento, la perdita di coscienza non è immediata e ci vogliono anche 15-20 minuti per uccidere la vittima, minuti nei quali la vittima può opporre una certa resistenza: difatti, risultano lesioni ecchimotico-escoriate sul corpo della vittima, quali, appunto, espressione di una avvenuta colluttazione
    - NB: è, invero, frequente il tentativo di mascheramento dello strozzamento tramite, ad esempio, precipitazione o impiccamento (per simulare un suicidio)
    - NB: particolare è anche lo strozzamento negli infanticidi, data la scarsissima resistenza opposta

### **Annegamento**

È una forma di asfissia meccanica caratterizzata dall'ingresso di un mezzo liquido esterno all'organismo nell'albero respiratorio, con sostituzione del contenuto aereo dei polmoni ed impedimento dei normali scambi gassosi; si realizza, in pratica, un'occlusione interna delle vie respiratorie:

- Tipologia
  - Tipica: il mezzo liquido penetra dall'esterno nell'apparato respiratorio attraverso gli orifizi respiratori e la superficie corporea si trova in gran parte o totalmente immersa nell'ambiente liquido
  - Atipica: consegue alla brusca chiusura della glottide per fenomeno riflesso indotto dalla presenza nella laringe di acqua anche in quantità minima: ciò accade quando solo gli orifizi respiratori, per la posizione supina assunta dal corpo, sono immersi nel liquido e vi permangono per un tempo sufficientemente lungo a causa dell'impossibilità del soggetto di sottrarsi a tale posizione. Il meccanismo asfittico risulta, dunque, favorito dall'azione dell'elemento liquido. È tramite questo meccanismo che si simula un annegamento con la pratica della tortura del waterboarding (ndr).
- Qualità del mezzo liquido:
  - Ipotonico: come l'acqua dolce, passa velocemente nel sangue e lo diluisce, causando ipervolemia ed anemia da emodiluizione; contemporaneamente si ha emolisi, con liberazione del potassio. L'iperpotassiemia, unitamente allo squilibrio plasmatico ed all'anossia, induce una fibrillazione ventricolare ad esito rapidamente mortale (3-5 minuti)
  - Iperotonico: come l'acqua salata, richiama negli alveoli plasma dai capillari, determinando da una parte edema polmonare acuto, dall'altra emocoagulazione con ipovolemia e deficit della pompa cardiaca; l'andamento sarà un po' più lento, con morte in 6-8 minuti
- AP
  - Segni esterni
    - Cute anserina: è prodotta dalla contrazione post-mortale dei muscoli piloerettori a causa di stimolazioni termiche o meccaniche derivanti dall'ambiente liquido

- Fungo schiumoso o mucoso: la presenza di schiuma mucosa biancastra agli orifici respiratori, reperto più significativo del precedente, si determina per commistione, a livello di bronchi e trachea, del liquido annegante con il muco aereo e con fenomeni putrefattivi gassosi post-mortali. Il fungo può anche essere rosato o rossastro per commistione al sangue
      - NB: questo segno è molto importante, in quanto segno di attività vitale al momento della morte; tuttavia, è incostante e poco specifico
  - Segni interni: hanno maggior valore probatorio ed, in aggiunta ai tipici segni di morte asfittica, possono osservarsi:
    - Presenza di schiuma nel lume tracheo-bronchiale
    - Enfisema acuto polmonare (iperaeria): è dovuto all'iperdistensione alveolare realizzatosi durante la fase dispnoica dell'annegamento
    - Edema polmonare (iperidria): in caso di penetrazione di liquido annegante negli alveoli
    - Macchie di Paltauf: sono macchie rilevate preferibilmente negli spazi interlobari e sulla faccia anteriore dei lobi basali (di maggiori dimensioni, di colore meno intenso e meglio circoscritte rispetto alle aspecifiche macchie di Tardieu). Si formano per la lacerazione dei setti interalveolari periferici ad opera del liquido annegante, che determinerebbe commistione di acqua, muco e sangue
    - Presenza di liquido annegante nell'intestino (DD con sommersione di cadavere, in cui il liquido non supera la valvola pilorica)
- Indagini di laboratorio
  - Emodiluizione: è dovuta al passaggio nel torrente circolatorio del liquido annegante penetrato a livello polmonare; di conseguenza, il sangue a partenza dal ventricolo sinistro è più emodiluito rispetto a quello a partenza dal ventricolo destro e tale fenomeno è dimostrato mediante:
    - Prova cartometrica: consiste nel far cadere gocce di sangue prelevate separatamente dai due ventricoli su di un foglio di carta bibula ed osservare la grandezza dei relativi aloni (sangue dal ventricolo sinistro più emodiluito e quindi alone più grande e colorito più intensi)
    - Ricerca della modificazione del delta crioscopica e della conducibilità elettrica:
      - Acqua salata: abbassamento del punto di congelamento ed aumento della conducibilità (con aumento della cloruremia)
      - Acqua dolce: il contrario
  - Plancton: la presenza di una grande quantità di corpuscoli incapaci di movimento proprio (plancton) e sospesi nel liquido annegante, ne determina la deposizione negli organi
    - Tipo
      - Vegetali: fitoplancton
      - Animali: zooplancton
      - Minerale: geoplancton
    - Rinvenimento di plancton nel parenchima polmonare, ma soprattutto negli organi irrorati dal grande circolo (fegato, reni, midollo osseo): dimostra, con grande rilevanza ML, che nel momento in cui il mezzo liquido ha inondato i polmoni, l'attività cardiocircolatoria era efficiente (quindi, il soggetto era in vita al momento dell'annegamento)
      - NB: il rilievo nel parenchima polmonare o nel primo tratto dell'apparato digerente può avvenire, per penetrazione passiva, anche in caso di sommersione del cadavere

- Particelle ricercate: quelle di fitoplancton dotate di guscio calcareo (diatomee: dotate di struttura cristallina, risultano visibili al microscopio)
  - Quantità di plancton rinvenuta: una quantità minima, infatti, può esser rinvenuta anche in individui che vivono o lavorano in ambienti polverosi
  - Esame del fitoplancton contenuto nel liquido annegante (per valutare l'identità con il plancton rinvenuto nel liquido corporeo)
- Modificazioni del cadavere in acqua: sono indipendenti dal tipo di morte, ma tipiche di morti avvenute comunque in acqua
  - Trasformazioni cadaveriche nell'acqua in 2 settimane = trasformazioni cadaverica in aria in 1 settimana
  - Caratteristiche peculiari delle morti in acqua
    - Ipostasi: la posizione assunta dal cadavere in acqua (prona, con il capo e gli arti superiori in posizione declive rispetto al resto del corpo) provoca una peculiare distribuzione topografica delle ipostasi, che si localizzano elettivamente al viso, agli arti superiori, al terzo superiore anteriore del torace.  
Il colore delle ipostasi, inoltre, è tipicamente rosso-vivo a causa dell'ossigenazione cui il sangue è sottoposto in ambiente umido
    - Raffreddamento del cadavere
    - Macerazione cutanea
    - Putrefazione
    - Saponificazione
- Forme
  - Suicidaria: frequente, può esser suggerita dalla presenza di legature degli arti o di pesi collegati al cadavere
  - Accidentale: possono verificarsi per inesperienza nel nuoto, per malore durante un bagno o per involontaria caduta in acqua in stato di ubriachezza
  - Omicidiaria: rara, è possibile in caso di soggetti inabilitati a difendersi
    - NB: occorre far attenzione alla sommersione di cadavere

### **Morte in acqua**

Sono morti che conseguono all'immersione in acqua, senza tuttavia riconoscere una genesi asfittica:

- Meccanismi
  - Nervoso: di tipo inibitorio, sarebbe scatenato dall'improvvisa immersione del corpo in acqua fredda con stimolazione della mucosa nasale e faringo-laringea venuta a contatto con il mezzo liquido; a ciò conseguirebbe un'inibizione cardiaca riflessa, che può esitare nell'arresto cardiaco e respiratorio immediato
  - Immunitario: in altri casi, la brusca stimolazione esercitata dall'acqua fredda su soggetti in fase di digestione, in presenza di intensa congestione viscerale, provocherebbe il passaggio in circolo di proteine alimentari non digerite, che si comporterebbero come allergeni in grado di stimolare una reazione anafilattica
  - Circolatorio: per vasodilatazione reattiva
- Diagnosi: è di esclusione e si basa sulla mancanza di segni di asfissia (talvolta, tuttavia, presenti, ad esempio in caso di sovvenuta sincope con caduta in acqua ed annegamento)

### **Asfissie da aspirazione**

Sono rappresentate dall'ostruzione dall'interno delle vie aeree, causata dalla penetrazione di corpi di natura eterogenea, aventi tutti, come caratteristiche comuni, la provenienza esterna rispetto all'organismo e la consistenza solida del mezzo occludente (diagnosi ML agevole in caso di riscontro del mezzo occludente). Realizzano il quadro asfittico dell'intasamento ed è tipico il caso di morte da bolo alimentare (che ostruisce la laringe determinando exitus).

### **Sommersione interna**

È costituita dall'inondazione delle vie respiratorie da parte di un fluido proveniente dall'interno dell'organismo; caratteristiche distintive sono, dunque, fluidità del mezzo occludente e natura endogena dello stesso:

- Sangue: da rottura di grossi vasi, da lesioni da arma da fuoco
- Altro
  - Pus da sacche ascessuali
  - Liquido idatideo per rottura di cisti da echinococco
  - Contenuto GI risalito in caso di vomito

### **Immobilizzazione toracica**

È una forma di asfissia meccanica, che si realizza per insufficiente ventilazione polmonare provocata dall'impedimento dei normali movimenti respiratori sia dei muscoli costali che del diaframma.

Segni esterni caratteristici sono:

- Aumento pressorio nel distretto della cava superiore
- Maschera ecchimotica: cianosi intensa di collo, volto e regioni superiori del torace (distribuzione a mantellina)
- Ecchimosi ed emorragie congiuntivali, ma anche nasali ed auricolari.



## CAP. 4: IMPUTABILITA' E PERICOLOSITA' SOCIALE

### Par. I: Caratteristiche generali

#### Introduzione

Nel diritto penale, il fatto umano illecito, in cui si concreta la condotta proibita dalla Legge, è considerato e valutato, ai fini del giudizio sulla responsabilità e quindi dell'erogazione e della graduazione della pena, sotto un duplice aspetto, materiale e psicologico.

L'imputabilità fisica di un certo fatto richiede la prova del nesso di causalità giuridico-materiale fra una certa condotta e l'evento di danno (o di pericolo).

L'imputabilità psichica di quello stesso fatto richiede in ogni caso la prova della colpevolezza del reo, che richiede a sua volta l'effettiva capacità di discernere il significato antigiuridico del comportamento tenuto: infatti, secondo l'Art. 42 c.p. "nessuno può esser punito per un'azione od omissione prevista dalla legge come reato, se non l'ha commessa con coscienza e volontà". Di conseguenza, l'eventuale dimostrazione dell'inesistenza del nesso di causalità materiale fra condotta ed evento renderà inutile e priva di fondamento l'ulteriore valutazione giuridica del comportamento considerato e della personalità di colui che l'ho posto in essere.

D'altra parte, in caso contrario, ove cioè quel rapporto di causalità materiale sussista e se ne forniscano le prove, esso non esaurirà mai il problema giuridico della definizione dell'effettiva responsabilità dell'autore del reato. A tal fine, dunque, dovranno valutarsi la colpevolezza (coscienza ed imputabilità dell'azione o dell'omissione) e l'imputabilità del reo (capacità di intendere e di volere).

#### Definizione del concetto di imputabilità

L'Art. 85 del c.p. recita "nessuno può esser punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui l'ha commesso, non era imputabile. Era imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere".

Dall'esame dell'articolo derivano diversi aspetti fondamentali:

- Giudizio circa l'imputabilità: è fondamento inderogabile del giudizio di punibilità e quindi presupposto necessario per l'erogazione della pena
- Requisito di imputabilità del reo: deve sussistere non solo nel momento in cui si consuma il reato, ma anche successivamente, ossia:
  - Nel momento attuativo del reato: se viene a mancare l'imputabilità, non sussiste punibilità per assenza della capacità di intendere o di volere dell'agente (vizio totale o parziale di mente o "immaturità" nel caso di minori)
  - Nel momento dell'accertamento giudiziario delle responsabilità: se l'imputabilità viene a mancare, dovrà sospendersi il procedimento
  - Nel momento dell'esecuzione della sanzione penale: se l'imputabilità viene a mancare, si deciderà il differimento o la sospensione della pena
  - NB: se il reo non risulta imputabile, non sarà giudicato punibile, e quindi non dovrà soggiacere alla pena, ma sarà prosciolto. Tuttavia, se il giudice lo ritiene necessario, potrà essergli applicata la misura di sicurezza, in ogni caso subordinata alla definizione della pericolosità sociale del reo. In alcuni casi, inoltre, può esser accertato un vizio parziale di mente ("semi-imputabilità": ma il termine è scorretto): in tali casi, il soggetto potrà esser giudicato responsabile e punibile, applicando la pena stabilita ma in misura ridotta (una volta scontata la pena, poi, si affiderà il soggetto a case di cura e di custodia)
- Imputabilità attuativa del soggetto: va riferita sempre al momento in cui il fatto è stato commesso. Purché l'imputabilità sussista occorrono la capacità sia di intendere che di volere: se una sola viene a mancare, cade l'imputabilità (DOC)

### **Capacità di intendere**

Non è valutabile separatamente dalla capacità di volere: il c.p. vigente subordina l'acquisizione dell'imputabilità al possesso sia della capacità di intendere sia della capacità di volere.

In ogni caso, un aspetto della capacità di intendere è che il soggetto sia consapevole di ciò che accade, cioè che abbia una normale consapevolezza di sé e del mondo (coscienza della realtà).

Quindi, la persona deve rendersi conto della realtà in cui vive e delle stimolazioni che gli arrivano dall'ambiente esterno: è ovvia, in tal senso, l'importanza delle funzioni sensoriali, della percezione e dell'integrazione degli stimoli a livello cerebrale.

Peraltro, il soggetto deve essere in grado di cogliere ed interpretare i segnali interni ed esterni, dando loro il giusto peso e significato. Quanto considerato finora rientra nel concetto di "coscienza" di sé e della realtà esteriore.

Tuttavia, il soggetto deve rendersi conto anche della propria possibilità di rapportarsi col mondo esterno, quindi della sua capacità di modificare la realtà esteriore (oltre che interiore) agendo su di essa, e quindi di poter causare e produrre delle modifiche della realtà circostante. Egli acquista, così, consapevolezza delle azioni od omissioni poste in essere dal proprio comportamento e delle conseguenze derivabili ("consapevolezza comportamentale"; secondo alcuni Autori la "consapevolezza consequenziale" sarebbe una facoltà distinta).

In definitiva, la capacità di critica, ossia la valutazione critica e la scelta del comportamento da tenere nella situazione concreta, rappresenta un aspetto di primaria importanza.

### **Capacità di volere**

Parlando di capacità di volere ci si riferisce non all'atto di volontà concreto, poiché la volontà è una prerogativa del fatto realmente avvenuto, quanto all'idoneità del soggetto di volere quel comportamento e quelle conseguenze.

Si deve, dunque, provare che il soggetto possedeva realmente quelle capacità (di intendere e di volere), prima ancora di averle concretamente utilizzate in un atto concreto di volontà.

In ogni caso, il giudizio sull'atto concreto di volontà è preceduto da quello sulla capacità di volere.

In sostanza il processo "di intendere e di volere" potrebbe schematizzarsi nelle seguenti fasi:

- Prima fase: momento sensoriale-percettivo
- Seconda fase: momento ideativo ed associativo ("appercettivo")
- Terza fase: momento deliberativo: il soggetto valuta, anche inconsciamente, pro e contro, fattibilità ed eseguibilità
- Quarta fase: momento della decisione: su questa agiscono fenomeni intrinseci (cultura, educazione, etica, etc.) ed estrinseci (bisogno materiale, etc.), tra i quali spicca la forza intimidativa della sanzione penale (consapevolezza della pena). Quest'ultima farebbe nascere nel soggetto una sensazione spiacevole, in contrasto con quello piacevole indotta dal pensiero del reato, che può tradursi in un potente stimolo inibitorio all'azione. Tale consapevolezza della pena sarebbe meno forte nei delinquenti abituali, "abituati" alla pena. Se la decisione non matura, quindi, la volontà degrada per inerzia e l'atto volitivo abortisce
- Quinta fase: momento esecutivo: l'individuo realizza l'atto ideato, deliberato e deciso. L'esito conclusivo è subordinato anche alla maggiore o minore facilità con cui in un certo individuo ad un eccitamento psico-sensoriale segue la reazione corrispondente, cioè la trasformazione dell'idea in atto.

## **Par. II: Cause di esclusione di imputabilità**

### **Introduzione**

Nel soggetto adulto con più di 18 anni, l'imputabilità è sempre presunta dal codice e quindi ne viene data sempre per scontata la sussistenza: superata quest'età, occorrerà, tuttavia, provare l'eventuale esistenza di così gravi infermità mentali da escludere (vizio totale di mente) o scemare gradualmente (vizio parziale di mente) la capacità di intendere e di volere della persona esaminata.

Al di sotto del 18° anno, invece, occorre distinguere due fasce d'età: per i minori di 14 anni, infatti, sussiste sempre la presunzione assoluta della non imputabilità; per quelli tra 14 e 18 anni, non sussiste né presunzione di non imputabilità, né presunzione di imputabilità e l'imputabilità va accertata caso per caso.

### **Imputabilità del minore**

Per gli adulti, le eventuali cause di esclusione debbono avere sempre carattere patologico; per i minori, invece, esse possono essere non solo di ordine patologico, ma anche fisiologico.

Per essi, infatti, si deve accertare, caso per caso, la cosiddetta maturità psichica, tramite l'esecuzione di indagini riguardo la personalità del minore, il suo grado di istruzione, la preparazione etica e spirituale, i sentimenti, le inclinazioni del carattere, la condizioni socio-ambientali e familiari.

Inoltre, ai sensi dell'Art. 67 c.p.p., quando sussiste un fondato dubbio circa l'effettivo ricorrere della minore età, questa si presume in ogni caso e tale presunzione acquista valore a tutti gli effetti del procedimento, dunque anche ai fini della presunzione della non imputabilità.

Peraltro, se il processo è già stato incardinato presso l'Autorità giudiziaria minorile, gli atti non potranno esser più trasmessi al Procuratore della Repubblica od al Pretore, nemmeno quando vi sia fondata ragione di ritenere che l'imputato sia maggiorenne.

Il principio del "favorminoris", recentemente introdotto, stabilisce, dunque, che nel caso di riconosciuta immaturità psichica, l'imputabilità debba essere esclusa anche fino ai 18 anni; fa, inoltre, superare il divieto di legittimare l'indagine peritale sulla personalità solo in presenza di infermità mentale.

In sostanza, nel minore assumerebbe importanza la stessa fisiologica insufficienza dei poteri di controllo delle emozioni e delle pulsioni istintive ("immaturità"): difatti, secondo una sentenza del Tribunale minorile di Milano, "deve ritenersi l'incapacità di intendere e di volere per immaturità qualora il reato commesso, seppur grave e determinato da futili motivi e pur se commesso da ragazzi provenienti da famiglie di buone risorse culturali ed economiche, appaia espressione di scarsissima capacità critica e di una pressoché totale mancanza di consapevolezza da parte di tutti i soggetti all'epoca del fatto in ordine alla gravità ed al profondo disvalore del reato che stavano compiendo".

Pertanto, se nell'adulto gli stati emotivi o passionali non escludono l'imputabilità, questo non è altrettanto vero nel caso del minore, nei quali la capacità di inibirsi dipende fortemente da fattori emotivi.

Nel minore, infatti, il patrimonio culturale ed intellettuale, razionale e volitivo, si acquisisce lentamente, grazie all'apprendimento ed all'educazione ricevuta, con l'avanzare dello sviluppo fisico e psichico.

Ne deriva, da un lato, l'impossibilità della presunzione dell'imputabilità e, dall'altro, l'importanza che nella valutazione dell'imputabilità sarà sempre conferita non solo ai fattori individuali di ordine clinico o psicologico, ma anche a quelli di ordine socio-pedagogico, educativo e familiare.

L'acquisizione della condizione di imputabilità presuppone, in definitiva, che il minore sia capace di valutare un atto come giusto o ingiusto non in base al giudizio di un terzo, ma in base al suo personale apprezzamento ed alle proprie convinzioni (valutazione in prima persona): tale idoneità si matura non improvvisamente da un giorno all'altro, ma lentamente, anche grazie alle esperienze di vita sociale.

## Vizio di mente

- Art. del c.p.
  - 88: vizio totale di mente: “ non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale situazione in tale stato di mente, d escludere la capacità di intendere o di volere”
  - 89: vizio parziale di mente: “chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era per infermità in tale stato di mente da scemare gradatamente, senza escluderla, la capacità d’intendere o di volere, risponde del reato commesso; ma la pena è diminuita”
- Considerazioni sugli art.
  - In essi non si parla segnatamente di infermità psichica né di semi-infermità, quindi comprendono anche le infermità fisiche e le forme di semi-infermità e semi-imputabilità sono scorrette
  - Il giudizio sull’esistenza del vizio totale o parziale è di tipo “storico”, nel senso che deve essere riferito dal perito al preciso momento in cui quella data persona ha commesso il fatto
- Valutazione di:
  - Natura ed entità dell’infermità da cui il soggetto era affetto
  - Gravità delle eventuali ripercussioni di quell’infermità sulla capacità di intendere e di volere
  - Esclusione totale o la notevole compromissione anche di una sola delle due capacità: di quella di intendere o di quella di volere
  - Derivazione causale diretta fra vizio di mente obiettivato e comportamento delittuoso in discussione: ad esempio, se un paranoico uccide il suo presunto persecutore, non vi saranno dubbi circa l’esistenza del vizio totale di mente; ma se egli commetterà un omicidio al di fuori del suo contesto delirante, l’imputabilità sarà diversamente valutata. Dunque, far diagnosi di malattia mentale, non significa far già una valutazione circa l’esistenza di un vizio totale o parziale di mente
- “Infirmis”: la parola latina da cui deriva il concetto di “infermità” ha, in realtà, un significato più ampio, indicando qualcosa di non fermo, instabile, caotico. Infatti, possono assumere carattere di infermità anche condizioni cliniche prive di caratteri di sistematicità tali da configurarle come malattia. In ogni caso, l’infermità di mente deve sempre dipendere da una causa patologica tale da alterare i processi intellettivi o volitivi, con esclusione o grande diminuzione della capacità di intendere o di volere. Quindi, altre anomalie dipendenti dalla sfera del carattere, dell’etica o del sentimento non vanno considerate come infermità: l’art. 220 c.p.p. stabilisce infatti che “non sono ammesse perizie per stabilire l’abitudine o la professionalità del reato, la tendenza a delinquere, il carattere e la personalità dell’imputato ed, in genere, le qualità psichiche indipendenti da cause patologiche”
- Alienazione del comportamento: indica una deviazione dal piano abituale di comportamento di una certa persona, significando che la condotta non è più rivelatrice di quella personalità. In altre parole, non è l’infermità in sé che il perito deve ricercare, ma il rapporto che essa assume con quella condotta e con quella personalità, cioè appunto l’alienazione eventuale del soggetto rispetto al comportamento tenuto e di questo rispetto al normale vivere sociale. In definitiva, compito del perito è quello di stabilire l’effettivo grado di compromissione della capacità di intendere o di volere che quel soggetto manifesta col suo comportamento e valutare (a differenza del clinico che pone la diagnosi) se quello stato patologico sia tale da escludere o da scemare grandemente le menzionate capacità a fondamento dell’imputabilità
- Simulazione di malattia mentale: è la produzione intenzionale di sintomi psichici falsi o grossolanamente esagerati, finalizzati ad ottenere l’esonero totale o parziale della pena. I sintomi, tuttavia, non sono motivati né giustificati dalla storia clinica pregressa né da dati documentabili o clinici. Spesso, piuttosto che stabilire “aut..aut” circa l’infermità mentale o la simulazione, bisogna

stabilire il “quantum..quantum”, ossia l’eventuale grado di simulazione. In definitiva, comunque, la simulazione di malattia mentale è assai difficile da realizzare, specie da parte di soggetti privi di una chiara rappresentazione della natura e del significato del disturbo psichiatrico

- Stati emotivi e passionali: l’art. 90 c.p. considera gli stati emotivi e passionali come irrilevanti ai fini dell’imputabilità

### **Riflessi sull’imputabilità di alcolismo e tossicodipendenza**

- Art. 91 c.p: ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore: “non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva la capacità d’intendere o di volere, a cagione di piena ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore. Se l’ubriachezza non era piena, ma era tuttavia tale da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, la pena è diminuita”.
- Art. 92 c.p: ubriachezza volontaria o colposa ovvero preordinata: “l’ubriachezza non derivata da caso fortuito o da forza maggiore non esclude nè diminuisce l’imputabilità. Se l’ubriachezza era preordinata al fine di commettere il reato, o di prepararsi una scusa, la pena è aumentata”. Quindi, si considerano:
  - Ubriachezza volontaria: il soggetto vuole ubriacarsi e sa perfettamente di poterlo fare bevendo quella quantità di alcool
  - Ubriachezza colposa: pur essendo assente la volontà di ubriacarsi, esisteva una chiara prevedibilità dell’evento
  - Ubriachezza preordinata: il soggetto non solo beve per ubriacarsi, ma vuole ubriacarsi proprio allo scopo di commettere un delitto e prepararsi una scusante
- Art. 94 c.p: ubriachezza abituale: “quando il reato è commesso in stato di ubriachezza e questa è abituale, la pena è aumentata. Agli effetti della legge penale, è considerato ubriaco abituale chi è dedito all’uso di bevande alcoliche e in stato frequente di ubriachezza. L’aggravamento di pena stabilito nella prima parte di questo articolo si applica anche quando il reato è commesso sotto l’azione di sostanze stupefacenti da chi è dedito all’uso di tali sostanze.”.
- Art. 95 c.p: cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti: “per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti si applicano le disposizioni contenute negli art. 88 ed 89 c.p.”. In altre parole, l’intossicato cronico va considerato un malato di mente a tutti gli effetti.

### **Imputabilità e colpevolezza**

L’imputabilità nel soggetto adulto è presunta e può essere esclusa solo quando ricorrono determinate situazioni patologiche (vizio totale o parziale di mente, cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti).

La colpevolezza del reo (e la sua responsabilità penale) non è mai presunta, va dimostrata in ogni caso e può essere diversamente fondata (dolo, colpa, preterintenzione).

### **Art. 43 c. p.: Elemento psicologico del reato**

“Il delitto:

è doloso, o secondo l’intenzione, quando l’evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell’azione od omissione e da cui la legge fa dipendere l’esistenza del delitto, è dall’agente preveduto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione;

è preterintenzionale, o oltre l’intenzione, quando dall’azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall’agente;

è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline.

La distinzione tra reato doloso e reato colposo, stabilita da questo articolo per i delitti, si applica altresì alle contravvenzioni, ogni qualvolta per queste la legge penale faccia dipendere da tale distinzione un qualsiasi effetto giuridico.”

Quindi:

- Il delitto è volontario o doloso quando il reo ha coscienza e volontà dell'azione
- Il delitto preterintenzionale (omicidio preterintenzionale) si realizza solo in un caso, quando cioè il soggetto ha coscienza o volontà di ledere l'altro, ma ha in mente di produrre un evento diverso (lesione personale) da quello che poi si è verificato, ovvero la morte
- Nel delitto colposo, invece, vi sono coscienza e volontà dell'azione (o dell'omissione), prevedibilità, forse previsione dell'evento, ma in nessun caso volontà od intenzione di produrre l'evento stesso. Questo, tuttavia, si verifica indipendentemente dalla volontà dell'agente, a causa di imprudenza, imperizia, negligenza od inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline
  - NB: culpa lata dolo coequatur: la colpa grave sconfinata ed è assimilata al dolo:
    - Dolo eventuale: rappresentazione della concreta possibilità della realizzazione del fatto
    - Colpa cosciente: rappresentazione della possibilità astratta della realizzazione del fatto, quindi accompagnata dalla fiducia che il fatto non si realizzerà
      - NB: quindi la differenza risulta in un diverso atteggiamento psicologico: nel primo caso si accetta il rischio, nel secondo lo si respinge

### Cause di esclusione della punibilità

- Antigiuridicità
  - Esimenti generali
    - Consenso dell'avente diritto
    - Adempimento di un dovere
    - Esercizio di un diritto
    - Legittima difesa
    - Uso legittimo delle armi
    - Stato di necessità
  - Esimenti specifici
    - Omissione di referto:
      - nel caso in cui si esponga la persona assistita a procedimento penale (Art.365)
      - oppure se stessi o un proprio congiunto da un grave e inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore (Art.384)
    - Prestata assistenza a duellanti (Art.398)
    - Soppressione della coscienza o volontà altrui a scopo scientifico o di cura
  - Esimenti non codificate
    - Teoria dello scopo: si basa sul principio del giusto mezzo per un giusto fine e considerano contrarie al diritto quelle azioni che perseguono un fine giusto.
    - Teoria del bilanciamento degli interessi: quando vi sono due beni-interessi giuridici in collisione è consentito sacrificare quello di valore minore a vantaggio di quello di valore prevalente
- Colpevolezza
  - Caso fortuito (art. 45)

- Forza maggiore (art. 45)
- Violenza fisica (art. 46)
- Errore sul fatto (art. 47)
- Imputabilità
  - Età minore
    - Art.97 c.p. (minore degli anni 14): “Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso ilfatto, non aveva compiuto i 14 anni”
    - Art. 98 c.p. (minore degli anni 18): “E’ imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto,aveva compiuto i 14 anni, ma non ancora i 18, se avevacapacità di intendere e di volere; ma la pena è diminuita”
    - Art. 390 c.c. Emancipazione di diritto: “Il minore è di diritto emancipato col matrimonio”
  - Vizio di mente (totale o parziale)
    - Art. 88 C.P. “Vizio totale di mente” - Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso ilfatto, era, per infermità, in tale stato di mente daescludere la capacità d'intendere o di volere.
    - Art. 89 C.P. “Vizio parziale di mente” – Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da scemaregrandemente, senza escluderla, la capacitàd'intendere o di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita.
    - Art. 90 C.P. “Stati emotivi o passionali” - Gli statiemotivi o passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità.
  - Ubriachezza o stupefazione involontaria
  - Intossicazione cronica da alcol o da stupefacenti
  - Sordomutismo
  - Incapacità procurata

### **Par. III: Pericolosità sociale e misure di sicurezza**

#### **Sistema del doppio binario**

La coesistenza nel nostro regime penale delle pene e delle misure di sicurezza dà luogo a quel sistema sanzionatorio definito del “doppio binario”, fondato su due sistemi paralleli:

- Quello dell’imputabilità, cui possono seguire la punibilità e la detenzione. Nella pena detentiva è prevalente la finalità repressiva e punitiva
- Quello della pericolosità sociale, cui può conseguire l’applicazione della misura di sicurezza. Nella misura di sicurezza sono prevalenti la finalità di difesa sociale, quella di prevenire la commissione di altri crimini e quella rieducativa del reo

#### **Accertamento della pericolosità sociale**

Per pericolosità sociale si intende la notevole probabilità che il soggetto, anche se non imputabile e quindi non punibile, commetta nel futuro altri reati, che pongano in pericolo le esigenze di sicurezza della collettività.

La pericolosità va sempre accertata dal magistrato e mai presunta. Le nuove norme del c.p.p. si basano, infatti, sul diverso presupposto che non sussista quella correlazione così “necessaria” fra malattia mentale e pericolosità sociale, ammessa invece nel passato; la diagnosi di malattia mentale non implica, dunque, necessariamente l’esistenza dell’altra.

Comunque, il giudice deve valutare:

- Pericolosità sociale:criteri del giudice sono:

- Natura, specie, mezzi, oggetto, tempo, luogo ed ogni altra modalità dell'azione delittuosa
- Gravità del danno o del pericolo cagionato alla persona offesa dal reato
- Intensità del dolo o grado della colpa
- Capacità a delinquere del colpevole: è desumibile da:
  - Motivi a delinquere e carattere del reo
  - Precedenti penali e giudiziari e condotta e vita del reo antecedenti al reato
  - Condotta contemporanea o susseguente al reato
  - Condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo

### **Misure di sicurezza**

Accertata la sussistenza della pericolosità sociale in un soggetto prosciolto per vizio totale di mente, il giudice ne ordina il ricovero in un ospedale psichiatrico.

Se si tratta di un soggetto imputabile ma con vizio parziale di mente, il giudice ne ordina dapprima la detenzione per scontare la pena. Una volta scontata la pena, si dovrà effettuare un riesame della pericolosità e fissare quindi l'eventuale misura di sicurezza.

L'art. 202 c.p. stabilisce che “ le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose, che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato. La legge penale determina i casi in cui a persone socialmente pericolose possono esser applicate misure di sicurezza, per un fatto non preveduto dalla legge come reato”.

Le misure di sicurezza possono esser diverse e, per ogni tipo la legge stabilisce un minimo di durata; in caso di riconosciuta persistente pericolosità, il giudice può ordinare l'applicazione per un periodo indeterminato e senza limiti di tempo codificati. Le misure di sicurezza sono revocabili in ogni momento se la pericolosità viene a cessare.

Le misure di sicurezza personali detentive di interesse ML sono:

- Ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario
- Assegnazione ad una casa di cura e di custodia
- Assegnazione ad una colonia agricola o casi di lavoro



## CAP. 5: OMICIDIO E SUICIDIO

### Par. I: Omicidio

#### Introduzione

L'art. 575 del c.p. stabilisce che “chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni 21”.

L'omicidio rappresenta il più grave dei delitti e, perciò, è sempre punito con pene assai severe, a meno che non ricorrano cause specifiche di non punibilità, espressamente contemplate dal codice e, fra queste.

- Esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere (art. 51 c.p.): “L'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità, esclude la punibilità. Se un fatto costituente reato è commesso per ordine dell'autorità, del reato risponde sempre il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine. Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che, per errore di fatto abbia ritenuto di obbedire a un ordine legittimo. Non è punibile chi esegue l'ordine illegittimo, quando la legge non gli consente alcun sindacato sulla legittimità dell'ordine”.
- Legittima difesa (art. 52 c.p.): “Non è punibile chi ha commesso il fatto, per esservi stato costretto dalla necessità di difendere un diritto proprio od altrui contro il pericolo attuale di una offesa ingiusta, sempre che la difesa sia proporzionata all'offesa. Nei casi previsti dall'articolo 614, primo e secondo comma, sussiste il rapporto di proporzione di cui al primo comma del presente articolo se taluno legittimamente presente in uno dei luoghi ivi indicati usa un'arma legittimamente detenuta o altro mezzo idoneo al fine di difendere:
  - a) la propria o la altrui incolumità
  - b) i beni propri o altrui, quando non vi è desistenza e vi è pericolo d'aggressione.

La disposizione di cui al secondo comma si applica anche nel caso in cui il fatto sia avvenuto all'interno di ogni altro luogo ove venga esercitata un'attività commerciale, professionale o imprenditoriale”.

- Uso legittimo delle armi (art. 53 c.p.): “Ferme le disposizioni contenute nei due articoli precedenti, non è punibile il pubblico ufficiale che, al fine di adempiere un dovere del proprio ufficio, fa uso ovvero ordina di far uso delle armi o di un altro mezzo di coazione fisica, quando vi è costretto dalla necessità di respingere una violenza o di vincere una resistenza all'autorità, e comunque di impedire la consumazione dei delitti di strage, di naufragio, sommersione, disastro aviatorio, disastro ferroviario, omicidio volontario, rapina a mano armata e sequestro di persona. La stessa disposizione si applica a qualsiasi persona che, legalmente richiesta dal pubblico ufficiale gli presti assistenza. La legge determina gli altri casi, nei quali è autorizzato l'uso delle armi o di un altro mezzo di coazione fisica”.
- Stato di necessità (art. 54 c.p.): “Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo. Questa disposizione non si applica a chi ha un particolare dovere giuridico di esporsi al pericolo. La disposizione della prima parte di questo articolo si applica anche se lo stato di necessità è determinato dall'altrui minaccia; ma, in tal caso, del fatto commesso dalla persona minacciata risponde chi l'ha costretta a commetterlo”.

### **Omicidio volontario o doloso**

La morte consegue ad un'azione od omissione volute dall'agente, tese cioè con coscienza e volontà a sopprimere il soggetto passivo. A tal proposito, ricordando l'art. 40 c.p., è da ritenere la sostanziale equivalenza dell'azione rispetto all'omissione.

Le lesioni prodotte, invece, senza la volontà di uccidere rientreranno nel campo delle lesioni personali (artt. 582 e 583) o delle percosse (art. 581), a meno che ad esse non sia conseguita effettivamente la morte, quale elemento non voluto dall'agente, nel qual caso si parlerà di omicidio preterintenzionale (vedi dopo).

Se si tratta di lesioni prodotte con la volontà di uccidere, ma non seguite da morte, il colpevole potrà esser chiamato a rispondere del delitto di tentato omicidio (art. 56 c.p.). La volontà omicida, infatti, attiene ad un fenomeno soggettivo interno e la prova di essa deve essere necessariamente affidata, in mancanza di confessione esplicita, ad elementi di natura oggettiva, quali distanza di esplosione dei colpi di arma da fuoco, parte del corpo presa di mira e quella concretamente raggiunta, il numero e la direzione dei colpi, micidialità dell'arma, etc. (e ne deriva, dunque, l'importanza dell'indagine ML):

- Prova dell'animus necandi: può esser fornita soprattutto dalla considerazione dei seguenti dati:
  - Natura dei mezzi impiegati
  - Natura e gravità delle lesioni responsabili della morte, a loro volta in rapporto anche alla sede ed al numero dei colpi inferti, alla direzione dei colpi, etc. > studio del cadavere per l'accertamento della cronologia della morte, della causa e delle modalità del decesso
  - Particolari circostanze ambientali in cui il delitto è avvenuto
  - Concrete possibilità di difesa o di reazione della vittima
  - Condizioni di inferiorità e di incapacità di resistere della vittima
- Altre considerazioni rilevanti
  - Comprensione dei moventi e delle finalità del delitto
  - Studio del rapporto psicologico aggressore-vittima
  - Analisi degli eventuali preparativi messi in atto dall'omicida
  - NB: la valutazione del dolo attiene al magistrato
- Omicidio doloso circostanziato: ricorrono circostanze aggravanti:
  - Aver adoperata sevizie od agito con crudeltà
  - Aver adoperato un mezzo veneficio od un altro mezzo insidioso, che limitano la capacità di difesa della vittima
    - Sostanze tossiche
    - Colture di batteri o virus patogeni
    - Uso di corrente elettrica
    - Impiego di radiazioni ionizzanti
  - Aver ucciso nell'atto di commettere violenza sessuale
  - Premeditazione: l'omicida elabora un piano e prepara l'uccisione della vittima ("macchinazione") prima di eseguire materialmente l'azione

### **Omicidio preterintenzionale**

Il colpevole, con la propria condotta, ha causato la morte dell'altro, sebbene con essa egli né si riprometteva, né voleva uccidere l'altro, ma intendeva solo percuoterlo a lederlo

Secondo l'art. 584 del c.p. "chiunque, con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli articoli 581 e 583, cagiona la morte di un uomo, è punito con la reclusione da 10 a 18 anni"

Circostanze aggravanti, secondo l'art. 585 c.p., sono armi, materie esplosive e gas asfissianti od accecanti.

### **Omicidio colposo**

Secondo l'art. 589 del c.p. (nuovo testo), "chiunque cagiona per colpa la morte di una persona è punito con la reclusione da sei mesi a cinque anni. Se il fatto è commesso con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena è della reclusione da due a sei anni.

Si applica la pena della reclusione da tre a dieci anni se il fatto è commesso con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale da:

- 1) soggetto in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni;
- 2) soggetto sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope.

Nel caso di morte di più persone, ovvero di morte di una o più persone e di lesioni di una o più persone, si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse aumentata fino al triplo, ma la pena non può superare gli anni quindici".

### **Omicidio del consenziente**

Secondo l'art. 579 c.p. "chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni. Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61.

Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

- 1) contro una persona minore degli anni diciotto
- 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza minaccia o suggestione, ovvero carpiteo con inganno.

## **Par. II: Suicidio**

### **Introduzione**

Con i termini "suicidio" (dal latino sui caedes: uccisione di se stesso) e "tentativo di suicidio", ci si riferisce a quelle condotte (attive od omissive), pregiudiziali per la vita, che l'individuo compie su se stesso con l'intenzione di cagionarsi la morte.

Si descrivono casi di suicidio singolo e collettivo o di massa (sette religiose, piccole comunità, etc.). Si parla anche di suicidio da contagio, come quelli mediante combustione eseguiti da monaci buddisti o da diverse persone in Giappone, che trovarono la morte gettandosi in un vulcano.

Si parla di:

- Suicidio allargato od omicidio-suicidio: quando in una coppia l'uno uccide l'altro e poi dà la morte a se stesso
- Doppio suicidio o suicidio a due, come nelle coppie di amanti o di coniugi
- Suicidio simulato: quando la morte è, invece, di natura omicidiaria od accidentale
- Suicidio dissimulato: quando lo stesso suicida od altri dissimulano la causa suicidaria
- Istigazione al suicidio: è imputabile a terzi ed è normata dall'art. 580 c. p. secondo cui "chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.

Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli

anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio”

**Reperti AP**

Sono da ricondurre alle tipiche modalità suicidarie: precipitazione, impiccamento, avvelenamento, colpi d'arma da fuoco, scannamento, dissanguamento per sezione di vasi arteriosi o venosi del polso, annegamento, arrotamento, asfissia.

## CAP. 6: ALTRI ASPETTI DI RILEVANZA PENALE

### Par. I: Delitto di violenza sessuale

#### Introduzione

La legge 15/02/1966 n.66, recante le nuove “norme contro la violenza sessuale”, ha abrogato e riformulato l’intero capo 1° del titolo IX del secondo libro del c.p., collocando le diverse fattispecie delittuose non più tra i delitti contro la moralità pubblica ed il buon costume, ma fra i delitti contro la persona e, più precisamente, fra quelli contro la libertà personale, con la conseguente maggior severità della peni edittale.

La libertà sessuale è un aspetto della libertà personale (art. 13 della Costituzione) e non ha particolari limitazioni purché:

- I soggetti che compiono gli atti sessuali siano capaci di autodeterminarsi liberamente
- Tale comportamento non arrechi offesa alla collettività
- Non si cagioni danno alla persona del partner e ne si rispetti il consenso

#### Art. 609 bis c.p. (violenza sessuale)

“Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali è punito con la reclusione da cinque a dieci anni.

Alla stessa pena soggiace chi induce taluno a compiere o subire atti sessuali:

- 1) abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della persona offesa al momento del fatto;
- 2) traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona.

Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi”.

Dunque, si considerano:

- Soggetto attivo: “chiunque” significa che il delitto può esser commesso anche da parte del marito sulla moglie, del cliente sulla prostituta, dell’amante sul partner, etc. Può realizzarsi anche fra due donne o da parte di una donna sull’uomo; insomma, tutte le volte che il colpevole pretenda e realizzi un atto sessuale non liberamente voluto od accettato dall’altro e quindi in assenza od oltre i limiti del suo valido consenso
- Vittima: è la persona la cui libertà sessuale è stata violata; ciò che conto realmente è che questa non abbia prestato consenso libero all’atto sessuale
- Atto sessuale violento: è un comportamento che miri alla soddisfazione dell’appetito sessuale del soggetto attivo, violando la libertà personale della vittima.
  - Col vecchio ordinamento: erano punite diversamente la congiunzione carnale violenta e gli atti di libidine violenti
  - Col nuovo ordinamento: esse sono state ricondotte all’unica ipotesi di “violenza sessuale”. Pertanto, non v’è più alcuna necessità di distinguere se vi sia stata o meno congiunzione carnale o solo atti di libidine, con i conseguenti riflessi positivi sulla più efficace tutela della dignità personale e del diritto alla riservatezza della vittima
    - NB: per “congiunzione carnale” si intende ogni atto di penetrazione dell’organo genitale maschile nel corpo dell’altro
    - NB: per “atto di libidine” si intende la manomissione del corpo altrui, non già soltanto nelle parti intime, che sia diverso dalla congiunzione carnale e che sia suscettibile di eccitare l’istinto sessuale, essendo irrilevante che il colpevole abbia raggiunto o meno la soddisfazione dell’istinto stesso
    - NB: col nuovo ordinamento, si introducono anche altre condotte offensive del diritto alla libertà sessuale della persona (sino alle molestie sessuali), con pena non diminuibile oltre i 2/3

## Considerazioni ML

- Rape trauma syndrome: è una sindrome, evidenziabile anche a distanza di tempo dall'aggressione sessuale, caratterizzata da una destrutturazione della personalità e da un profondo sovvertimento della capacità della persona offesa di relazionare con gli altri
- Aspetti ML
  - In ogni caso di stupro, l'esame clinico dovrebbe esser effettuato il più prontamente possibile e prima che la vittima si lavi, anche se l'impulso a pulirsi costituisce spesso la sua più immediata necessità. Dopo un colloquio rassicurante, si cercheranno i:
  - Segni fisici dello stupro
    - Regioni genitali: lacerazioni od abrasioni della mucosa
      - Lacerazioni acquisite del disco imenale: profonde, a margini combacianti, ecchimotici e contusi
      - Lesioni contusive a carico delle zone erogene: mammelle, capezzoli, glutei, bocca, superficie interna delle cosce
    - Extragenitali: escoriazioni, abrasioni, graffiature, unghiate, ecchimosi
      - Sedi tipiche a livello dei polsi, avambracci, viso, collo
      - Possibili lesioni da difesa a livello delle mani
      - Possibili frustoli di tessuto a livello delle unghie
    - NB: i segni lesivi possono mancare nei casi in cui la vittima abbia perso conoscenza
- “Violenza presunta” e “violenza abusiva”: in queste ipotesi, non è richiesta alcuna prova dell'esistenza dei segni fisici della violenza subita; in questi casi, infatti, la violenza è implicita nella stessa commissione dell'atto per le qualità specifiche della vittima (minor età: violenza sessuale presunta) o per le qualità specifiche del colpevole (autorità abusante o soggetto che abusi delle condizioni di inferiorità della vittima: violenza sessuale abusiva)
  - Violenza sessuale presunta
    - Art. 609 quater c.p.: “soggiace alla pena stabilita dall'articolo 609 bis chiunque, al di fuori delle ipotesi previste in detto articolo, compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto:
      - 1) non ha compiuto gli anni quattordici;
      - 2) non ha compiuto gli anni sedici, quando il colpevole sia l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato o che abbia, con quest'ultimo, una relazione di convivenza.
 Fuori dei casi previsti dall'articolo 609-bis, l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, ovvero altra persona cui, per ragioni di cura, di educazione, di istruzione, di vigilanza o di custodia, il minore è affidato, o che abbia con quest'ultimo una relazione di convivenza, che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni sedici, è punito con la reclusione da tre a sei anni.  
 Non è punibile il minore che, al di fuori delle ipotesi previste nell'articolo 609 bis, compie atti sessuali con un minore che abbia compiuto gli anni tredici, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a tre anni.  
 Nei casi di minore gravità la pena è diminuita in misura non eccedente i due terzi. Si applica la pena di cui all'articolo 609 ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni dieci”.
    - In tutti questi casi, si dà per scontato che non vi sia consenso valido da parte della vittima (pur se esso sia stato prestato) e, dunque, in ogni caso l'atto sessuale sarà

considerata violento, senza la necessità di provare l'esistenza dei segni obiettivi della violenza subita. Ove quei segni siano presenti, essi costituiscono un'aggravante, così l'età della vittima minore di 10 anni costituisce anch'essa un'aggravante. In tutti i casi citati, v'è obbligo di referto per il medico che abbia prestato la propria assistenza, trattandosi di delitto perseguibile d'ufficio

- Violenza sessuale abusiva: si parla di "abuso" quando il soggetto compie l'atto sessuale abusando o della propria autorità o delle condizioni di inferiorità fisica o psichica della vittima. In queste condizioni, il consenso della vittima all'atto sessuale, pur se esistente, non è ritenuto valido, poiché viziato dalla condotta abusante del colpevole (fattore esterno) e dalle eventuali condizioni di inferiorità fisica o psichica esistenti al momento del fatto (fattori interni)
  - La condizione dei malati di mente e degli handicappati
    - Con le vecchie norme: era loro vietato avere rapporti, in quanto il partner incorreva ipso facto nel delitto di violenza carnale
    - Con le nuove norme (15/02/1966 n.66): occorre valutare caso per caso se il colpevole abbia effettivamente abusato delle condizioni di inferiorità, fisica o psichica, della persona offesa
  - Abuso della propria autorità: configura reato indipendentemente dalle condizioni di inferiorità fisica o psichica della vittima
- Circostanze aggravanti (art. ter 609 c.p.): "la pena è della reclusione da sei a dodici anni se i fatti di cui all'articolo 609-bis sono commessi:
  - 1) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni quattordici;
  - 2) con l'uso di armi o di sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa;
  - 3) da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o di incaricato di pubblico servizio;
  - 4) su persona comunque sottoposta a limitazioni della libertà personale;
  - 5) nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni sedici della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore.

La pena è della reclusione da sette a quattordici anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni dieci"
- Atti sessuali fra minorenni (vedi seconda parte dell'art. 609 quater c.p.)
- Delitto di corruzione di minorenne (art. 609 quinquies c.p.): "chiunque compie atti sessuali in presenza di persona minore di anni quattordici, al fine di farla assistere, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni"
- Ignoranza dell'età della persona (art. 609 sexies c.p.): "quando i delitti previsti negli articoli 609 bis, 609 ter, 609 quater e 609- octies sono commessi in danno di persona minore di anni quattordici, nonché nel caso del delitto di cui all'articolo 609 quinquies, il colpevole non può invocare, a propria scusa, l'ignoranza dell'età della persona offesa".
- Violenza sessuale di gruppo (arti. 609 octies c.p.): "la violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'articolo 609-bis. Chiunque commette atti di violenza sessuale di gruppo è punito con la reclusione da sei a dodici anni. La pena è aumentata se concorre taluna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 609-ter. "
- Querela di parte: i delitti sessuali sono generalmente punibili a querela della persona offesa. Il termine per la proposizione della querela è stato prorogato a 6 mesi e la querela, una volta proposta, è irrevocabile. Si procede, invece, d'ufficio nei casi di violenza sessuale presunta od abusata e nei casi di violenza sessuale di gruppo

- Incesto: compie questo delitto chiunque compia rapporti sessuali con un discendente o con un ascendente, con una sorella od un fratello, o con un affine in linea retta (suocero e nuora; suocera e genere), in modo che ne derivi pubblico scandalo. In questi casi, il bene giuridico offeso è prima di tutto la morale della famiglia, la morale pubblica ed il buon costume

## **Par. II: Delitti di infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale**

### **Condizioni di abbandono materiale e morale della madre**

L'art 578 del c.p. ("infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale") prevede che "la madre che cagiona la morte del proprio neonato immediatamente dopo il parto, o del feto durante il parto, quando il fatto è determinato da condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto, è punita con la reclusione da quattro a dodici anni.

A coloro che concorrono nel fatto di cui al primo comma si applica la reclusione non inferiore ad anni ventuno. Tuttavia, se essi hanno agito al solo scopo di favorire la madre, la pena può essere diminuita da un terzo a due terzi. Non si applicano le aggravanti stabilite dall'articolo 61 del codice penale".

Elemento essenziale perché si realizzi questo delitto piuttosto che l'omicidio è, dunque, la dimostrazione delle condizioni di effettivo abbandono materiale e morale della donna. I due requisiti, inoltre, devono sussistere congiuntamente ed oggettivamente, non potendo essere semplicemente supposti; essi, inoltre, si riferiscono soprattutto a quello stato di particolare solitudine e di reale emarginazione in cui la donna, specie se minore, può trovarsi all'interno della famiglia, e generalmente non circoscritto al momento del parto. È necessario, peraltro, che le suddette condizioni non siano state volute dalla donna né che questa abbia concorso al loro determinarsi.

### **Il fatto materiale**

Il fatto materiale punito è l'uccisione del neonato immediatamente dopo il parto o l'uccisione del feto durante il parto.

Si ricorda che, da un punto di vista ostetrico, si ritiene lecito parlare di parto solo quando la durata della gravidanza abbia almeno superato il 180° giorno: al di sotto, qualsiasi azione volta all'interruzione della gravidanza dovrebbe essere considerata come manovra abortiva, poiché il prodotto del concepimento, una volta fuoriuscito dell'alvo, con ogni probabilità non sopravviverà (un feto è considerato vitale dopo il 180° giorno di vita).

Quindi, poiché si realizzi la fattispecie delittuosa dell'infanticidio e non quella dell'omicidio, è richiesto che la consumazione del delitto avvenga immediatamente dopo il parto o durante il parto.

L'immediatezza va intesa, poi, non nel senso letterale, ma nel senso clinico-psicologico: infatti, solo nell'immediatezza del parto può esistere uno shock psichico, tale da giustificare, sia pure in parte il comportamento criminoso della donna, mentre nel periodo successivo dovrebbe prevalere l'istinto della maternità.

Si ricorda che presupposto necessario per la configurazione del reato è la situazione di abbandono materiale e morale che abbia determinato la madre a cagionare la morte del proprio neonato: tale situazione deve ritenersi concretizzata quando la madre è lasciata in balia di se stessa, senza alcuna assistenza sicché ella senta di trovarsi in uno stato di isolamento che non lascia prevedere l'intervento di terzi né un qualsiasi soccorso materiale o morale per cui disperi di poter assicurare la sopravvivenza al neonato.

Se poi la donna uccide il neonato diverso tempo dopo l'espulsione, quando cioè l'eventuale stato di alterazione mentale connesso al parto è sicuramente cessato, si configurerà la fattispecie dell'omicidio e non quella dell'infanticidio.



Si ricorda, inoltre, che il c.p. estende la sua tutela anche al feto durante il parto: il feto, infatti, pur non potendo considerarsi “nato” ai sensi del diritto civile (poiché ancora non ha vita autonoma, non ha “respirato” e quindi non ha capacità giuridica), è però sicuramente un essere vivente.

La capacità giuridica, infatti, si acquista solo con la nascita e si considera “nato” il prodotto del concepimento, cronologicamente vitale (cioè che abbia superato il 6° mese di vita) e che abbia respirato.

### **Par. III: Omissione di soccorso**

#### **Caratteristiche generali**

Quello di soccorrere costituisce un dovere etico ed un dovere legale, cui tutti sono sottoposti; infatti l'art.593 c.p. punisce espressamente l'omissione di soccorso: “chiunque, trovando abbandonato o smarrito un fanciullo minore degli anni dieci, o un'altra persona incapace di provvedere a se stessa, per malattia di mente o di corpo, per vecchiaia o per altra causa, omette di darle immediato avviso all'Autorità è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a 2500 euro. Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darle immediato avviso all'Autorità. Se da siffatta condotta del colpevole deriva una lesione personale, la pena è aumentata ; se ne deriva la morte, la pena è raddoppiata”.

Appare chiaro, dunque, che l'obbligo non riguarda solo il medico, ma chiunque si trovi di fronte a persona ferita o altrimenti in pericolo.

Il soccorso, inoltre, deve essere sempre adeguato alla gravità del caso ed alla preparazione di chi lo esegue (quindi, in particolare del medico); naturalmente, il soccorso deve essere anche adeguato alle circostanze in cui avviene.

Aspetti ML rilevanti sono:

- Obbligo di avvisare l'Autorità: sussiste quando si trovi:
  - Un bambino minore di 10 anni, abbandonato o smarrito
  - Una persona incapace di provvedere a se stessa per malattia (fisica o psichica) o per vecchiaia o per altra causa
- Obbligo di soccorrere: sussiste quando si trovi (oltre alle persone suddette):
  - Un corpo inanimato
  - Un corpo che sembri inanimato
  - Una persona ferita
  - Una persona in pericolo
  - NB: il codice della strada punisce con la reclusione chi, nel caso di sinistro stradale, non si ferma a prestare l'assistenza necessaria alla persona ferita
- L'art. 593 c.p. condiziona, in ogni caso, l'esistenza del delitto alla presenza fisica di chi ha il dovere di soccorrere nei riguardi di chi versa in situazioni di pericolo. Se non vi è la presenza fisica della persona in pericolo, il medico potrà semmai rispondere del reato previsto dall'art.328 del c.p., ossia di omissione o rifiuto di atti d'ufficio.
 

Inoltre, se il medico è legato alla persona in esame da particolari obblighi di custodia o di cura e ciò nonostante omette di prestare la propria assistenza, determinando una concreta situazione di pericolo di danno, egli potrà rispondere al delitto previsto dall'arti. 591 c.p., ossia di abbandono di persone minori o di incapaci.
- L'omissione di soccorso è segno inequivocabile di negligenza e di inosservanza delle leggi, per cui l'eventuale morte o l'eventuale danno alla persona che dall'omissione o dall'abbandono dovessero derivare potranno essere puniti a titolo di colpa professionale, realizzando la fattispecie dei delitti colposi (art. 589: omicidio colposo) e delle lesioni personali (art. 590). Al verificarsi della morte

della persona, il medico che abbia ommesso volontariamente il soccorso, potrà esser chiamato a rispondere di omicidio preterintenzionale o doloso

#### **Par. IV: Delitti di percosse e di lesione personale**

##### **Delitto di percosse (art. 581 c.p.)**

“Chiunque percuote taluno, se dal fatto non deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito, a querela della persona offesa, con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a lire seicentomila. Tale disposizione non si applica quando la legge considera la violenza come elemento costitutivo o come circostanza aggravante di un altro reato”.

La condotta, dunque, non può estrinsecarsi se non in un'azione violenta e dolosa, cioè volontaria (sferrare un pugno o un calcio, atterrare con forza o violenza, stratonare, etc.).

La mancata previsione della conseguenza dannosa non autorizza a giudicarla perciò stesso irrilevante nella struttura della fattispecie considerata: le percosse, infatti, per essere penalmente rilevanti, debbono causare comunque un effetto dannoso ed aver l'intenzione dell'agente di cagionare una sofferenza a colui che subisce l'azione molesta (ad esempio, schiaffi dati ad un soggetto in preda ad una crisi isterica o svenuto non implicano l'intenzione di arrecare danno).

Dunque, per configurarsi la fattispecie delittuosa in esame, sono importanti sia la condotta violenta diretta a percuotere, sia l'effetto materiale dell'atto (ossia la sofferenza fisica arrecata), sia l'elemento psicologico o dolo (ossia l'intenzione di cagionare tali sofferenze).

##### **Delitto di lesione personale (art. 582 del c.p.)**

“Chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni. Se la malattia ha una durata non superiore ai venti giorni e non concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste negli articoli 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate nel numero 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è punibile a querela della persona offesa”. In questo caso, a differenza del precedente, l'attenzione è sul tipo di evento causato: pertanto, è sufficiente, affinché esso sussista, che la condotta stessa, anche se non violenta (sommministrazione di cibi scarsi o nocivi, falsa notizia ad un cardiopatico di una grave disgrazia), si trovi in relazione causale con il verificarsi di una condizione di malattia. Peraltro, è necessario un quidpluris affinché, piuttosto che il quadro di lesione, si verifichi il quadro di malattia.

Si ricorda che la malattia deve essere definita come una modificazione peggiorativa dello stato anteriore, avente carattere dinamico, estrinsecantesi in un disordine funzionale apprezzabile di una parte o di tutto l'organismo, che si ripercuote sulla vita organica e soprattutto di relazione e che necessita di un intervento terapeutico, per quanto modesto.

##### **Dinamismo**

La malattia è un fenomeno dinamico ed evolutivo: ha un momento di inizio, una durata ed un termine.

L'inizio è solitamente in rapporto con l'azione di un ben preciso antecedente di rilevanza giuridica: la sua esatta individuazione ha rilievo soprattutto ai fini della verifica del rapporto di causalità e della diagnosi eziologica della malattia.

L'evoluzione e la durata assumono pur esse particolare rilievo giuridico, dal momento che da esse potranno derivare conseguenze diverse sul piano penale ed, in primo luogo, sulla gravità della pena. Ad esempio, una durata della malattia superiore ai 40 giorni configurerà una circostanza aggravante della lesione personale (lesione personale grave).

Quanto al termine del processo di malattia, esso può consistere nella guarigione con restitutio ad integrum, nell'adattamento a nuove condizioni di vita o nel concludersi di esiti, nella cronicizzazione del processo morboso stesso od, infine, nella morte.

Se la malattia si esaurisce con esiti, a seconda della qualità e della gravità degli stessi, potrà o meno configurarsi un indebolimento permanente di un senso o di un organo, la perdita dell'uso di un organo, etc. Se la malattia non si esaurisce o non è prevedibile il suo spegnersi entro un arco di tempo ragionevole, potrà invece realizzarsi la malattia certamente o probabilmente insanabile (lesione personale gravissima). Dunque, tenendo conto della diversa durata della malattia, oltre che della diversa gravità degli esiti, sarà possibile distinguere in vario modo le lesioni personali.

### **Disordine funzionale e sofferenza individuale organica o psichica con le sue ripercussioni sulla vita di relazione**

Mentre in medicina la lesione di un organo o di un tessuto, da cui non derivi alcun disordine funzionale, neppure momentaneo o localizzato, non deve considerarsi malattia, ciò non significa che il signum specificationis della malattia non è l'alterazione anatomica, come sembra dedursi dalla giurisprudenza in materia, quanto piuttosto l'esistenza del disordine funzionale, da cui deriverà l'altro importante requisito del danno alla vita di relazione.

Quindi, in giurisprudenza il concetto di malattia si basa sul presupposto che dal processo di alterazione funzionale o di modificazione peggiorativa dello stato anteriore derivi una sofferenza per l'individuo che ne è affetto, sofferenza che si traduce anche in disturbi soggettivi riferiti dal paziente oltre che in segni clinici obiettivi e che limita la vita di relazione del paziente.

Inoltre, il codice parla non solo di malattia del corpo, ma anche di malattia della mente (nevrosi reattiva, sindrome ansiosa, shock emotivo).

La necessità dell'intervento terapeutico, la disfunzionalità, l'abnormità dei processi morbosi, il loro dinamismo nel tempo, la loro evolutività, la sofferenza derivata, impegnano necessariamente l'arte sanitaria attraverso l'esercizio diagnostico-terapeutico, il quale compromette la capacità individuale di autogestire la propria condizione di sofferenza.

In sostanza, ricordando l'importanza dell'impatto sulla vita di relazione, il processo di alterazione funzionale diventa ML importante in quanto si ripercuote sulla vita di relazione della persona e la limita, causando perciò una disfunzione non solo della vita individuale ma della stessa vita collettiva o sociale.

### **Classificazione delle lesioni personali**

- In base all'elemento psicologico del delitto si distinguono:
  - Lesione personale volontaria o dolosa (art. 582 c.p.)
  - Lesione personale colposa (art. 590 c.p.)
- In base alla durata della malattia
  - Lesione personale lievissima: se la durata della malattia non è superiore ai 20 giorni (in questo caso il delitto è perseguibile a querela della persona offesa, sempre che non concorra una delle circostanze aggravanti)
  - Lesione personale lieve: quando la malattia ha una durata maggiore di 20 giorni ma non superiore ai 40 (ove si tratti di lesione personale volontaria si procede d'ufficio e perciò sussiste per il medico l'obbligo di referto)
  - Lesione personale grave: se la durata della malattia o dell'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni supera i 40 giorni o se si configura alcuna delle circostanze aggravanti previste dalla legge
  - Lesione personale gravissima: se la malattia è certamente o probabilmente insanabile o se si configura alcuna altra delle circostanze aggravanti.
- La distinzione fra lesione personale grave e gravissima vien fatta dal codice non solo sulla base della durata della malattia, ma anche della natura e della gravità delle altre conseguenze delle persone: a tal proposito l'art. 583 c.p. ("circostanze aggravanti") riconosce che:
  - La lesione personale è grave e si applica la reclusione da tre a sette anni:

- Se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni;
- Se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo;
- La lesione personale è gravissima, e si applica la reclusione da sei a dodici anni, se dal fatto deriva:
  - Unamalattia certamente o probabilmente insanabile;
  - La perdita di un senso;
  - La perdita di un arto, o una mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una permanente e grave difficoltà della favella;
  - La deformazione, ovvero lo sfregio permanente del viso;

In definitiva, le lesioni personali possono essere così distinte:

- Lesione personale volontaria (art. 582)
- Lesione personale colposa (art. 590)
- Lesione personale volontaria grave (art. 583)
- Lesione personale colposa grave (art. 583)
- Lesione personale volontaria gravissima (art. 583)
- Lesione personale colposa gravissima (art. 583)

#### **Circostanze aggravanti di lesioni grave (art. 583)**

- Malattia che mette in pericolo la vita della persona offesa: si realizza solo quando sussiste l'attualità del pericolo di vita per la persona lesa (compromissione delle funzioni cardiaca, respiratoria o nervosa), con la conseguenza che la persona stessa viene a trovarsi in punto di morte. Ovviamente, è rilevante che la persona sia in questo stato in conseguenza della lesione subita. In definitiva, in sede ML, il giudizio sulla malattia che mette in pericolo di vita la persona offesa deve essere inteso come giudizio diagnostico espresso sulla base dell'effettiva realtà e gravità della compromissione delle funzioni cardiache, respiratorie e nervose (ad esempio, shock)
- Malattia od incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni per più di 40 giorni: ricordando l'importanza della durata della malattia, va precisato che nel computo del periodo occorre tener conto anche della maggior durata che sia stata determinata da preesistenti condizioni patologiche della vittima o da fatti patologici concomitanti o da complicazioni sopravvenute. Si deve, inoltre, tener conto della sostanziale equiparazione fra malattia ed incapacità di attendere alle ordinarie occupazioni: di conseguenza, nella durata dell'incapacità dovrà rientrare anche il periodo di convalescenza, durante il quale il soggetto è costretto a limitare la propria vita di relazione e la propria capacità di espletare le abituali attività della vita quotidiana. Peraltro, per ordinarie occupazioni non si devono intendere solo quelle professionali, ma occorre tener conto di qualsiasi altra occupazione materiale od intellettuale, che la persona in esame svolge, purché si tratti di occupazione abituale e lecita (quindi anche attività sportive, hobbies, studio, etc.)
- Indebolimento permanente di un senso o di un organo:
  - Termini
    - Il significato di "organo" in ML è ben diverso da quella anatomico: in ML, infatti, "organo" è sinonimo di "funzione"; esso, infatti, si riferisce più esattamente a quel complesso di entità anatomiche che svolgono una funzione ben delineata ai fini della vita organica e di relazione
    - Quanto al senso, esso è la funzione percettiva o sensoriale
  - Note ML

- In caso di valutazione di menomazioni a carico di organi pari, si dovrà tener conto delle capacità di compenso del viscere superstite, della funzione residua e della funzione di riserva; in sostanza, ci si riferirà alle specifiche funzioni cui ciascun orfano concorre
- Per alcune funzioni può configurarsi il quadro della perdita (deficit di oltre il 90% della funzione; lesione personale gravissima: sistema uropoietico o masticatorio); per altri, invece, solo come indebolimento in quanto la perdita coinciderebbe con la morte (cardiocircolatorio, polmonare, nervoso, ma anche utero nella donna)
- Per parlare di deficit funzionale, e quindi di indebolimento, occorre un confronto fra la situazione clinica quale obiettivabile al momento dell'esame e lo stato anteriore della persona lesa
- Occorre poi che l'indebolimento sia ben apprezzabile ed a carattere permanente
- Si deve prendere in considerazione la "funzione naturale" senza riguardo ad eventuali trattamenti terapeutici o protesici o chirurgici; infatti:
  - Nessuno persona può esser sottoposta, contro la propria volontà, ad alcun trattamento per emendare o contenere un certo danno
  - Nessun trattamento medico o chirurgico può dare l'assoluta certezza del risultato
  - Le eventuali protesi artificiali sarebbero sostitutive, ma non capaci di ripristinare integralmente la funzione naturale e quindi non escludono le conseguenze dannose del fatto
  - Tuttavia, se la terapia è stata già improntata, e con esiti positivi, si potrà anche escludere l'aggravante

#### **Circostanze aggravanti di lesione gravissima (art. 583)**

- Malattia certamente o probabilmente insanabile: una malattia è definita "certamente insanabile" quando non si conoscono rimedi efficaci o quando il progresso patologico diventa cronica così da escludere con certezza la possibilità di restitutio ad integrum. Tuttavia, data l'estrema variabilità prognostico-evolutiva, rientra in questo quadro anche la malattia "probabilmente insanabile". Comunque, esempio sono: emisezione traumatica del midollo spinale, DM, neoplasia, cirrosi epatica, AIDS
- Perdita di un senso: non è necessario che la perdita funzionale sia assoluta, basta che la funzione sia praticamente inutilizzabile, con perdita del 90% in su della funzione sensoriale
- Perdita di un arto: deve intendersi per perdita di un arto non solo l'asportazione totale di esso (amputazione), ma anche l'impossibilità assoluta di usarlo (paralisi). Si ricorda, inoltre, che per la funzione statica e la deambulazione occorrono entrambi gli arti inferiori e per la funzione prensile concorrono entrambi gli arti superiori; pertanto, risulta espressamente stabilito che già la perdita di un solo arto costituisce lesione personale gravissima
- Mutilazione che rende l'arto inservibile: alla perdita di un arto è equiparata la mutilazione che rende l'arto inservibile. Tale ipotesi si verifica quando un arto sia privato di una parte importante (ad esempio, mano o piede): in questi casi, si parla di "mutilazione" piuttosto che di "amputazione" per indicare la rilevanza "funzionale" della mutilazione
- Perdita di un organo (vedi dietro per la definizione di organo in ML): per perdita dell'uso di un organo si intende non la perdita anatomica del viscere, quanto la cessazione definitiva di una ben precisa funzione (perdita di un rene in un monorene, perdita di un occhio un monocolo, etc.)
- Perdita della capacità di procreare
  - Termini
    - M: impotentiacoeundi ed impotentigenerandi

- F: impotentia coeundi, impotentia concipiendi, impotentia gestandi, impotentia partoriendi
  - Cause
    - Lesioni genitali
    - Lesioni extragenitali: cerebrali, esiti cicatriziali addominali, etc.
- Permanente e grave difficoltà della favella: per “favella” si intende il linguaggio parlato, ossia il modo più semplice ed immediato, con il quale ciascuno può comunicare agli altri il proprio pensiero. Dunque, assumono notevole valore soprattutto i disturbi afasici, disartrici, foniatrici e fonatori (centrali o periferici)
- Deformazione o sfregio del volto:
  - Definizioni
    - Sfregio: è una menomazione estetica certamente di minor gravità rispetto alla deformazione del volto, poiché si riferisce a qualsiasi minorazione del fregium, cioè dell’armonia e della bellezza del volto. Il termine indica, seppur in maniera alquanto impropria, “il colpo di rasoio dato a tradimento sul volto, solitamente a scopo di vendetta amorosa”. È implicito, dunque, il fine non soltanto di ledere l’integrità o l’incolumità fisica della vittima, ma di sfregiarla, lasciandole sul viso il marchio indelebile dell’onta subita
    - Deformazione: indica il sovvertimento strutturale, ossia sfigurazione e deturpazione del volto, così da renderlo disgustoso (horribile visu) o da suscitare raccapriccio, ripugnanza o ribrezzo in chi osservi.
  - Note ML:
    - Assume sempre importanza la corretta definizione dello stato anteriore della persona lesa (giovane e bella ragazza vs anziani)
    - Per il configurarsi delle ipotesi di sfregio o di deformazione, non è necessario l’interessamento diretto del volto, ma è rilevante che la lesione faccia ricadere su di esso i propri effetti (deficit del faciale per frattura della mastoide, esiti cicatriziali del collo con effetti retraenti)
    - Nel calvo si considera volto tutto ciò che si vede stando di fronte alla persona

### Altre considerazioni

- Lesione personale e gravidanza
  - Ipotesi aggravanti che rientrano nell’art. 583:
    - Acceleramento del parto (grave)
    - Aborto (gravissima)
  - Legge 194 art. 18: “Chiunque cagiona l’interruzione della gravidanza senza il consenso della donna è punito con la reclusione da quattro a otto anni. Si considera come non prestato il consenso estorto con violenza o minaccia ovvero carpito con l’inganno. La stessa pena si applica a chiunque provochi l’interruzione della gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna.  
 Detta pena è diminuita fino alla metà se da tali lesioni deriva l’acceleramento del parto. Se dai fatti previsti dal primo e dal secondo comma deriva la morte della donna si applica la reclusione da otto a sedici anni; se ne deriva una lesione personale gravissima si applica la reclusione da sei a dodici anni; se la lesione personale è grave questa ultima pena è diminuita. Le pene stabilite dai commi precedenti sono aumentate se la donna è minore degli anni diciotto”

- Lesione personale colposa: art. 590 c.p.: “chiunque cagiona ad altri per colpa una lesione personale è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a euro 309.  
Se la lesione è grave la pena è della reclusione da uno a sei mesi o della multa da euro 123 a euro 619, se è gravissima, della reclusione da tre mesi a due anni o della multa da euro 309 a euro 1.239. Se i fatti di cui al secondo comma sono commessi con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale o di quelle per la prevenzione degli infortuni sul lavoro la pena per le lesioni gravi è della reclusione da tre mesi a un anno o della multa da euro 500 a euro 2.000 e la pena per le lesioni gravissime è della reclusione da uno a tre anni.  
Nei casi di violazione delle norme sulla circolazione stradale, se il fatto di cui al terzo comma è commesso da soggetto in stato di ebbrezza alcolica ai sensi dell'articolo 186, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285, e successive modificazioni, ovvero da soggetto sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope, la pena per le lesioni gravi e della reclusione da sei mesi a due anni e la pena per le lesioni gravissime è della reclusione da un anno e sei mesi a quattro anni.  
Nel caso di lesioni di più persone si applica la pena che dovrebbe infliggersi per la più grave delle violazioni commesse, aumentata fino al triplo; ma la pena della reclusione non può superare gli anni cinque.  
Il delitto è punibile a querela della persona offesa, salvo nei casi previsti nel primo e secondo capoverso, limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o che abbiano determinato una malattia professionale”.
- Contagio di malattie a trasmissione sessuale: è considerato una lesione personale, personale grave o personale gravissima
- Delitto di epidemia (art. 438 c.p.): “Chiunque cagiona un' epidemia mediante la diffusione di germi patogeni è punito con l'ergastolo”.

## CAP. 6: CAPACITA' CIVILE

### Par. I: Capacità giuridica

#### Definizione

La capacità civile è l'insieme della capacità giuridica e della capacità d'agire:

- Art. 1 del Codice Civile: capacità giuridica: “la capacità giuridica si acquista dal momento della nascita. I diritti che la legge riconosce a favore del concepito sono subordinati all’evento della nascita”.
  - Acquistare capacità giuridica: significa, dunque, diventare “persona”, cioè soggetto titolare di diritti e di doveri: per le persone fisiche, si acquista con la nascita e si perde con la morte. L’accertamento dell’avvenuta nascita è molto importante sul piano giuridico, in quanto, pure se l’individuo muore immediatamente dopo esser venuto alla luce, all’evento in questione sono subordinati, ipso facto, i diritti successori, nonché diritti derivanti dalla donazione, etc.
  - Concetto di nascita: per nascita si intende la completa fuoriuscita dal corpo materno di un feto vivo e cronologicamente vitale che abbia respirato. Quindi, concetti importanti sono:
    - Completa fuoriuscita dall’alvo materno di tutto il feto e non, ad esempio, della sola testa o di altra parte: una volta fuoriuscito tutto il feto dall’alvo materno, si parlerà di nato vivo o di nato morto:
      - Non ha importanza, perché la nascita si consideri realizzata, che il feto sia ancora unito alla madre col cordone ombelicale
      - Non è richiesto che il parto sia ultimato, ovvero che sia avvenuto il secondamento (espulsione della placenta)
    - Respirazione: se il nato muore nella fase apnoica della vita extrauterina, non avrà acquisito capacità giuridica. L’avvenuta respirazione potrà esser documentata da prove docimasiche (vedi dopo) ed è un segno diretto della capacità di vita autonoma del neonato
      - Anche solo un atto respiratorio autonomo è sufficiente perché il soggetto si consideri nato
      - Non si può parlare di vita autonoma, e quindi di respirazione attiva, se l’introduzione d’aria è avvenuta passivamente mediante pratiche di respirazione artificiale
    - Cronologicamente vitale: ai fini dell’acquisizione della capacità giuridica, è necessario dimostrare che il neonato sia in possesso della vitalità cronologica, e cioè che abbia raggiunto il 180° giorno di vita
  - Concetto di “persona”: emerge chiaramente la diversa concezione di “persona” in campo civile ed in campo penale:
    - In campo civile: perché il prodotto del concepimento acquisti capacità giuridica occorre dimostrare che sia:
      - Cronologicamente vitale
      - Completamente fuoriuscito dall’alvo materno
      - Che abbia compiuto almeno un atto respiratorio autonomo
    - In campo penale: la tutela del “neonato” va estesa anche al prodotto del concepimento, cronologicamente vitale, durante il parto o che abbia iniziato la vita extrauterina (anche se non ha ancora respirato). L’attributo della vita autonoma non è quindi necessario per il configurarsi del delitto di infanticidio (art. 578 c.p.) o di omicidio. In sostanza, la tutela penale del diritto alla vita della persona sarà efficace



durante tutto l'espletamento del parto e quindi ancor prima dell'inizio della vita autonoma

### **Requisito della vita**

In sede penale, per parlare di soppressione di feto nascente, di infanticidio o di omicidio, occorre accertare pienamente che il prodotto del concepimento, durante il parto oppure alla nascita, fosse vivo. Ove, infatti, si accerti che il prodotto del concepimento fosse già morto prima ed indipendentemente dalla condotta diretta ad ucciderlo, non si parlerà dei reati suddetti, ma al massimo di vilipendio di cadavere, di distruzione o sottrazione di cadavere.

Le più comuni prove utilizzate per verificare se il prodotto del concepimento al momento del parto fosse vivo sono quelle docimasiche, che acquistano un'importanza fondamentale anche in sede civile, ai fini della dimostrazione dell'acquisizione della capacità giuridica: le prove sono positive se dimostrano l'avvenuta respirazione autonoma.

Tuttavia, se respirare significa in ogni caso vivere, non sempre è vero l'inverso.

Nell'evento nascita, infatti, vanno distinte una fase di vita intra-uterina, certamente apnoica, ed una successiva fase di vita extra-uterina, a sua volta suddivisibile in una fase apnoica (o pre-respiratoria) di breve durata e l'altra di vita autonoma, caratterizzata dalla pienezza ed autonomia della funzione respiratoria.

Se la morte è avvenuta nel corso della vita intrauterina, le prove docimasiche respiratorie daranno risultati certamente negativi.

Ad esempio, può accadere che, non appena il capo del neonato appaia all'orifizio vaginale esterno, venga strozzato o fatto scivolare direttamente in una bacinella ripiena d'acqua, così da annegare prima che respiri.

Per accertare allora se il prodotto del concepimento fosse effettivamente in vita al momento del delitto, in casi simili (uccisione del feto durante il parto o nella fase apnoica della vita extrauterina), si dovranno indagare funzioni diverse da quella respiratoria, e soprattutto quella circolatoria.

Sarà, in ogni caso, utile ricercare i segni generali di vitalità od i segni di reazione vitale (ad esempio, tumore da parto): le eventuali lesioni riscontrate sul corpo del cadavere (ecchimosi, cefaloematoma) o la dimostrazione istologica della presenza di reticoli di fibrina acquisteranno il significato di vitalità.

Infine, non esiste una vera e propria norma che stabilisca in quale momento cessa la capacità giuridica di un individuo, ma è da ritenere che, come essa si acquista automaticamente al momento della nascita, così essa verrà automaticamente a cessare al momento della morte.

### **Docimasie**

Il termine deriva dal greco δοκιμαζω "provo" o "verifico" e si riferiva a quella sorta di esame di idoneità, cui la legge sottoponeva il cittadino ateniese, eletto per voto o scelto per sorteggio ad una carica pubblica.

Da un punto di vista ML significa, invece, accertare se il prodotto del concepimento abbia respirato o meno, e quindi vissuto di vita autonoma: in sostanza, l'indagine concerne la verifica diagnostica, effettuata post-mortem, dell'avvenuta respirazione in vita.

Le prove docimasiche possono esser così distinte:

- Docimasie polmonari (o respiratorie)
  - Metrica: consiste nel verificare l'espansione del torace, misurandone la circonferenza e confrontandone i valori con quelli teorici, così da trarne indizi circa l'eventuale respirazione. Tuttavia, da solo ha scarso valore
  - Radiologica: nel polmone che ha respirato si riscontrano:
    - Maggior trasparenza dei campi polmonari
    - Abbassamento eventuale del diaframma
    - Dimensioni e forma degli angoli costo-frenici
    - Espansione dei campi polmonari

- Diaframmatica: esamina, dopo un'adeguata apertura del torace e dell'addome con sezione dei vari piani tissutali, la posizione della cupola diaframmatica:
  - Respirazione avvenuta: apparirà abbassata e, quindi, apprezzabile a livello del 5°-6° spazio intercostale
  - Respirazione non avvenuta: apparirà sollevata e la sua convessità potrà esser apprezzata non oltre il 4° spazio intercostale
- Polmonare ottica: dopo apertura del collo, legatura della trachea (per evitare il passaggio passivo di aria nei polmoni) ed incisione della cavità toracica, si esaminano le superfici polmonari ad occhio nudo o valendosi di una lente ottica e si potranno riscontrare:
  - In caso di assenza di respirazione:
    - Polmoni acquattati nelle docce costo-vertebrali, con margini anteriori sottili e rossi
    - Parenchima polmonare rosso-scuro o rosso-lilla (colore in rapporto alla quantità di sangue contenuta)
  - In caso di avvenuta respirazione
    - Polmoni espansi (ricoprono l'aia cardiaca), con margini arrotondati
    - Parenchima di colore rosa o viola sfumato
- Polmonare galenica od idrostatica: il polmone che non ha respirato ha un peso specifico di poco superiore a quello dell'acqua e quindi affonderà se immerso in una bacinella. Invece, se il polmone ha respirato, galleggerà, in virtù del peso specifico inferiore, seppur di poco, a quello dell'acqua. Tuttavia, le cause di errore sono così tante che la prova non ha quasi più alcun valore
- Polmonare palpatoria
  - Respirazione non avvenuta: consistenza dei polmoni compatta, carnea
  - Respirazione avvenuta: consistenza soffice e crepitante
- Polmonare istologica: è la prova più importante; il metodo più comunemente utilizzato è quello dell'ematossil-eosina ed, in alternativa, può esser utilizzato anche quello di Weigert al fine di evidenziare meglio la fine struttura elastica del polmone
  - Nel polmone che ha respirato
    - Distensione dell'alveolo: questo apparirà ampio, con cavità di forma poligonale, contornato da setti in genere sottili e pieni di sangue
    - Maggior presenza di capillari settali ripieni di sangue: si è, infatti, instaurata la nuova circolazione polmonare al posto di quella placentare e viene richiamato sangue a livello dei setti
  - Nel polmone che non ha respirato
    - Cavità alveolari collabite con alveoli difficilmente riconoscibili
    - Setti larghi e spessi con vasi di calibro piccolo e pochi globuli rossi
    - Fibre elastiche tortuose e molto voluminose
    - Pneumociti II evidenziabili solo a partire dalla 35° settimana
  - In caso di insufflazione artificiale di aria
    - Cavità alveolari collabite in larga parte, ma con altre cavità espanse
    - Setti intralveolari talora abnormemente distesi o rotti
    - Alveoli, a causa della rottura dei setti, confluenti in un'unica cavità
  - In caso di enfisema putrefattivo
    - Enfisema putrefattivo interstiziale: si rilevano bolle di gas, soprattutto nel connettivo interstiziale interlobulare. Intorno alle bolle, si possono evidenziare i germi della putrefazione gassosa, giunti per via linfatica dalle

- fauci (nel polmone che non ha respirato) o per via aerea (nel polmone che ha respirato)
- Enfisema putrefattivo alveolare: le bolle di gas sono più fini e diffuse. In tal caso può essere difficile stabilire se il polmone ha respirato anche se per pochissimo tempo
- Polmonare biochimica: si basa sul dosaggio di lipidi, per il 90% derivati dal surfactante, film di sostanza tensioattiva che si deposita sulla parete alveolare. Il dosaggio, che quindi è una stima sulla quantità di surfattante, serve per valutare il grado di maturità fetale
- Docimasie extrapolmonari
  - Placentare e cordone ombelicale: è importante soprattutto l'inversione del circolo, da placentare a polmonare
  - GI: con la respirazione il feto deglutisce aria, lasciando riscontrare aria nello stomaco (breve durata di vita extrauterina) e nell'intestino (lunga durata)
  - Alimentare: ricerca dei residui alimentari
  - Auricolare: nel soggetto che non ha ancora respirato l'orecchio medio contiene una massa gelatinosa costituita da un residuo di tessuto mucoso fetale o da liquido amniotico; tale massa viene eliminata poi con l'inizio della respirazione e l'ingresso di aria
  - Renale: ricerca di cristalli di acido urico
  - Batterica: ricerca di bacilli coliformi nel contenuto intestinale

## **Par. II: Capacità di agire (art. 2 c.c.)**

### **Definizione**

“La maggior età è fissata al compimento del 18° anno. Con la maggior età si acquista la capacità di compiere tutti gli atti per i quali non sia stabilita un'età diversa. Sono salve le leggi speciali che stabiliscono un'età inferiore in materia di capacità a prestare il proprio lavoro. In tal caso, il minore è abilitato all'esercizio di diritti e delle azioni che dipendono dal contratto di lavoro”.

Quindi, se con l'acquisizione della capacità giuridica la persona è riconosciuta idonea a diventare titolare di diritti e doveri, risulta tuttavia evidente come alla nascita non le potrà esser riconosciuta alcuna capacità di esercitare autonomamente tale titolarità e quindi di compiere atti giuridici.

Si presume, infatti, che l'individuo, sino al momento in cui non acquisisca un sufficiente patrimonio intellettuale, non è ancora capace di compiere da sé alcun atto giuridico né di compiere gli altri atti ordinari della vita civile o di assumere cariche; si fa eccezione solo per i rapporti di lavoro.

In sostanza, la capacità di agire può configurarsi come la capacità di esercitare i propri diritti e doveri e quindi di compiere atti giuridici e si poggia su 3 requisiti: maggior età (18 anni), capacità giuridica e patrimonio intellettuale adeguato.

Quindi, il minore di 18 anni ha capacità giuridica, ma non quella di agire ed oltre i 18 anni è possibile che essa si perda o si riduca per infermità gravi (interdizione) o meno gravi (inabilitazione) temporaneamente o permanentemente.

### **Presupposti psicologici della capacità di agire**

La capacità di agire presuppone il possesso di capacità mentali tali da consentire la conoscenza delle norme giuridiche, perché da essa soprattutto deriva quella idoneità consapevole a compiere gli atti ordinari della vita civile secondo le finalità del diritto e quindi:

- Capacità di saper applicare tali norme nella situazione concreta ed in modo concreto
- Capacità di saper valutare le conseguenze sia giuridiche, sia economiche e morali dell'atto
- Capacità di adeguare alla norma giuridica la propria condotta, indipendentemente da ogni costrizione esterna

Tuttavia, la capacità di distinguere il bene dal male, il giusto dall'ingiusto, o di conoscere le regole della morale comune, necessaria ai fini della definizione dell'imputabilità e della responsabilità penale, richiedono sostanzialmente un'età meno avanzata che non la somma di nozioni e di esperienze da cui dipende la capacità di agire.

È per queste ragioni che, mentre in penale la presunzione di assoluta non imputabilità è collocata al di sotto del 14° anno, in sede civile il limite di età, al di sotto del quale sussiste presunzione di incapacità di agire, è elevato al 18° anno.

Riguardo, invece, la capacità di prestare lavoro, essa è disciplinata da leggi speciali che fissano, in genere, il limite minimo di età al raggiungimento del 15° anno, ridotto a 14 anni per lavori agricoli, familiari e leggeri non industriali, aumentato a 16 o 18 per lavori pesanti o pericolosi.

### **Par. III: Altre considerazioni di diritto civile**

#### **Art. 5 c.c. : Atti di disposizione del proprio corpo**

“Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionano una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico ed al buon costume”.

Il principio di quest'articolo è una diretta conseguenza del riconoscimento del diritto della persona all'integrità fisica ed al diritto alla salute (art. 32 della Costituzione).

Esso comporta un'evidente limitazione della capacità di agire dell'individuo, poiché, ad esempio, il consenso a trattamenti medico-chirurgici è da ritenere non valido o “non legittimo”, quando si riferisce a trattamenti che, ancorché benefici o vantaggiosi, causino una diminuzione permanente dell'integrità fisica.

Derivano, dunque, importanti conseguenze circa la validità del consenso prestato dal paziente in tema di facoltà di curare e, soprattutto, in tema di sperimentazione medica. Lo stesso intervento di sterilizzazione a finalità anticoncezionali, peraltro, trova i suoi limiti di liceità nell'effettiva validità del consenso dell'avente diritto.

Non risulta, in sostanza, ammissibile il principio “il corpo è mio e ne faccio quel che mi pare” se ciò contrasta con le regole dell'ordine pubblico, del buon costume o se cagiona una diminuzione permanente dell'integrità fisica (ma la donazione degli organi tra viventi è considerata lecita, pur essendo vietato il trapianto di gonade).

#### **Interdizione (art. 414)**

“Persone che devono esser interdette. Il maggiore di età ed il minore emancipato, i quali si trovano in condizione di abituale infermità di mente che li rende incapaci di provvedere ai propri interessi, devono essere interdetti. L'interdizione comporta la perdita della capacità di agire”.

La persona interdetta per infermità di mente non può contrarre matrimonio (art. 85 c.c.), non può stipulare contratti, non può prestare consenso valido al trattamento medico, non può più gestire il proprio patrimonio; la capacità di esercitare i propri diritti verrà trasferita sulla persona del tutore (art. 424 c.c.).

Considerazioni circa l'interdizione riguardano:

- Presupposti clinici dell'interdizione
  - Infermità di mente
    - Malattie mentali e loro esiti
    - Anomalie del carattere aventi valore di malattia
    - Arresti dello sviluppo psichico
    - Difetti congeniti della psiche
    - Alterazioni dei processi intellettivi, volitivi e sentimentali

- NB: in sostanza, non occorre un completo sconvolgimento psichico od uno stato di assoluta imbecillità o di demenza, né un quadro clinico psichiatrico nosografico; è sufficiente, invece, una qualsiasi deviazione od alterazione psichica che abbia valore di infermità, che sia abituale o tale da rendere il soggetto assolutamente incapace di provvedere ad i propri interessi (esempi sono schizofrenia, tossicodipendenza cronica, gravi forme di AS cerebrale, etc.)
  - Abitualità di infermità di mente: non è necessario che si tratti di un'infermità inemendabile od irreversibile, né che sia permanente, quanto piuttosto che non sia soggetta a risoluzione in un prevedibile breve arco di tempo, cioè che sia duratura, anche se non costante. In altre parole, può riconoscersi anche per quelle infermità che si manifestino con sintomi e segni clinici a decorso ciclico od episodico (si pensi al disturbo bipolare, ndr): in questi casi occorre tener conto della durata dei periodi di crisi, che nel complesso deve superare quella dei periodi di lucidità
  - Gravità della stessa: deve essere di grado tale da rendere il soggetto incapace di provvedere ai propri interessi (soprattutto patrimoniali: in caso di patrimoni considerevoli, basta anche un deficit modesto). È proprio la gravità che distingue interdizione da inabilitazione
- Tipi di interdizione
  - Interdizione giudiziaria: è dichiarata con sentenza da parte del giudice sulla base di un consulenza tecnica d'ufficio, che deve metter in evidenza natura, grado ed abitualità dell'infermità mentale
    - NB: può esser revocata quando vengano meno le condizioni per i quali l'infermo di mente è stato interdetto
  - Interdizione legale: costituisce la pena accessoria per il condannato, per delitto non colposo, alla reclusione per un tempo non inferiore ai 5 anni oppure all'ergastolo. In questo caso rimangono integre:
    - Capacità di contrarre matrimonio
    - Capacità di riconoscere figli naturali
    - Capacità di legittimarli per subsequensmatrimonium
- Art. 419 c.c. : mezzi istruttori e provvedimenti provvisori: non si può pronunciare l'interdizione senza che si sia proceduto all'esame dell'interdetto o dell'inabilitando

### **Inabilitazione (art. 415 c.c.)**

“Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato. Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé e la loro famiglia a gravi pregiudizi economici.

Possono infine essere inabilitati il sordomuto e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, salva l'applicazione dell'Articolo 414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi”.

In pratica, così come in penale si distinguono un vizio totale ed un vizio parziale di mente, così in civile, accanto all'ipotesi della perdita totale della capacità di agire (interdizione), è contemplata un'ipotesi di perdita parziale (inabilitazione).

L'inabilitato, infatti, può contrarre matrimonio, redigere testamento e svolgere atti della vita civile che non eccedano l'ordinaria amministrazione. All'inabilitato, inoltre, viene assegnato un curatore, che lo deve accompagnare nel compito di tutti quegli atti giuridici (eccedenti l'ordinaria amministrazione) che egli non può compier da solo.

Dal punto di vista della capacità di agire, l'inabilitato si trova in una condizione simile a quella del minore emancipato.

Altre considerazioni sono:

- Art. 429 c.c.: Revoca dell'interdizione e dell'inabilitazione: “Quando cessa la causa dell'interdizione o dell'inabilitazione, queste possono essere revocate su istanza del coniuge, dei parenti entro il quarto grado o degli affini entro il secondo grado, del tutore dell'interdetto, del curatore dell'inabilitato o su istanza del pubblico ministero. Il giudice tutelare deve vigilare per riconoscere se la causa dell'interdizione o dell'inabilitazione continui. Se ritiene che sia venuta meno, deve informarne il pubblico ministero. Se nel corso del giudizio per la revoca dell'interdizione o dell'inabilitazione appare opportuno che, successivamente alla revoca, il soggetto sia assistito dall'amministratore di sostegno, il tribunale, d'ufficio o ad istanza di parte, dispone la trasmissione degli atti al giudice tutelare”.
- Art. 432 c.c. : Inabilitazione nel giudizio di revoca dell'interdizione: “L'autorità giudiziaria che, pur riconoscendo fondata l'istanza di revoca dell'interdizione, non crede che l'infermo abbia riacquisito la piena capacità, può revocare l'interdizione e dichiarare inabilitato l'infermo medesimo. Si applica anche in questo caso il primo comma dell'articolo precedente. Gli atti non eccedenti l'ordinaria amministrazione, compiuti dall'inabilitato dopo la pubblicazione della sentenza che revoca l'interdizione, possono essere impugnati solo quando la revoca è esclusa con sentenza passata in giudicato”
- Art. 418 c.c. : Poteri dell'autorità giudiziaria: “Promosso il giudizio di interdizione, può essere dichiarata anche d'ufficio l'inabilitazione per infermità di mente. Se nel corso del giudizio d'inabilitazione si rivela l'esistenza delle condizioni richieste per l'interdizione, il pubblico ministero fa istanza al tribunale di pronunciare l'interdizione, e il tribunale provvede nello stesso giudizio, premessa l'istruttoria necessaria. Se nel corso del giudizio di interdizione o di inabilitazione appare opportuno applicare l'amministrazione di sostegno, il giudice, d'ufficio o ad istanza di parte, dispone la trasmissione del procedimento al giudice tutelare. In tal caso il giudice competente per l'interdizione o per l'inabilitazione può adottare i provvedimenti urgenti di cui al quarto comma dell'articolo 405”.
- Art. 415: Persone che possono essere inabilite: “Il maggiore di età infermo di mente, lo stato del quale non è talmente grave da far luogo all'interdizione, può essere inabilitato. Possono anche essere inabilitati coloro che, per prodigalità o per abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti, espongono sé o la loro famiglia a gravi pregiudizi economici. Possono infine essere inabilitati il sordo e il cieco dalla nascita o dalla prima infanzia, se non hanno ricevuto un'educazione sufficiente, salva l'applicazione dell'articolo 414 quando risulta che essi sono del tutto incapaci di provvedere ai propri interessi”. Quindi:
  - Infermità mentale abituale, ma di minor gravità rispetto a quella necessaria per l'interdizione
  - Sordomutismo o cecità dalla nascita o dalla prima infanzia
  - Abuso abituale di bevande alcoliche o di stupefacenti: deve tradursi in un'alterazione psichica tale da compromettere la capacità del soggetto di provvedere ai propri interessi o da indurlo a compiere atti pregiudizievoli dal punto di vista economica
  - Prodigalità: tendenza a spendere eccessivamente od a regalare i propri beni agli altri con conseguente grave pregiudizio economico

### **Incapacità naturale**

La minor età, l'interdizione legale e l'interdizione giudiziaria costituiscono situazioni di incapacità ad agire stabilite dalla legge (incapacità legale).

Quando, invece, si parla di incapacità naturale ci si riferisce a quella persona che, sebbene legalmente capace, e quindi di maggior età e non interdetta, si trovi in situazioni cliniche tali che la rendono, in un dato momento, incapace di fatti a comprendere il significato giuridico e le conseguenze dell'atto che compie.

Secondo l'art. 428 c.c. (atti compiuti da persona incapace di intendere o di volere), “Gli atti compiuti da persona che, sebbene non interdetta<sup>328</sup>, si provi essere stata per qualsiasi causa, anche transitoria, incapace d'intendere o di volere al momento in cui gli atti sono stati compiuti possono essere annullati su istanza della persona medesima o dei suoi eredi o aventi causa, se ne risulta un grave pregiudizio all'autore.

L'annullamento dei contratti non può essere pronunziato se non quando, per il pregiudizio che sia derivato o possa derivare alla persona incapace d'intendere o di volere o per la qualità del contratto o altrimenti, risulta la malafede dell'altro contraente. L'azione si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui l'atto o il contratto è stato compiuto. Resta salva ogni diversa disposizione di legge.

### **Incapacità a testare (art. 591 c.c.)**

“Possono disporre per testamento tutti coloro che non sono stati dichiarati incapaci dalla legge.

Sono incapaci di testare:

- 1) coloro che non hanno compiuto la maggiore età;
- 2) gli interdetti per infermità di mente;
- 3) quelli che, sebbene non interdetti, si provi essere stati, per qualsiasi causa, anche transitoria, incapaci di intendere o di volere nel momento in cui fecero testamento.

Nei casi d'incapacità preveduti dal presente articolo il testamento può essere impugnato da chiunque vi ha interesse. L'azione si prescrive nel termine di cinque anni dal giorno in cui è stata data esecuzione alle disposizioni testamentarie”.

## CAP. 7: VALUTAZIONE DEL DANNO ALLA PERSONA IN RESPONSABILITA' CIVILE

### Par. I: Caratteristiche generali

#### Concetto di danno

“Danno” significa, letteralmente (dal latino “demere”), privare un individuo di un bene che gli appartiene: può consistere nella diminuzione temporanea o permanente del patrimonio e del reddito del danneggiato oppure nella compromissione della sua stessa integrità e quindi della sua efficienza psicofisica.

Sin poco tempo fa, il risarcimento del danno alla persona era strettamente legato o all’esistenza di un reato od alla prova effettiva della perdita economico che da esso fosse derivato: ad esempio, in caso di danno ad un patrimonio elevato, il risarcimento sarebbe stato consistente; in caso di menomazioni, seppur gravi o gravissime, sarebbe stato relativamente modesto, se il danneggiato non avesse svolto alcuna attività lavorativa o non avesse potuto dimostrare alcuna capacità reddituale (casalinghe, minori, anziani).

Oggi, la capacità di guadagno e la capacità lavorativa del danneggiato non sono più considerate come unici parametri di riferimento per la valutazione ed il risarcimento del danno alla persona in responsabilità civile, né è pregiudiziale la prova del reato per il risarcimento del danno alla salute (non più dunque ascritto ai “reati non patrimoniali”).

Tutto ciò è avvenuto soprattutto grazie al lavoro di Cesare Gerin, in virtù della sua teoria della validità e della valorizzazione del contenuto prima di tutto biologico del danno alla persona (danno biologico, danno alla validità, danno alla salute) e del suo significato e valore “anche” patrimoniale.

Il fondamento giuridico dell’obbligo risarcitorio resta, in ogni caso, l’affermazione preliminare della responsabilità di chi ha posto in essere la condotta illecita: queste, a sua volta, è fondata sulla preliminare dimostrazione del danno e quindi sull’accertamento del nesso di causalità giuridico-materiale fra la condotta illecita considerata e l’evento di danno stesso (responsabilità extra-contrattuale o contrattuale).

Secondo l’art. 2043 c.c. (risarcimento per fatto illecito), “ qualunque atto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che l’ha commesso a risarcire il danno”.

#### Qualificazioni giuridiche del danno alla persona

- Danno ingiusto (e perciò risarcibile): può esser distinto in 3 categorie
  - Danno biologico o danno alla vitalità o danno alla salute (temporaneo o permanente; vedi dopo)
  - Danno patrimoniale:
    - Tipologie
      - Danno emergente: si tratta della perdita economica sofferta dal danneggiato; comprende ogni diminuzione del patrimonio della persona considerata
      - Danno da lucro cessante: consiste nella diminuita produttività e quindi nel mancato guadagno conseguito dalla persona danneggiata. È una conseguenza della riduzione dell’integrità e dell’efficienza psicosomatica della persona danneggiata (si ricorda che, come vedremo, la compromissione o menomazione dell’integrità psico-fisica costituisce il danno biologico). L’invalidità, infatti, può ripercuotersi sulla capacità del soggetto di espletare l’attività lavorativa già esercitata in precedenza e, quindi, sulla capacità di guadagno
    - Temporalità
      - Danno attuale: è quello già realizzatosi e ben obiettivabile
      - Danno futuro: deve rispondere ad un criterio di obiettività, di certezza, o comunque di grane probabilità del suo verificarsi (qualità che non sussistono



nel danno potenziale, il quale, dunque, non costituisce mai danno risarcibile).

- o Danno non patrimoniale o morale: deve esser risarcito solo quando il fatto che lo produce costituisce reato o negli altri casi espressamente stabiliti dalla legge. Consiste nel dolore e nella sofferenza morali e spirituali, che derivano alla vittima dal prodursi del danno, e la sua definizione è di esclusiva competenza del magistrato

### **Danno biologico**

È il primo dei parametri ML utilizzato ai fini della valutazione complessiva del danno alla persona in responsabilità civile. Pur essendo, nella pratica, utilizzati i termini di “danno alla salute” e “danno alla vitalità” utilizzati come sinonimi di danno biologico, essi non lo sono: ad esempio, secondo Cesare Gerin “una cicatrice cutanea in parti non scoperte del corpo o peggio un intervento demolitore, che però può ridare quell’efficienza psico-fisica che prima dell’intervento non esisteva, sono danni biologici ma non danni alla salute.

Con la dizione “danno biologico” si intende, dunque, esprimere un concetto esclusivamente medico, quale è quello del pregiudizio all’incolumità od all’integrità psico-fisica preesistente indipendentemente da qualsiasi riferimento o ripercussione sulla capacità di produrre reddito.

Il DL 23/00 n.38 ha definito che “in attesa della definizione di carattere generale di danno biologico e dei criteri per la determinazione del relativo risarcimento, il presente articolo definisce, in via sperimentale, ai fini della tutela dell’assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali il danno biologico come la lesione all’integrità psicofisica, suscettibile di valutazione medico legale, della persona. Le prestazioni per il ristoro del danno biologico sono determinate in misura indipendente dalla capacità di produzione del reddito del danneggiato”.

Il danno biologico, dunque, è risarcibile indipendentemente dalla sua incidenza sulla capacità di produzione di reddito del danneggiato; in altre parole, “il danno biologico consiste nella menomazione, permanente o temporanea, dell’integrità psico-fisica della persona, comprensiva degli aspetti personali, dinamico-relazionali, passabili di accertamento e di valutazione ML ed indipendente da ogni riferimento alla capacità di produrre reddito”.

Quindi, da un punto di vista giuridico, non la sola lesione o meglio la sola menomazione biologica di questo o quell’organo devono esser considerate ai fini del risarcimento, quanto piuttosto il pregiudizio alla validità od alla salute che esse comportano.

Pertanto, occorre considerare gli aspetti dinamico-relazionali del danno biologico: quel che conta, infatti, ai fini risarcitori è stabilire non solo la compromissione anatomico-funzionale, ma anche le conseguenze che da quella menomazione biologica derivano sulla capacità di relazione sociale della persona considerata; l’essere umano, in altre parole, non è mai considerato in modo statico come mera entità biologico-clinica, ma come persona immersa in una rete di rapporti sociali.

Secondo Gerin, concetto fondamentale del danno biologico è la validità: valido è colui, infatti, che sia pronto e capace fisicamente, psichicamente e spiritualmente ad espandersi liberamente nell’ambito della vita di relazione, in maniera coerente alla propria personalità e nel rispetto delle leggi vigenti.

In conclusione, ai fini risarcitori, il primo dei parametri per la valutazione del danno alla persona in RC è il danno biologico, che deve quindi esprimersi in termini di invalidità e cioè di pregiudizio della validità della persona considerata; inoltre, ai fini di un’esatta valutazione del grado di invalidità permanente, vanno precisati sia i cosiddetti aspetti statici sia quelli più propriamente dinamico-relazionali del danno biologico.

### **Permanenza del danno: tabelle di valutazione**

- Danno transitorio: è il danno i cui effetti sono solo temporanei, cioè si estinguono entro un lasso di tempo più o meno breve dall'azione o dall'omissione umana illecita considerata
- Permanente: è il danno le cui conseguenze si perpetuano indefinitivamente nel tempo, non essendo prevedibile il recupero od il ritorno allo status quo ante entro un ragionevole limite di tempo. Quindi, la qualifica di permanente va intesa come stabile, durevole, protratta a lungo: questo è, dunque, un giudizio prognostico, che soffre di tutte le incertezze dei pareri di genere
  - Art. 2057 c.c.: danni permanenti: “quando il danno alle persone ha carattere permanente la liquidazione può essere fatta dal giudice, tenuto conto delle condizioni delle parti e della natura del danno, sotto forma di una rendita vitalizia, in tal caso il giudice dispone le opportune cautele”
    - NB: non è, in realtà, quasi mai attuato
  - Rientrano nel computo dell'invalidità permanente anche il danno estetico, il danno sessuale, il danno alla capacità di procreare e, insomma, ogni apprezzabile danno ad una qualsiasi funzione biologica ben delineata ai fini della vita organica o soprattutto di relazione. Va però precisato che, in genere, la valutazione del danno estetico è rimessa direttamente al Magistrato giudicante.
  - Ogni persona va considerata con semplicemente come la somma di molteplici funzioni biologiche, ma come individuo dotato di una specifica personalità (studio del danno personalizzato)
  - L'invalidità permanente viene sempre espressa con un numero percentile che indica la riduzione della complessiva validità psico-fisica del soggetto normale
  - L'impiego di tabelle (barèmes) valutative: può esser utile, ma non è mai decisivo, nel senso che non potrà mai sostituirsi alla critica attività valutativa del consulente. In ogni caso, vi sono:
    - Funzioni indispensabili alla stessa prosecuzione della vita biologica e per le quali non è configurabile una perdita completa: nervosa, psichica, respiratoria, cardiocircolatoria, immunitaria, etc.
    - Funzioni necessarie ai fini della vita di relazione, importanti nella valutazione della qualità di vita: visiva, uditiva, fonatoria, vestibolare, prensile, estetica, sessuale, etc.
    - NB: la valutazione conclusiva dell'invalidità permanente deve essere espressione non di sterili conti aritmetici, quanto della effettiva comprensione da parte del medico valutatore della personalità dell'esaminato e del reale significato invalidante della o delle menomazioni riscontrate

### **Invalidità e riabilitazione protesica**

Il grado effettivo del recupero funzionale mediante protesi va studiato in ogni caso sotto l'aspetto medico, chirurgico, tecnico, riabilitativo, psicologico e sociale.

La personalità ed il modo individuale di reagire alla limitazione causata dalla menomazione organica hanno spesso un ruolo determinante nel condizionare la riuscita della riabilitazione.

In ogni caso, è evidente che il significato invalidante di una menomazione (amputazione) riducibile con protesi è minore rispetto a quella che non lo è. Si ribadisce, peraltro, che secondo l'art. 5 c.c. e l'art. 32 della Costituzione, nessuno può esser obbligato a sottoporsi ad un intervento senza avervi liberamente consentito: quindi, nemmeno un amputato di un arto può esser costretto alla protesi.

Ovviamente, se la persona si è sottoposta al trattamento protesico, occorre tener conto della riduzione del significato invalidante della menomazione, ottenuta appunto grazie alla protesi: in questo caso, vanno comunque tenuti in conto il costo delle spese relative agli apparecchi protesici, il grado di tollerabilità dell'apparecchio protesico, il danno futuro a carico del distretto o dei distretti articolari contigui, etc.

In definitiva, ai fini valutativi, dovrebbero fornirsi al Magistrato:

- Valutazione del significato invalidante della menomazione non corretta
- Valutazione del significato invalidante della menomazione corretta o correggibile
- Valutazione di tollerabilità ed efficienza della protesi
- Valutazione della durata media della protesi, del suo costo e delle spese necessarie per i rinnovi

### **Liquidazione del danno biologico**

In precedenza, per pervenire ad una giusta valutazione del danno era sufficiente l'applicazione di generali principi di liquidazione secondo equità e buon senso del giudice: questo "criterio equitativo puro" non è più in uso perché manca di regole precise. Esso, infatti, può comportare il rischio di decisioni arbitrarie ed imprevedibili e determinare ingiustificate disparità di trattamento.

Per superare queste difficoltà si è fatto ricorso a:

- Metodo del triplo della pensione sociale: considera come base l'importo corrispondente al triplo della pensione sociale, lo moltiplica per la percentuale di invalidità residua e per un coefficiente relativo all'età dell'infortunato, ottenendo in tal modo il risarcimento del danno biologico
- Metodo del punto elastico secondo la Scuola Pisana: si basa sul "valore punto"; si stabilisce un importo per ogni punto di invalidità e lo si moltiplica per il grado di invalidità residua. L'importo del punto viene determinato in base ad una rilevazione statistica delle liquidazioni effettuate negli anni precedenti, opportunamente aggiornate.

La nozione di punto come sistema liquidatorio del danno biologico deve essere quella del punto articolato flessibile: infatti, per non irrigidire il sistema, fu prevista una flessibilità fino al 50% del valore punto, così da permettere l'adeguamento del riconoscimento alla peculiarità della fattispecie, sulla base della raccomandazione della Corte Costituzionale, secondo cui la determinazione del danno alla salute deve essere personalizzata.

- Sistema del punto tabellare o variabile: derivata dal sistema precedente, è il metodo più utilizzato. Mantiene l'idea della liquidazione per mezzo del valore punto, ma ne predetermina le oscillazioni in base a due funzioni fondamentali: la funzione crescente, rappresentata dalla percentuale di invalidità che fa alzare il valore punto in relazione all'aggravarsi della patologia, e la funzione decrescente, che lo fa decrescere in proporzione all'anzianità.

Sulla base di questi principi sono state create numerose tabelle:

- Tipologie di tabelle
  - Per ogni singolo punto di invalidità permanente
  - Su range di punti (1-5%, 6-10%, etc.)
  - Per categorie di danno (micropermanenti, danni medi, macropermanenti)
- Tabella del Tribunale di Milano: è la più costante; ad ogni punto di invalidità viene attribuito un valore monetario crescente e ad ogni fascia d'età è assegnato un moltiplicatore (inversamente proporzionale all'età)

## **Par. II: Altre considerazioni**

### **Incapacità lavorativa specifica**

Bisogna, infatti, distinguere capacità lavorativa generica, ossia la capacità di espletare una qualsiasi attività lavorativa, ossia un'azione che non richieda una particolare specializzazione o preparazione o speciali attitudini. Tuttavia, quest'attività lavorativa generica, per la sua stessa genericità, non esiste e, dunque, si parlerà sempre di capacità lavorativa specifica, sia temporanea che permanente.

Con tale dizione (incapacità lavorativa specifica) ci si riferisce, dunque, all'incapacità che ha quella determinata persona di svolgere quella determinata attività lavorativa.

Si ricorda che, secondo Gerin, “tutti i lavori sono specifici: anche il lavoro di manovalanza, non qualificato, è un lavoro specifico, che richiede speciali qualità fisiche che non sono di tutti”.

È utile, comunque, chiedersi se quella persona potrà continuare o meno a svolgere la sua attività professionale, se quella persona sia capace di svolgere un altro lavoro che appartenga alla sua stessa categoria professionale o no.

Quindi, si stabilirà, dopo esame clinico dell'ammalato e valutazione prognostica, se e come quella menomazione, della quale si è precisato l'esatto valore invalidante, si ripercuote sfavorevolmente, limitandola, sulla capacità lavorativa specifica.

Secondo Gerin, si potrà dunque realizzare una delle seguenti ipotesi:

- Invalidità senza ripercussione sull'attività lavorativa esercitata
- Invalidità con ripercussioni sull'attività lavorativa con incompatibilità parziale
- Invalidità incompatibile con l'attività professionale esercitata, ma compatibile con professioni della stessa categoria
- Invalidità incompatibile con l'attività professionale esercitata e con professioni della stessa categoria, ma compatibile con altre categorie professionali
- Invalidità incompatibile con lo svolgimento di qualsiasi attività lavorativa
- NB: in conclusione, sempre secondo Gerin, occorre tener distinte “le due valutazioni, quella di invalidità e quella di incapacità lavorativa, lasciando al magistrato di fissare per quest'ultima la cifra percentuale, in base sia agli elementi biologico-professionali, fornitigli dal perito, sia ad elementi economico-sociali di competenza non medica”

### **Incapacità di guadagno**

Capacità di guadagno significa capacità di utilizzare o sfruttare economicamente la propria forza lavoro, determinata da fattori intrinseci ed estrinseci (economico-ambientali).

Dunque, la valutazione della capacità di guadagno è sempre preceduta dalla definizione dell'invalidità e della validità residua.

### **Danno estetico**

- Danno fisionomico: riguarda il volto ed ha rilevanza penale (sfregio); in sede civile, invece, ogni danno alla funzione fisionomica va considerato come danno fisiognomico
- Danno fisiognomico: la funzione fisiognomica è la funzione estetica della donna, svolta non solo dai tratti estetici del volto, ma anche dalle proprietà estetiche del corpo tutto (anche olfatto, ad esempio. Il danno alla funzione fisiognomica, proprio perché visibile ictu oculi (a colpo d'occhio” è rimesso alla valutazione diretta del Magistrato

### **Danno morale**

Riguarda il Magistrato.

## **CAP. 8: TUTELA DELLA SALUTE MATERNO-FAMILIARE**

### **Par. I: Caratteristiche generali**

#### **Consultori familiari**

- Art. 1 legge 405 29/7/75: Il servizio di assistenza alla famiglia e alla maternità ha come scopi:
  - a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;
  - b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e da singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;
  - c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
  - d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso.
- Art. 2 legge 194 22/5/78: “i consultori familiari istituiti dalla legge 29 luglio 1975, n. 405, fermo restando quanto stabilito dalla stessa legge, assistono la donna in stato di gravidanza:
  - a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;
  - b) informandola sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;
  - c) attuando direttamente o proponendo allo ente locale competente o alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi, quando la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lettera a);
  - d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza.

I consultori sulla base di appositi regolamenti o convenzioni possono avvalersi, per i fini previsti dalla legge, della collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita.

La somministrazione su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile è consentita anche ai minori”.

#### **Diritto alla vita**

Tra i diritti inviolabili dell'uomo, riconosciuti e garantiti dall'art. 2 della Costituzione, rientra il diritto alla vita, inteso come diritto all'esistenza individuale, presupposto indispensabile per l'acquisizione di tutti gli altri che lo Statuto garantisce alla persona. La tutela di questo fondamentale diritto ha inizio sin da quando l'essere umano comincia ad esistere e questo implica anche il diritto del feto di vivere e perciò anche di nascere.

Dal punto di vista giuridico parlare di diritti presuppone sempre l'esistenza di una persona fisica e dunque la nascita: da un punto di vista medico la vita umana comincia dal momento stesso del concepimento. Si tratta di un valore assoluto, di un diritto fondamentale ed inalienabile, le cui uniche deroghe sul piano giuridico sono quelle contenute nella legge sull'interruzione volontaria di gravidanza.

#### **Fecondazione assistita (art. 42 Codice Deontologico)**

“Le tecniche di procreazione umana medicalmente assistita hanno lo scopo di ovviare alla sterilità.

E' fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare:

- a) forme di maternità surrogata;

- b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili;
- c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce;
- d) forme di fecondazione assistita dopo la morte del partner.

E' proscriotta ogni pratica di fecondazione assistita ispirata a pregiudizi razziali; non è consentita alcuna selezione dei gameti ed è bandito ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali, nonché la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca.

Sono vietate pratiche di fecondazione assistita in studi, ambulatori o strutture sanitarie privi di idonei requisiti”.

## **Par. II: Legge 22 maggio 1978 n. 194: Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria di gravidanza**

### **Premessa**

- Art. 1 (contro la limitazione delle nascite): “lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio. L'interruzione volontaria della gravidanza, di cui alla presente legge, non è mezzo per il controllo delle nascite. Lo Stato, le regioni e gli enti locali, nell'ambito delle proprie funzioni e competenze, promuovono e sviluppano i servizi socio-sanitari, nonché altre iniziative necessarie per evitare che lo aborto sia usato ai fini della limitazione delle nascite”
- Particolare attenzione va posta all'interruzione cosiddetta “urgente” della gravidanza, che ricorre quando sussista imminente pericolo per la vita della donna, al comportamento da seguire nei casi di possibilità di vita autonoma del feto, all'interruzione della gravidanza nel caso della minore o di donna psichicamente incapace

### **Interruzione della gravidanza entro i primi 90 giorni: le motivazioni**

Secondo l'art. 4 della legge 194, “per l'interruzione volontaria della gravidanza entro i primi novanta giorni, la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico istituito ai sensi dell'articolo 2, lettera a), della legge 29 luglio 1975 numero 405, o a una struttura socio-sanitaria a ciò abilitata dalla regione, o a un medico di sua fiducia”.

In pratica, nei primi 90 giorni la decisione di abortire spetta unicamente alla donna: per la loro varietà e per il numero delle motivazioni, entro il primo trimestre l'interruzione potrà esser sempre ottenuta, sebbene con la necessaria osservanza delle modalità stabilite dalle legge.

L'interruzione della gravidanza deve essere sempre volontaria (IVG d'ora in avanti): se il consenso viene estorto con violenza o minacce, è prevista la reclusione da 4 a 10 anni per chi pratica l'aborto (quindi, il medico dovrà attentamente valutare le reali motivazioni, anche psicologiche, alla base della scelta).

Sebbene l'indiscusso risultato delle legge sia stato quello di aver efficacemente contrastato il fenomeno dell'aborto clandestino, rimangono alcune problematiche, come la reale distinzione semiologico tra periodo embrionale (< 90 giorni) e fetale (> 90 giorni), soprattutto in caso di informazioni alterate riguardo al momento del concepimento e quindi circa l'epoca concezionale e gestazionale.

### **Procedura e doveri del medico di fronte alla donna che chiede IVG entro i primi 90 giorni**

Secondo l'art. 5 della legge 194, “il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, di esaminare con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta,

nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto.

Quando la donna si rivolge al medico di sua fiducia questi compie gli accertamenti sanitari necessari, nel rispetto della dignità e della libertà della donna; valuta con la donna stessa e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito, anche sulla base dell'esito degli accertamenti di cui sopra, le circostanze che la determinano a chiedere l'interruzione della gravidanza; la informa sui diritti a lei spettanti e sugli interventi di carattere sociale cui può fare ricorso, nonché sui consultori e le strutture socio-sanitarie.

Quando il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, riscontra l'esistenza di condizioni tali da rendere urgente l'intervento, rilascia immediatamente alla donna un certificato attestante l'urgenza.

Con tale certificato la donna stessa può presentarsi ad una delle sedi autorizzate a praticare la interruzione della gravidanza.

Se non viene riscontrato il caso di urgenza, al termine dell'incontro il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, di fronte alla richiesta della donna di interrompere la gravidanza sulla base delle circostanze di cui all'articolo 4, le rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza e l'avvenuta richiesta, e la invita a soprassedere per sette giorni. Trascorsi i sette giorni, la donna può presentarsi, per ottenere la interruzione della gravidanza, sulla base del documento rilasciato ai sensi del presente comma, presso una delle sedi autorizzate".

In definitiva, il medico è tenuto ad accertare e certificare:

- Identità della donna
- Esistenza della gravidanza
- Epoca della stessa
- Richiesta e motivi > attività dissuasiva
- Avvenuta informazione sui consultori, sulle strutture socio-sanitarie od ospedaliere dove, trascorsi i 7 giorni, la donna potrà rivolgersi
- Data del rilascio, così da certificare che la donna ha chiesto l'interruzione all'epoca indicata
- NB: nel caso di coppia sposata, l'interruzione della gravidanza da parte della donna senza il consenso del marito può esser ritenuta ingiuria grave ai fini dell'eventuale giudizio sull'addebitabilità della separazione

### **IVG in caso di malformazioni fetali**

È introdotto l'aborto profilattico o preventivo, il quale non mira a potenziare intrinseche caratteristiche eugenetiche della popolazione (aborto eugenetico), ma consente alla donna di impedire la nascita di individui affetti da malattie ereditarie o da anomalie e difetti congeniti e ciò anche al fine di ridurre il pericolo ed il peso economico connessi alla presenza nella famiglia e nella società di individui improduttivi e bisognosi di un'assistenza continua.

L'aborto preventivo può esser giustificabile, dopo il 90° giorno, quando la studio prenatale del feto fornisca la certezza od un elevato grado di probabilità di gravi ed irrimediabili malattie congenite del concepito; ma assai discusso e pericoloso diviene il discorso quando il rischio è solo ipotetico e basato su un criterio esclusivamente statistico e previsionale, come stabilito per la gravidanza entro il 90° giorno.

### **IVG dopo il 90° giorno**

Secondo l'art. 6 della l. 194, "L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna;  
 b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna".

- Esempi di patologie gravi per la madre
  - Ipertensione arteriosa grave
  - DM
  - Obesità
  - Cardiopatia cianogena
  - Anemia
  - Abuso di alcol o di sostanze stupefacenti
  - Gestosi
- Indicazioni chirurgiche all'interruzione di gravidanza
  - Cancro dell'utero
  - Cancro della mammella
  - Cancro gastrico
  - Ulcera gastro-duodenale
- Per i processi patologici del feto è necessario l'accertamento (vedi art. 7)

### **IVG in caso di imminente pericolo per la vita della donna**

Secondo l'art. 7, "i processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente.

Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale.

Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto".

L'eventuale obiezione di coscienza da parte del personale sanitario non può mai esser invocata quando la donna versi in condizioni di pericolo di vita.

### **IVG in minore età**

La decisione di abortire rientra tra gli atti di disposizione del proprio corpo (art. 5 c.c.) ed è pertanto necessaria la maggior età: l'eventuale autonoma decisione di abortire della minore non può, dunque, tradursi in un consenso valido a praticare l'interruzione.

È, infatti, necessario in ogni caso l'assenso dei genitori o di chi ne esercita la tutela o la potestà. Il consenso di uno solo dei genitori, inoltre, non basta.

Secondo l'art. 12, infatti, "la richiesta di interruzione della gravidanza secondo le procedure della presente legge è fatta personalmente dalla donna. Se la donna è di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto lo assenso di chi esercita sulla donna stessa la potestà o la tutela. Tuttavia, nei primi novanta giorni, quando vi siano seri motivi che impediscano o sconsiglino la consultazione delle



persone esercenti la potestà o la tutela, oppure queste, interpellate, rifiutino il loro assenso o esprimano pareri tra loro difformi, il consultorio o la struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, espleta i compiti e le procedure di cui all'articolo 5 e rimette entro sette giorni dalla richiesta una relazione, corredata del proprio parere, al giudice tutelare del luogo in cui esso opera. Il giudice tutelare, entro cinque giorni, sentita la donna e tenuto conto della sua volontà, delle ragioni che adduce e della relazione trasmessagli, può autorizzare la donna, con atto non soggetto a reclamo, a decidere la interruzione della gravidanza.

Qualora il medico accerti l'urgenza dell'intervento a causa di un grave pericolo per la salute della minore di diciotto anni, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela e senza adire il giudice tutelare, certifica l'esistenza delle condizioni che giustificano l'interruzione della gravidanza. Tale certificazione costituisce titolo per ottenere in via d'urgenza l'intervento e, se necessario, il ricovero. Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela”.

Se il giudice negherà l'autorizzazione, la donna potrà fare ricorso al tribunale dei minori.

In caso di pericolo di vita, oltre i 90 giorni la procedura è identica a quella della maggiorenne.

### **IVG ed interdizione (art. 13)**

“Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna.

Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso.

Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo.

Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8”.

### **IVG e possibilità di vita autonoma del feto**

Ove esista la possibilità (età minima di vita uterina di 180 giorni), fermo restando che l'interruzione può esser praticata solo quando la gravidanza od il parto comportino un grave pericolo di vita, il medico che esegue l'intervento deve fare tutto il necessario per salvare la vita del feto.

La finalità è la salvaguardia della vita e della salute della donna, non la soppressione del prodotto del concepimento: quindi, ove esista la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione dovrà esser praticata rispettando e salvaguardando anche il diritto alla vita del nascituro.

### **Obiezioni di coscienza**

Consiste nel rifiuto motivato da ragioni etiche e di coscienza di adempiere ad un obbligo imposto dalla legge: secondo l'art. 9, infatti, “il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza, con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dello ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento della abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni.

L'obiezione può sempre essere revocata o venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione al medico provinciale.

L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate sono tenuti in ogni caso ad assicurare lo espletamento delle procedure previste dall'articolo 7 e l'effettuazione degli interventi di interruzione della gravidanza richiesti secondo le modalità previste dagli articoli 5, 7 e 8. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione anche attraverso la mobilità del personale.

L'obiezione di coscienza non può essere invocata dal personale sanitario, ed esercente le attività ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo.

L'obiezione di coscienza si intende revocata, con effetto, immediato, se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente”.

### **Par. III: Altre considerazioni**

#### **Aborto illegale ed aborto criminoso**

- Aborto illegale: è quello effettuato da donna consenziente senza tener conto dei dettami della legge 194, ossia quando:
  - È stato ottenuto senza osservare le regole ed i limiti imposti dalla legge
  - È stato effettuato al di fuori delle sedi autorizzate
    - NB: le pene sono maggiori per l'esecutore che per la donna, per la quale è prevista solo una multa
- Aborto criminoso: l'interruzione della gravidanza o è una conseguenza della lesione personale (dolosa o colposa) o è ottenuta mediante azione dolosa del soggetto attivo diretta ad interrompere la gravidanza senza o contro il consenso della donna. Quindi, elementi decisivi sono:
  - Azione del colpevole
  - Assenza del consenso
  - Verificarsi dell'evento abortivo
  - Nesso di causalità tra azione ed evento

#### **Diritto all'anonimato**

L'ospedale, la struttura socio-sanitaria, il consultorio od il medico di fiducia della donna devono garantire il diritto all'anonimato: quindi, non devono essere segnalate le generalità della persona che abbia effettuato l'interruzione (altrimenti si è imputabili di delitto di rivelazione di segreto professionale o di segreto d'ufficio).

#### **Codice deontologico (art. 41)**

“L'interruzione della gravidanza, al di fuori dei casi previsti dalla legge, costituisce grave infrazione deontologica tanto più se compiuta a scopo di lucro.

Il medico obiettore di coscienza, ove non sussista imminente pericolo per la vita della donna, o, in caso di tale pericolo, ove possa essere sostituito da altro collega altrettanto efficacemente, può rifiutarsi d'intervenire nell'interruzione volontaria di gravidanza”.

## Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità

- Art. 2: Ai fini del presente testo unico:
  - a) per "congedo di maternita'" si intende l'astensione obbligatoria dal lavoro della lavoratrice;
  - b) per "congedo di paternita'" si intende l'astensione dal lavoro del lavoratore, fruito in alternativa al congedo di maternita';
  - c) per "congedo parentale", si intende l'astensione facoltativa della lavoratrice o del lavoratore;
  - d) per "congedo per la malattia del figlio" si intende l'astensione facoltativa dal lavoro della lavoratrice o del lavoratore in dipendenza della malattia stessa;
  - e) per "lavoratrice" o "lavoratore", salvo che non sia altrimenti specificato, si intendono i dipendenti, compresi quelli con contratto di apprendistato, di amministrazioni pubbliche, di privati datori di lavoro nonche' i soci lavoratori di cooperative.
- Art. 6:
  - 1. Il presente Capo prescrive misure per la tutela della sicurezza e della salute delle lavoratrici durante il periodo di gravidanza e fino a sette mesi di eta' del figlio, che hanno informato il datore di lavoro del proprio stato, conformemente alle disposizioni vigenti, fatto salvo quanto previsto dal comma 2 dell'articolo 8.
  - 2. La tutela si applica, altresì, alle lavoratrici che hanno ricevuto bambini in adozione o in affidamento, fino al compimento dei sette mesi di eta'.
  - 3. Salva l'ordinaria assistenza sanitaria e ospedaliera a carico del Servizio sanitario nazionale, le lavoratrici, durante la gravidanza, possono fruire presso le strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, con esclusione dal costo delle prestazioni erogate, oltre che delle periodiche visite ostetrico-ginecologiche, delle prestazioni specialistiche per la tutela della maternita', in funzione preconcezionale e di prevenzione del rischio fetale, previste dal decreto del Ministro della sanita' di cui all'articolo 1, comma 5, lettera a), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, purché prescritte secondo le modalita' ivi indicate.
- Art. 7
  - 1. E' vietato adibire le lavoratrici al trasporto e al sollevamento di pesi, nonche' ai lavori pericolosi, faticosi ed insalubri. I lavori pericolosi, faticosi ed insalubri sono indicati dall'articolo 5 del decreto del Presidente della Repubblica 25 novembre 1976, n. 1026, riportato nell'allegato A del presente testo unico. Il Ministro del lavoro e della previdenza sociale, di concerto con i Ministri della sanita' e per la solidarieta' sociale, sentite le parti sociali, provvede ad aggiornare l'elenco di cui all'allegato A.
  - 2. Tra i lavori pericolosi, faticosi ed insalubri sono inclusi quelli che comportano il rischio di esposizione agli agenti ed alle condizioni di lavoro, indicati nell'elenco di cui all'allegato B.
  - 3. La lavoratrice e' addetta ad altre mansioni per il periodo per il quale e' previsto il divieto.
  - 4. La lavoratrice e', altresì, spostata ad altre mansioni nei casi in cui i servizi ispettivi del Ministero del lavoro, d'ufficio o su istanza della lavoratrice, accertino che le condizioni di lavoro o ambientali sono pregiudizievoli alla salute della donna.
  - 5. La lavoratrice adibita a mansioni inferiori a quelle abituali conserva la retribuzione corrispondente alle mansioni precedentemente svolte, nonche' la qualifica originale. Si applicano le disposizioni di cui all'articolo 13 della legge 20 maggio 1970, n. 300, qualora la lavoratrice sia adibita a mansioni equivalenti o superiori.
  - 6. Quando la lavoratrice non possa essere spostata ad altre mansioni, il servizio ispettivo del Ministero del lavoro, competente per territorio, puo' disporre l'interdizione dal lavoro per tutto il periodo di cui al presente Capo, in attuazione di quanto previsto all'articolo 17.
  - 7. L'inosservanza delle disposizioni contenute nei commi 1, 2, 3 e 4 e' punita con l'arresto fino a sei mesi.

- Art. 8
  - 1. Le donne, durante la gravidanza, non possono svolgere attivita' in zone classificate o, comunque, essere adibite ad attivita' che potrebbero esporre il nascituro ad una dose che ecceda un millisievert durante il periodo della gravidanza.
  - 2. E' fatto obbligo alle lavoratrici di comunicare al datore di lavoro il proprio stato di gravidanza, non appena accertato.
  - 3. E' altresì vietato adibire le donne che allattano ad attivita' comportanti un rischio di contaminazione
- Art. 16: E' vietato adibire al lavoro le donne:
  - a) durante i due mesi precedenti la data presunta del parto, salvo quanto previsto all'articolo 20;
  - b) ove il parto avvenga oltre tale data, per il periodo intercorrente tra la data presunta e la data effettiva del parto;
  - c) durante i tre mesi dopo il parto;
  - d) durante gli ulteriori giorni non goduti prima del parto, qualora il parto avvenga in data anticipata rispetto a quella presunta. Tali giorni sono aggiunti al periodo di congedo di maternita' dopo il parto

## CAP. 9: INVALIDITA' CIVILE

### Par. I: Caratteristiche generali

#### Premessa

Nel sistema di sicurezza sociale si delineano due fondamentali ordini di intervento da parte dello Stato a favore del cittadino che versi in situazioni di bisogno:

- interventi previdenziali (INPS, INAIL) rivolti ai lavoratori beneficiari di assicurazioni sociali, il cui finanziamento è di tipo contributivo
- interventi di tipo assistenziale ed economico, rivolti ai cittadini (anche non lavoratori) invalidi (invalidi civili) non altrimenti tutelati ed il cui finanziamento è garantito dallo Stato. Sono quindi esclusi dal novero degli invalidi civili: invalidi di guerra, invalidi del lavoro, invalidi per cause pensionabili INPS, ciechi e sordomuti, per i quali provvedono specifici disposti di legge

#### Definizione

Secondo l'art. 2 L. 30/03/1971 n.118, si considerano mutilati ed invalidi civili: cittadini affetti da minoranza congenita od acquisita, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali, che abbiano subito una permanente riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore ad un terzo, se si tratta di persone di età compresa tra 18 e 65 anni; oppure, se si tratta di minori di 18 anni o di ultrasessantacinquenni, se abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Quindi, si nota che non vi rientrano i malati psichiatrici in quanto rinchiusi nei manicomi nel 1971 (oggi negli OPG).

#### Accertamento dell'invalidità permanente

L'art. 1 del DL 23.11.1988. n.509 precisa che "le menomazioni congenite od acquisite di cui alla L. n.118 comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportino un danno funzionale permanente":

- Parametri di giudizio per la valutazione dell'invalidità civile nelle persone di 18-65 anni:
  - Danno funzionale persistente: Capacità lavorativa: si dovrà verificare caso per caso come quelle accertate infermità mentali e menomazioni si ripercuotano sulla capacità lavorativa specifica o sulla capacità di lavoro della persona esaminata in occupazioni confacenti alle sue attitudini
    - NB: per capacità di lavoro si intende la potenzialità ad espletare una o più attività qualora sussistano caratteristiche ben delineate, sia biologiche, sia attitudinali, sia professionali
  - Tabelle di legge e sistema valutativo tabellare
- Perché la persona rientri nella categoria degli invalidi civili è la prova della permanente riduzione della capacità di lavoro in misura non inferiore ad un terzo in caso di persone di 18-65 anni. Per le altre fasce d'età si fa riferimento alle difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età
- Gradi di invalidità
  - Invalidità > 33%: la persona ha diritto alla qualifica di invalido civile e quindi alla concessione eventuale di prestazioni protesiche od ortopediche
  - Invalidità > 45%: la persona ha diritto all'iscrizione nelle liste speciali per l'assunzione obbligatoria al lavoro
  - Invalidità > 74%: ha diritto all'assegno mensile come invalido parziale

- NB: non paga i ticket sanitari
- Invalidità = 100%: ha diritto alla pensione di inabilità come invalido totale
  - NB: non paga neanche la ricetta
- Invalidità = 100% e soggetto non deambulante o non autosufficiente: ha diritto anche all'indennità di accompagnamento

### **Difficoltà persistente a svolgere compiti e funzioni proprie dell'età dei minori e negli anziani**

In questi casi non ha significato condizionare il giudizio sull'invalidità alla valutazione della residua capacità di lavoro delle persone esaminate. Si tratta, infatti, di soggetti che non svolgono alcuna attività lavorativa o che si presume non abbiano ancora delineata alcuna attitudine al lavoro.

Quindi, per essi si prefigura un riferimento valutativo alle difficoltà a persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie dell'età considerata: pertanto, il minore o l'anziano hanno diritto di essere riconosciuti invalidi civili allorché presentino difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni tipiche della loro età ed è perciò evidente che deve trattarsi di una difficoltà obiettivamente grave.

### **Indennità di accompagnamento per gli invalidi civili**

Si tratta di un beneficio economico concesso ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili (100%) per affezioni fisiche o psichiche, nei cui confronti le apposite commissioni sanitarie abbiano accertato che si tratti di persone che si trovino nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbiano bisogno di un'assistenza continua. Basta una sola delle due condizioni.

### **Pensione di inabilità per invalidi civili**

La pensione di inabilità viene concessa ai mutilati ed agli invalidi civili di età superiore ai 18, nei cui confronti la sede di visita medico-sanitaria sia stata accertata una totale inabilità lavorativa (100%). Al compimento del 65° anno, in sostituzione di tale pensione, viene corrisposta da parte dell'INPS la pensione sociale. Se però l'importo di tale pensione è inferiore a quello spettante come pensione di inabilità, verrà corrisposta la differenza a titolo di assegno ad personam.

### **Assegno mensile di assistenza (assegno di invalidità)**

È una prestazione economica concessa ai mutilati ed invalidi civili di età compresa fra i 18 ed i 65 anni che abbiano una riduzione della capacità lavorativa nella misura superiore al 74% ed incollocabili al lavoro.

### **Indennità di frequenza**

Si tratta di una prestazione mensile concessa ai mutilati ed invalidi civili minori di 18 anni, che presentino difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età, nonché ai sordi parziali, quando si riconosce che essi abbiano necessità di frequentare scuole e centri di formazione professionale e riabilitazione.

## **Par. II: Particolari categorie di malati**

### **Tutela delle persone affette da cecità totale o parziale**

Rientrano nel novero dei ciechi civili solo coloro che lo sono dalla nascita o che lo sono diventati a causa di malattie ed infortuni, ma non quelli che lo sono diventati per cause di guerra, di servizio o di lavoro, per i quali provvedono altri dispositivi di legge.

La legge 138 del 3.04.2001 definisce:

- Ciechi totali: hanno pensione ed indennità di accompagnamento per la necessità di assistenza continua
  - a) coloro che sono colpiti da totale mancanza della vista in entrambi gli occhi;
  - b) coloro che hanno la mera percezione dell'ombra e della luce o del moto della mano in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore;
  - c) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 3 per cento
- Ciechi parziali:
  - a) coloro che hanno un residuo visivo non superiore a 1/20 in entrambi gli occhi o nell'occhio migliore, anche con eventuale correzione (ventimisti: hanno diritto alla pensione di inabilità)
  - b) coloro il cui residuo perimetrico binoculare è inferiore al 10 per cento (decimisti: hanno diritto all'assegno di invalidità)
- Ipovedenti
  - Gravi
  - Medio-gravi
  - Lievi

### **Tutela delle persone affette da sordomutismo**

Il sordomuto, quali che siano le cause dell'infermità e l'epoca di esordio, presenta una notevole difficoltà comunicativa, da cui consegue un notevole handicap nella vita di relazione.

Da un punto di vista ML si considera sordomuto "il minorato sensoriale dell'udito affetto da sordità congenita o acquisita durante l'età evolutiva che gli abbia impedito il normale apprendimento del linguaggio parlato".

In questi casi, la gravissima limitazione dello sviluppo del linguaggio verbale o la sua assenza totale, nonostante l'integrità anatomo-funzionale dell'apparato fonatorio, sono una conseguenza della menomazione uditiva (per questo è considerato sordomuto chi è affetto da sordità congenita od acquisita entro i 12 anni).

Il sordomuto è tabellato con valore fisso di invalidità dell'80%.

L'art. 4 della L. 508/1988 riconosce una specifica indennità, l'indennità di comunicazione, in favore dei sordomuti minori di 18 anni: tale beneficio vien corrisposto ai soli sordomuti titolari dell'assegno mensile di assistenza. In sostanza, per poter accedere all'assegno, occorre che si accetti la condizione di sordomutismo e stabilire che si tratti di sordi prelinguali. In realtà, tale indennità dovrebbe esser corrisposta ogni qualvolta si accerti una condizione di sordomutismo non educato, ma educabile.

Anche ai sordomuti, infine, può esser rilasciata un'indennità di frequenza incompatibile però con l'indennità di comunicazione.

### **Legge 5.02.1992 n. 104: Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate**

- Art. 1: Finalità: la Repubblica:
  - a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;
  - b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;
  - c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;
  - d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

- Art. 3: Soggetti aventi diritto: è persona handicappata
  1. Colui che presenta una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione.
  2. La persona handicappata ha diritto alle prestazioni stabilite in suo favore in relazione alla natura e alla consistenza della minorazione, alla capacità complessiva individuale residua e alla efficacia delle terapie riabilitative.
  3. Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità. Le situazioni riconosciute di gravità determinano priorità nei programmi e negli interventi dei servizi pubblici.
  4. La presente legge si applica anche agli stranieri e agli apolidi, residenti, domiciliati o aventi stabile dimora nel territorio nazionale. Le relative prestazioni sono corrisposte nei limiti ed alle condizioni previste dalla vigente legislazione o da accordi internazionali.
- Art. 4: Accertamento dell'handicap: gli accertamenti relativi alla minorazione, alle difficoltà, alla necessità dell'intervento assistenziale permanente e alla capacità complessiva individuale residua, di cui all'articolo 3, sono effettuati dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'articolo 1 della legge 15 ottobre 1990, n. 295, che sono integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali.
- Principali diritti riconosciuti alle persone handicappate
  - Diritto all'integrazione scolastica
  - Diritto all'integrazione lavorativa
  - Diritto alla piena integrazione nella vita sociale
  - Diritto ad un aiuto personale
  - Diritto a risiedere in speciali comunità riabilitative
  - Diritto di ottenere appositi spazi per parcheggiare la macchina
  - Diritto di accesso all'informazione
  - Diritto alla rimozione di ostacoli
  - Diritto all'assistenza specialistica



## **CAP. 10: INAIL ED ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO E LE MALATTIE PROFESSIONALI**

### **Par. I: Assicurazioni sociali**

#### **Caratteristiche generali**

- Nelle assicurazioni sociali (AS) il soggetto assicurante è esclusivamente un ente pubblico (INAIL od INPS). Nelle assicurazioni private (AP), invece, il soggetto assicuratore è una delle numerose compagnie private che gestiscono il mercato assicurativo e che sono sottoposte alla vigilanza dell'ISVAP (istituto per la vigilanza sulle assicurazioni private e di interesse collettivo)
- Nelle AS l'assicurante è il datore di lavoro, che deve denunciare l'inizio del rapporto di lavoro del dipendente e deve "assicurare" quest'ultimo, pagando nei modi e nei tempi stabiliti i contributi fissati dalla legge (le assicurazioni sociali sono obbligatorie). Nelle assicurazioni libere, invece, a sottoscrivere la polizza è in genere un cittadino privato
- Nelle AS le prestazioni erogate sono automatiche (con le dovute riserve concernenti il previo accertamento dei requisiti contributivi per i lavoratori autonomi e l'invalidità, la vecchiaia e la tubercolosi).

Al realizzarsi del rischio esse sono concesse al lavoratore dipendente in ogni caso, anche quando il datore di lavoro non ha adempiuto né agli obblighi di denuncia all'inizio del rapporto di lavoro né agli obblighi contributivi.

Perciò, mentre le AP, ai fini della validità della garanzia assicurativa e del diritto alle prestazioni, è necessario che l'assicurato fornisca la prova sul pagamento del premio di polizza, per le AS basta che il lavoratore abbia assunto regolarmente il servizio.

- Le AS esulano da ogni intento di lucro e perseguono finalità di sicurezza sociale, a differenza delle AP, regolate da norme di diritto commerciale e sottostanti alle leggi di mercato e del profitto
- Le prestazioni economiche e sanitarie nel regime previdenziale sono erogate sulla base di criteri uniformi e correlate alla gravità del danno biologico e delle conseguenze patrimoniali sfavorevoli che eventualmente ne derivano; nelle AP, invece, le prestazioni sono in genere di carattere economico e variano a seconda dei massimali garantiti dalla polizza
- Con le AS si tende non solo ad indennizzare i danni che derivano al lavoratore dagli eventuali eventi pregiudizievoli che lo colpiscono, ma si pone in opera ogni mezzo idoneo a conservare od a ripristinare la sua validità, la sua capacità produttiva nonché a prevenire l'insorgenza di nuovi eventi dannosi e le situazioni di rischio. Ciò perché le AS fanno parte integrante del sistema di sicurezza sociale: perseguono scopi preventivi, assistenziali e riabilitativi

#### **AS contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali**

Il testo unico per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro del 1965 stabilisce l'obbligo dell'assicurazione contro i danni (fisici ed economici) che il lavoratore subisce a causa di infortuni sul lavoro e malattie professionali; peraltro, lo stesso testo stabilisce che "l'assicurazione è esercitata, anche con forme di assistenza e di servizio sociale, dall'istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (INAIL).

L'INAIL, costituito nel 1933, è stato ridefinito dalla legge 88/89, secondo cui è un "ente pubblico erogatore di servizi, destinato a svolgere le funzioni attribuitegli con criteri di economicità e di imprenditorialità adeguando autonomamente la propria organizzazione alle esigenze di efficiente e tempestiva acquisizione dei contributi e di erogazione delle prestazioni, realizzando una gestione del patrimonio mobiliare ed immobiliare, che assicuri un idoneo rendimento finanziario".

Nel Testo Unico 1124/65 e nelle tabelle allegate sono indicati i lavoratori che devono essere assicurati, le percentuali di inabilità delle diverse menomazioni permanenti e le malattie professionali indennizzabili. Oggi la tutela è estesa anche ad i lavoratori domestici, alle casalinghe, ai medici radiologi etc.; recentemente, inoltre, il DL vo 38/2000 ha introdotto la tutela del danno biologico anche in ambito INAIL, con una nuova tabella valutativa articolata in due distinti allegati, uno per la valutazione del danno otiatico e l'altro contenente due ulteriori tabelle valutative relative alla patologia respiratoria.

## **Par. II: Nozione di infortunio sul lavoro**

### **Caratteristiche generali**

L'art. 2 del TU stabilisce che "l'assicurazione comprende tutti i casi di infortuni avvenuti per causa violenta in occasione di lavoro, da cui sia derivata la morte od un'inabilità permanente al lavoro, assoluta o parziale, ovvero una inabilità temporanea assoluta che importi l'astensione al lavoro per più di 3 giorni".

Per gli eventi infortunistici e le malattie professionali denunciate dopo il 25.07.2000, al posto dell'inabilità permanente viene considerato il danno biologico, allorché superi il limite di franchigia (6%) con le eventuali conseguenze patrimoniali.

Vengono considerate "infortunio sul lavoro" (e non malattia professionale) l'infezione carbonchiosa e le malattie dovute all'azione di un agente patogeno (causa virulenta = causa violenta).

Pur se in genere accidentale o fortuito, l'infortunio sul lavoro può verificarsi anche per dolo o per colpa di terzi, ma senza che per ciò venga meno la finalità di lavoro (occasione di lavoro), che rende l'infortunio indennizzabile.

Infatti, in ipotesi di infortunio sul lavoro, una volta accertata la mancata adozione, da parte del datore di lavoro, delle misure di sicurezza, va ritenuta la piena responsabilità datoriale, con conseguente obbligo di integrale risarcimento del danno biologico, del danno morale e delle spese mediche, indipendentemente dall'eventuale concorso di colpa del lavoratore infortunato, che non vale ad escludere la responsabilità datoriale, a meno che non si concreti in una condotta totalmente estranea alla prestazione lavorativa e, come tale, assolutamente inopinabile ed imprevedibile.

Ove, invece, l'infortunio derivi da un comportamento del lavoratore estraneo alle finalità di lavoro, l'evento non sarà considerato infortunio indennizzabile, perché verrà a mancare uno dei suoi requisiti fondamentali, ossia l'occasione di lavoro.

Infine, nel caso di dolo del lavoratore, "l'assicurato, il quale abbia simulato un infortunio od abbia dolosamente aggravato le conseguenze di esso, perde il diritto ad ogni prestazione, fermo rimanendo le pene stabilite dalla legge".

In conclusione, gli elementi costitutivi della figura giuridica dell'infortunio indennizzabile INAIL (analizzati singolarmente in seguito) sono:

- Esistenza del rischio (specifico o generico aggravato)
- Causa violenta
- Occasione di lavoro
- Danno lavorativo per eventi antecedenti il 25.07.2000
- Danno biologico e le sue eventuali conseguenze patrimoniali per eventi successivi detta data

### **Esistenza del rischio: il concetto di rischio nell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro**

Uno dei principali attributi dell'infortunio indennizzabile è la sua imprevedibilità specifica concreta: in altre parole, deve sussistere il rischio, intendendosi con tale termine il grado di probabilità del verificarsi di un evento dannoso incerto sul se, sul come, sul quando e sul chi.

Ai fini della tutela previdenziale non basta la sola dimostrazione dell'esistenza di un rischio generico: deve trattarsi di un rischio lavorativo o di rischio protetto, nel senso che il lavoro deve esso stesso condizionare ed in qualche modo aggravare la natura e l'entità del rischio

- A seconda, inoltre, del maggior o minor grado del rischio, gli eventi infortunistici possono esser in generale distinti in diverse categorie:
  - Eventi impossibili a realizzarsi: il rischio di quell'evento in quell'ambiente di lavoro è pari a zero
  - Eventi possibili: l'evento può accadere
  - Eventi probabili
  - Eventi certi
- Categorie tecnico-assicurative di rischio:
  - Rischio generico: indica la semplice possibilità del verificarsi di un evento dannoso (ad esempio, tutti sono sottoposti al rischio di un terremoto o di un fulmine)
  - Rischio generico aggravato: sussiste la probabilità del verificarsi dell'evento stesso. Tale maggior probabilità del rischio deriva dalla stessa attività espletata, che costringe il lavoratore ad esporsi maggiormente a determinati fattori di rischio (manutenzione di strade, più esposti al rischio di incidenti stradali)
  - Rischio specifico: esiste un'elevata probabilità del verificarsi del danno: si tratta di un rischio che grava soltanto su coloro che svolgono una certa attività e quindi dipende proprio dalle particolari caratteristiche dell'attività espletata (lavoratore addetto alla bonifica di campi minati od alla preparazione di gas o sostanze tossiche)
  - NB: perché sussista la tutela previdenziale occorre che il lavoro abbia prodotto almeno un aggravamento del rischio generico, che si tratti, cioè, di rischio aggravato o rischio specifico. Presupposti fondamentali per l'intervento sono:
    - Espletamento dell'attività protetta
    - Esistenza di un valido nesso di causalità fra antecedente lesivo e danno lavorativo o biologico (principio della presunzione di pericolosità e dell'esistenza del rischio nel caso si tratti di lavorazioni protette)

### **Occasione di lavoro**

A giustificare la tutela previdenziale è il particolare collegamento fra danno lavorativo ed attività prestata (attività protetta): questa, nell'ambito dell'assicurazione contro gli infortuni, non è di per se stessa causa del danno, come è invece nel caso della malattia professionale.

Il lavoro costituisce la condizione per la quale la causa violenta può agire ed agisce sulla persona del lavoratore.

Occasione non sta dunque a significare un rapporto di derivazione diretta come da causa ad effetto tra lavoro e danno, quanto invece un rapporto più ampio (rapporto "occasionale", "atmosfera lavorativa" secondo il Gerin), nella quale si verifica l'incontro tra causa violenta e corpo umano.

Non basta, tuttavia, la semplice correlazione cronologica o topografica od un collegamento solo marginale fra attività lavorativa e sinistro: l'evento dannoso deve dipendere direttamente dal rischio (generico aggravato o specifico) inerente l'attività espletata e deve quindi accadere in stretta connessione con il perseguimento delle specifiche finalità di lavoro.

Occasione significa, in conclusione, soprattutto "finalità di lavoro".

### **Infortunio in itinere**

È l'infortunio che il lavoratore subisce nell'andare dalla propria abitazione verso il luogo di lavoro o nel ritornare da esso: se esposto al solo rischio generico nel corso del tragitto, l'eventuale infortunio sarà escluso

dalla tutela assicurativa. Se, invece, la prestazione lavorativa, comporta un aggravamento del rischio (rischio generico aggravato o rischio specifico), sarà lecito parlare di infortunio indennizzabile.

“Salvo il caso di interruzioni o deviazioni del tutto indipendenti dal lavoro o, comunque, non necessitate, l'assicurazione comprende gli infortuni occorsi alle persone assicurate durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro, durante il normale percorso che collega due luoghi di lavoro se il lavoratore ha più rapporti di lavoro e, qualora non sia presente un servizio di mensa aziendale, durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di lavoro a quello di consumazione abituale dei pasti.

L'interruzione e la deviazione si intendono necessitate quando sono dovute a cause di forza maggiore, ad esigenze essenziali ed improrogabili o all'adempimento di obblighi penalmente rilevanti.

L'assicurazione opera anche nel caso di utilizzo del mezzo di trasporto privato, purché necessitato. Restano, in questo caso, esclusi gli infortuni direttamente cagionati dall'abuso di alcolici e di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; l'assicurazione inoltre non opera nei confronti del conducente sprovvisto della prescritta abilitazione alla guida“.

### **Concetto di causa violenta**

Per causa violenta s'intende qualsiasi fattore od antecedente lesivo che produca il danno protetto (dannosità), agendo dall'esterno sul corpo umano (esteriorità), in modo sufficientemente inteso (violento) e rapido nel tempo (concentrata).

Bisogna, dunque, considerare:

- Esteriorità: la causa del danno deve agire dall'esterno (ab extrinseco) e deve derivare dall'ambiente di lavoro. Anche lo sforzo effettuato dal lavoratore per vincere determinate resistenze può possedere le caratteristiche di esteriorità e di intensità proprie della causa violenta
- Natura della causa: tra le più frequenti ipotesi di causa violenta vi sono:
  - Cause lesive di tipo fisico (energia meccanica) o chimico
  - Energia elettrico, EM, termica od acustica
  - Sostanze tossiche
  - Cause infettive
  - Cause psichiche
- Intensità lesiva: la causa deve essere idonea quantitativamente a provocare l'effetto dannoso
- Modalità d'azione della causa

La causa si considera “violenta” quando agisce in modo rapido e concentrato nel tempo: l'unità cronologica di misura è il turno lavorativo. Si considera concentrata nel tempo l'azione lesiva di quell'antecedente causale la cui durata non superi un turno lavorativo.

Questo è il criterio fondamentale per poter differenziare l'infortunio sul lavoro dalla malattia professionale (causalità lenta e diluita nel tempo).

Ovviamente, poi, ad una causa concentrata non seguiranno, solitamente, effetti concentrati nel tempo: le conseguenze, infatti, possono non solo manifestarsi anche tardivamente, ma protrarsi anche a lungo.

### **Danno indennizzabile**

- Tipologie
  - Morte dell'assicurato
  - Inabilità permanente assoluta al lavoro
  - Inabilità permanente parziale
  - Inabilità temporanea assoluta (astensione per più di 3 giorni)
  - Inabilità temporanea assoluta per meno di 3 giorni
  - Inabilità temporanea parziale (non indennizzabile dall'INAIL)

- Danno biologico (> 6%) con le eventuali conseguenze patrimoniali
- Inabilità:
  - Tipologie
    - Permanente assoluta: è la conseguenza di un infortunio o di una malattia professionale, la quale tolga completamente e per tutta la vita l'attitudine al lavoro
    - Permanente parziale: diminuisce, invece, in parte ma essenzialmente e per tutta la vita l'attitudine al lavoro. Accertato che dall'infortunio sia derivata un'inabilità permanente che riduca l'attitudine al lavoro per più del 10%, è corrisposta una rendita rapportabile al grado dell'inabilità stessa.
  - Caratteristiche
    - La valutazione vien fatta sulla base delle tabelle valutative annesse al TU, che riportano per ciascuna delle menomazioni valori di inabilità permanente uguali per tutti i lavoratori appartenenti allo stesso settore considerato, senza alcuna differenza a seconda della diversa attività espletata o della diversa qualifica nell'ambito del settore di appartenenza.
    - La perdita anatomica si considera equivalente alla perdita funzionale
    - Caso per caso si valuta l'incidenza della menomazione biologica sull'attitudine al lavoro intesa non in senso specifico né in senso generico, ma riferita a tutte quelle che lo stesso potrebbe proficuamente svolgere nel settore di appartenenza
    - La rendita per inabilità permanente erogata dall'INAIL ha la funzione di indennizzare il danno subito dal lavoratore non per le conseguenze fisiche o psichiche in sé, ma per le ripercussioni negative che da esse derivano sull'attitudine al lavoro proficuo dell'assicurato (danno lavorativo)
    - La rendita per inabilità permanente costituisce, dunque, per l'assicurato un corrispettivo economico della ridotta capacità di trarre un guadagno dalla propria forza lavoro
    - Prima del DL 38/2000 restavano esclusi dall'ambito dell'inabilità permanente il danno estetico o erotico, a meno che non si dimostrava che in questi casi il danno limitasse l'attitudine al lavoro dell'assicurato (ad esempio, per stati depressivi)
- Danno biologico indennizzabile: col DL 38/2000 si è stabilito che per gli eventi successivi al 25.07.2000 si dovrà valutare il danno biologico, inteso come menomazione dell'integrità psico-fisica della persona, suscettibile di accertamento e valutazione ML
  - Valutazione del danno biologico
    - < 6%: nessun indennizzo
    - 6-15%: indennizzo in capitale del solo danno biologico
    - > 16%: rendita, di cui una quota per danno biologico ed una quota aggiuntiva per le conseguenze patrimoniali della menomazione
  - Tabelle
    - Delle menomazioni: includono anche menomazioni prima non considerate (danno estetico, danno sessuale)
    - Dei coefficienti: per calcolare l'ammontare della rendita ove il danno biologico abbia anche rendite patrimoniali. L'ulteriore quota di rendita viene commisurata all'incidenza della menomazione sulla capacità dell'infortunato di produrre reddito grazie al proprio lavoro e tiene conto della categoria di attività di appartenenza dell'assicurato e della sua ricollocabilità
  - Criteri della tabella di indennizzo del danno biologico:

- Areddituale: si presume che il grado di menomazione dell'integrità psico-fisica produce lo stesso pregiudizio alla salute per tutti gli essere umani, a prescindere dal diverso reddito di lavoro prodotto
- Crescente: l'indennizzo cresce col crescere del grado della menomazione
- Variabile a seconda dell'età e del sesso (maggior longevità delle donne)
- Valida per tutti i settori lavorativi

### **Nesso causale nell'infortunistica INAIL, con particolare riguardo alle concause**

- Criteri di giudizio con cui valutare il rapporto fra antecedente e susseguente
  - Criterio cronologico
  - Criterio qualitativo
  - Criterio quantitativo
  - Criterio modale
  - Criterio topografico
  - Criterio della continuità
  - Criterio di esclusione
  - Criterio della sussunzione
  - Criterio epidemiologico
- Concause: sono regolate dall'art. 41 c.p.
  - Tipologie
    - Preesistenti: le conseguenze lesive dirette dell'infortunio si innestano su di una condizione morbosa preesistente, perciò indipendente dall'infortunio stesso, con la conseguenza di produrre effetti lesivi più gravi di quelli che il semplice evento infortunistico avrebbe prodotto da sé solo (ad esempio, DM, emofilia)
    - Simultanee: il lavoratore infortunato ha diritto all'indennizzo dell'intero danno esitato.
    - Sopravvenute: il rapporto causale è escluso solo quando sono state estranee al lavoro e da sé sole sufficienti a determinare l'evento
  - Concause di infortunio: sono, ad esempio, cadute con conseguenti infortuni ed eventuali esiti dannosi, anche a distanza, in soggetti con preesistenti deficit deambulatori o visivi o labirintici. In questi casi, le condizioni preesistenti possono acquisire significato di vera e propria concausa di infortunio. Anche per essi, il rapporto di causalità non è escluso; anzi, in taluni casi l'aggravamento del rischio, dovuto alle condizioni cliniche preesistenti del lavoratore, può mettere in discussione la colpa del datore di lavoro per inosservanza delle norme in materia di sicurezza e di tutela della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro (DL 626/94)

### **Valutazione dell'inabilità permanente: danni plurimi monocroni e policroni**

Secondo il TU 1124/65 "Nei casi d'inabilità permanente previsti nella tabella allegato n. 1, l'attitudine al lavoro, agli effetti della liquidazione della rendita, si intende ridotta nella misura percentuale indicata per ciascun caso. L'abolizione assoluta della funzionalità di arti o di organi o di parti di essi è equiparata alla loro perdita anatomica.

Quando gli arti o gli organi o parte di essi abbiano perduto soltanto parzialmente la loro funzione, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro si determina sulla base della percentuale d'inabilità stabilita per la loro perdita totale, ed in proporzione del valore lavorativo della funzione perduta.

In caso di perdita di più arti, od organo, o di più parti di essi, e qualora non si tratti di molteplicità espressamente contemplata nella tabella, il grado di riduzione dell'attitudine al lavoro deve essere

determinato di volta in volta tenendo conto di quanto, in conseguenza dell'infortunio, e per effetto della coesistenza delle singole lesioni, è diminuita l'attitudine al lavoro”.

Ai sensi del DL vo 38/2000 per gli eventi successivi al 25.07.2000 dovrà tenersi conto non della attitudine al lavoro, ma del grado di menomazione dell'efficienza psico-fisica individuale, ossia del danno biologico.

Si parla di coesistenza quando la minorazione preesistente non ha alcuna influenza sul decorso e sugli esiti della lesione infortunistica e di concorrenza quando la menomazione preesistente incide sullo stesso organo funzionale che subisce l'evento infortunistico attuale o su sistemi fra loro connessi.

Inoltre, si è soliti distinguere le menomazioni plurime monocrone (cioè prodotte nello stesso infortunio) da quelle policrone (cioè prodotte in più infortuni). Per le prime, occorre effettuare una valutazione complessiva ed unica del danni.

Per le seconde, corrispondenti, dunque, ad infortuni riportati in epoche diverse, occorre distinguere se ci si trova di fronte a menomazioni preesistenti dovute a fatti extra-lavorativi o lavorativi.

Qualora il titolare di una rendita di inabilità (cioè effetto da menomazioni preesistenti in conseguenza di fatti lavorativi) sia colpito da un nuovo infortunio lavorativo indennizzabile, si procede alla costituzione di un'unica rendita, rappresentata non dalla somma aritmetica delle due somme, ma proporzionale al grado di riduzione complessiva dell'attitudine al lavoro, determinata dalle menomazioni determinate dal precedente infortunio sul lavoro e dal nuovo, in caso di menomazioni precedenti al 25.07.2000.

In epoca successiva, possono aversi due ipotesi:

- Le preesistenze lavorative erano state indennizzate con rendita: il grado della menomazione conseguente al nuovo infortunio viene valutato con riguardo alle nuove Tabelle, senza tener conto delle preesistenze (perché già indennizzate). Alla vecchia rendita, dunque, si aggiungerà la nuova, calcolata in base alla nuova disciplina
- Le preesistenze lavorative non erano indennizzate in rendita: se ne terrà conto ai fini del calcolo dell'indennizzo dovuto, solo se concorrenti (cioè aggravanti) con le nuove menomazioni. Se invece si tratta di preesistenze dovute a fatti extralavorativi occorre distinguere:
  - Coesistenza: non se ne terrà conto
  - Concorrenza: il grado di riduzione permanente complessivo che residua al nuovo infortunio deve esser rapportato non all'attitudine al lavoro, ma all'integrità psico-fisica ridotta per effetto della preesistente inabilità (o del preesistente danno biologico > formula di Gabrielli). Di conseguenza, la seconda minorazione subita per infortunio sul lavoro sarà valutata con una percentuale di danno più elevata rispetto a quanto stabilito dalla tabella per un soggetto teoricamente sano o normale
    - NB: formula di Gabrielli: (attitudine al lavoro preesistente – attitudine al lavoro residua all'infortunio da valutare)/attitudine al lavoro preesistente:  $(C - CI)/C$

### **Par. III: Malattia professionale**

#### **Caratteristiche generali e sistemi**

Si definiscono “malattie professionali” (o “del lavoro”) quelle malattie che colpiscono i lavoratori assicurati INAIL esposti in modo protratto al rischio tutelato e per le quali sia certa la derivazione causale dell'attività espletata.

L'assicurato deve contrarre la tecnopatia “nell'esercizio ed a causa della lavorazione espletata” o a causa della specifica noxa patogena cui è esposto per l'assolvimento della propria attività, tenendo comunque conto dell'ambiente lavorativo.

La legge, infatti, non pone come presupposto necessario ed esclusivo che il lavoratore esegua direttamente una delle lavorazioni indicate nel TU, essendo sufficiente che la malattia risulti contraibile nell'ambiente di

lavoro, purché frequentato a causa delle lavorazioni stesse (ad esempio, ipoacusia o sordità da rumore), anche se queste sono materialmente eseguite da un soggetto diverso da quello colpito.

È importante considerare il diverso significato che assume il nesso causale nell'infortunio sul lavoro e nella malattia professionale: per l'infortunio indennizzabile, infatti, deve sussistere, oltre al danno biologico od al danno lavorativo, la causa violenta in occasione di lavoro, rapida e concentrata nel tempo.

Per la malattia professionale, invece, la causa è diluita (il lavoratore è esposto al rischio lavorativo per l'intero arco della sua attività) ed agisce in modo lento, cioè con azione graduale e protratta nel tempo. La natura dell'antecedente causale può, inoltre, esser la stessa: ciò che cambia è soprattutto la diversa modalità d'azione della causa.

Quindi, mentre negli infortuni di lavoro l'eziologia professionale è generalmente accertabile con una certa facilità, essendo l'evento lesivo ben evidenziabile in quanto collegabile con immediata evidenza a quello infortunistico ed all'occasione di lavoro, più difficile diventa accertare il nesso causale con l'attività lavorativa nel caso delle malattie professionali.

È proprio in considerazione di tale difficoltà che il legislatore aveva inizialmente scelto di fondare la tutela delle malattie professionali sul sistema lista chiusa (o tabellare): secondo tale sistema, sono ritenute malattie professionali, e quindi comprese nella tutela previdenziale, solo quelle tassativamente elencate nelle apposite tabelle e riferite ad attività o lavorazioni, sempre che si manifestino entro un determinato intervallo di tempo, pur esso ben indicato nell'apposito elenco, a partire dal momento dell'abbandono o cessazione della lavorazione morbigena (periodo di massima indennizzabilità).

In pratica, secondo il sistema tabellare, perché si dia luogo alla rendita INAIL, occorrono le seguenti condizioni:

- La malattia patita dal lavoratore deve essere contemplata fra quelle contenute nella menzionata tabella di legge
- Deve essere contratta nell'esercizio ed a causa di lavorazioni od a causa di noxae patogene tassativamente indicate nella tabella
- La manifestazione clinica della malattia deve essersi verificata entro un certo limite di tempo dalla cessazione dell'attività in questione; anche tale limite è indicato nella tabella
- Dalla malattia in questione deve essere derivato un danno biologico > 6% od un'inabilità permanente > 11%

Nel sistema tabellare, dunque, vale la presunzione d'origine della malattia obiettivata, presunzione in base alla quale la malattia, allorché ricorrano le surricordate condizioni, viene definita "professionale" senza ammettere prova in contrario: in sostanza, non occorre provare il nesso causale, ma basta che la lavorazione rientri fra quelle protette e che la malattia rientri fra quelle in tabella.

Tuttavia, alcune malattie non rientravano in tabella: a ciò ha ovviato la Corte Costituzionale, grazie alla quale la tutela assicurativa delle malattie professionali è estesa anche a quelle malattie non comprese nella tabella, sempre che sia dimostrato con certezza il nesso di causalità fra malattia stessa ed attività lavorativa.

L'onere della prova spetta al lavoratore che chiede la rendita.

Peraltro, ai fini dell'esclusione dell'indennizzabilità non ha più rilievo l'eventuale notevole intervallo temporale intercorso dall'abbandono della lavorazione, poiché la Corte Costituzionale ha dichiarato illegittimo che la malattia professionale si dovesse verificare entro il cosiddetto periodo massimo di indennizzabilità.

In definitiva, qualsiasi malattia di cui sia accertata la derivazione causale dall'esercizio di una delle lavorazioni previste è indennizzabile; in sostanza, è venuta meno la tassatività od esclusività del sistema tabellare.

L'attuale sistema di tutela si definisce, quindi, "misto", poiché ammette sia l'indennizzabilità delle malattie contemplate nel sistema lista chiusa sia delle altre per le quali venga comunque dimostrato il nesso causale (sistema di lista aperto).



### **Rapporto di causalità nelle malattie professionali**

Nelle malattie professionali, diversamente dall'infortunio, l'influenza del lavoro nella genesi del danno lavorativo è specifica, poiché la malattia deve essere contratta proprio nell'esercizio ed a causa di quell'attività lavorativa o per l'esposizione a quella determinata noxa patogena.

In sostanza, nell'infortunio il lavoro funge da mera occasione del danno lavorativo; nella malattia professionale, invece, il lavoro rappresenta esso stesso non solo l'occasione, ma anche la causa specifica del danno.

Nella malattia professionale il danno, a differenza dell'infortunio, non è mai improvviso, né imprevisto od imprevedibile, ma è sempre intrinseco della stessa lavorazione. Il danno subito dal lavoratore può essere considerato, per certi versi, inevitabile: l'evitabilità della malattia professionale è un problema connesso con quello più generale dell'organizzazione della Medicina preventiva sul territorio e nell'ambiente di lavoro. Poiché la malattia professionale non rappresenta, dunque, un evento fortuito, ma il prodotto di continue offese alla salute del lavoratore, connesse in modo prevedibile con l'attività espletata, è necessario che gli stessi datori di lavoro e gli imprenditori si impegnino nella tutela preventiva della salute del lavoratore. Inoltre, quanto all'importanza dello stato anteriore del lavoratore, essa assume una certa rilevanza, in quanto due persone si comportano in modo diverso rispetto ad una certa noxa patogena (ad esempio, soggetti allergici).

Peraltro, il concorso di cause non intacca il diritto all'assicurato al quantum spettantegli per il danno complessivamente riportato, anche nell'ambito delle malattie professionali: in sostanze, concause preesistenti, simultanee o sopravvenute non escludono il nesso di causalità.

Quindi, si terrà conto, ai fini valutativi, degli eventuali fattori concausali, che di quella malattia aggravano il decorso, applicando nei casi dovuti, ove sussista concorso di menomazioni o minorazioni, la formula di Gabrielli.

### **Par. IV: Altre considerazioni**

#### **Sordità ed ipoacusie professionali da rumore**

Il danno uditivo è prodotto più spesso quando la persona è esposta a rumori di una certa durata e con intensità compresa fra 90 e 130 dB; rumori più intensi possono provocare un trauma acustico acuto.

L'attività lavorativa è genericamente dannosa quando espone il lavoratore a rumori subcontinui di intensità che oscilla intorno agli 80 dB; rumori di più forte intensità sono da considerarsi, invece, certamente dannosi specie se la persona vi rimane esposta per tutto l'arco lavorativo giornaliero.

Il DL vo 277/1991 stabilisce una soglia minima di 80 dB, oltre la quale il datore di lavoro ha l'obbligo di informare il lavoratore del rischio cui è esposto, di assumere le dovute misure di prevenzione e di sicurezza e di sorvegliare che esse vengano rispettate.

Riguardo, invece, rumori di intensità pari a 50-60 dB, ai quali la persona può essere esposta più o meno di continuo per un lungo periodo, passare del tempo divengono dannosi, specie quando al lavoratore non vengano forniti idonei mezzi di protezione.

La diagnosi di otopatia da rumore, in ogni caso, si fonda su dati anamnestici e, soprattutto, su rilievi di audiometria tonale, effettuata almeno 15 ore dopo la cessazione dell'attività incriminata.

L'otopatia da rumore, inoltre, costituisce un danno irreversibile, poiché le cellule acustiche non si riproducono (e quindi le revisioni per miglioramento non sono comprensibili).

## Prestazioni erogate dall'INAIL

Accertata l'esistenza del diritto, le prestazioni erogate dall'INAIL sono automatiche, cioè vengono concesse al lavoratore "automaticamente" ed indipendentemente dal fatto che il datore di lavoro abbia o meno soddisfatto l'obbligo contributivo (con l'eccezione dei lavoratori autonomi per i quali è invece necessario il requisito contributivo).

Le prestazioni possono essere di due tipi:

- Sanitarie
  - Artt. Rilevanti del TU 1124/65
    - 86: cure mediche e cure chirurgiche ordinarie: sono fornite dalle strutture sanitarie del SSN
    - 89: cure specifiche disposte dall'INAIL al fine di recuperare la capacità lavorativa
    - 90: forniture e rinnovo di protesi se utili a ridurre il grado di inabilità permanente: il rinnovo delle protesi viene concesso in caso di usura non imputabile a negligenza dell'assicurato
  - Note
    - In ogni caso si realizza un obbligo bilaterale alle cure: da un lato, l'Istituto assicuratore si impegna a fornire i necessari presidi terapeutici al lavoratore, dall'altro questi è tenuto a sottoporsi ad essi
    - Tuttavia, l'assicurato è sempre libero di scegliere se praticare o meno le cure prescritte; ma se, in assenza di giustificati motivi, rifiuta di sottoporsi alle terapie ritenute necessarie, egli potrà perdere, in tutto od in parte, il beneficio economico
    - L'Istituto è legittimato, in tali casi, a commisurare tale beneficio al minor grado presumibile che sarebbe stato raggiunto se il soggetto si fosse sottoposto alle cure indicate come necessarie
- Economiche
  - Indennità giornaliera per inabilità temporanea assoluta a partire dal 4° giorno (per i primi 3 giorni sono a carico del datore di lavoro): è maggiorata se supera i 90 giorni
  - Indennizzo in capitale o rendita per l'inabilità permanente assoluta o parziale:
    - A decorrere dal giorno successivo a quello della cessazione per inabilità temporanea assoluta, allorché l'inabilità permanente superi il 10%
    - Per gli eventi successivi al 25.07.2000: indennizzo in capitale o rendita per danno biologico ed eventuali conseguenze patrimoniali
  - Assegno per l'assistenza personale continuativa agli invalidi di lavoro al 100%
  - Rendita ai superstiti più assegno una tantum nel caso di morte (assegno funerario)
  - Assegno continuativo erogato alla vedova od agli orfani di un grande invalido del lavoro (80%), nel caso in cui la morte sia avvenuta per cause non dipendenti dall'infortunio o dalla malattia professionale (altrimenti si dà la rendita)
  - Rendita di passaggio: viene riconosciuta solo per silicosi ed asbestosi e solo per un anno; è ripetibile per un altro anno ed è motivata dal fatto che quando il lavoratore abbandona il lavoro, è costretto a cercarsi una nuova occupazione che non comporti il rischio pneumoconiotico. Nel periodo di passaggio gli viene, così, riconosciuta questa particolare previdenza economica
  - Assegno di incollocabilità: vien concesso a coloro che abbiano
    - Riduzione della capacità lavorativa in misura non inferiore al 34%
    - Età non superiore a quella prevista per essere ammesso al collocamento d'obbligo (55 anni)
    - Impossibilità di beneficiare dell'assunzione obbligatoria a motivo della natura o del grado di inabilità permanente

### **Istituto della revisione**

La misura della rendita per inabilità permanente o per danno biologico può essere sottoposta a revisione su richiesta dell'assicurato (revisione attiva) o per disposizione dell'INAIL (revisione passiva).

“Le prestazioni a qualunque titolo erogate dall'Inail possono essere in qualunque momento rettifiche dallo stesso Istituto, in caso di errore di qualsiasi natura commesso in sede di attribuzione, erogazione o riliquidazione delle prestazioni. Nel caso in cui siano state riscalate prestazioni risultanti non dovute, non si dà luogo a recupero delle somme corrisposte, salvo che l'indebita percezione sia dovuta a dolo dell'interessato. Il mancato recupero delle somme predette può essere addebitato al funzionario responsabile soltanto in caso di dolo o colpa grave. Anche nel caso in cui sia stato richiesto un minor premio ed acconto di assicurazione rispetto a quello dovuto, il mancato incasso delle somme a tale titolo può essere addebitato al funzionario responsabile soltanto in caso di dolo o colpa grave”.

Si considerano:

- In caso di infortunio, entro i primi 10 anni dalla data di costituzione della rendita: nei primi 4 anni, il lavoratore può essere invitato a sottoporsi a visita 4 volte; dopo i primi 4 anni sono possibili due altre visite di revisione: alla scadenza del 7° anno ed alla scadenza del 10° anno.
- In caso di malattia professionale entro i primi 15 anni dalla data di costituzione della rendita, con ultima visita alla scadenza del 15° anno.
- Per i casi precedenti l'entrata in vigore del DL 38/2000
  - Settore industriale: le rendite per inabilità non superiore al 15% e confermate al decimo anno vengono liquidate in capitale
  - Settore agricolo: il limite è elevato al 16%, ma è prevista la possibilità di liquidazione in capitale di rendite fino al 50%, quando l'assicurato dimostri che impiegherà il capitale nella propria attività
- Per i casi successivi: se l'assicurato è stato dichiarato guarito con postumi inferiori al 6% o con postumi tra 6 e 15%, è ammessa la domanda di aggravamento che comporta, se riconosciuto, l'erogazione dell'indennizzo in capitale od in rendita, commisurato al nuovo grado della menomazione

### **Grandi invalidi**

Sono definiti grandi invalidi del lavoro coloro che, in conseguenza di un infortunio sul lavoro o di malattia professionale, riportino un'inabilità permanente pari o superiore all'80%.

In aggiunta a quelli ordinari concessi dall'INAIL sono previsti trattamenti speciali:

- Medico-chirurgici
- Economici
  - Assegni continuativi mensili
  - Sovvenzione di contingenza
  - Assegno di contingenza per grandi invalidi (inabilità 100%)
  - Elargizioni integrative di fine anno
  - Distintivi di onore mutilato (elargizione di denaro)
- In caso di morte dell'assicurato per malattia non collegata causalmente agli esiti inabilitanti, vedove ed orfani hanno comunque diritto ad uno speciale assegno continuativo mensile
- In caso di morte correlata con le indennità cui fu costituita la rendita, spetterà la rendita ai superstiti:
  - Coniuge: 50-100%
  - Figli minori o studenti: 20%
  - Figli inabili al lavoro proficuo
  - Collaterali od ascendenti a carico

### **Mobbing**

Si riferisce alle vessazioni sul lavoro, ossia alla condotta persecutoria od emarginante, discriminante ed offensiva subita dal lavoratore nello svolgimento della sua attività

In alcuni casi, al reiterarsi di quella condotta, può derivare un vero e proprio danno biologico, con conseguente diritto dello stesso al completo ristoro del danno subito.

La patologia da mobbing non è tabellata: quindi, il lavoratore, ai fini dell'indennizzo, deve provare il nesso di causalità, ossia deve dar corso ad una causa di lavoro contro l'INAIL o chiedere il risarcimento del danno subito al datore di lavoro, dimostrando, appunto, di essere stato oggetto di vessazioni.

### **Assicurazione contro gli infortuni domestici: legge 3.12.1999 n.493**

La prestazione consiste in una rendita per inabilità permanente, esente da oneri fiscali, quando l'infortunio ha provocato una riduzione della capacità lavorativa di grado pari o superiore al 33%, ed è calcolata su una retribuzione convenzionale pari alla retribuzione annua minima fissata per il calcolo delle rendite del settore industriale, rivalutabile ai sensi dell'articolo 116 del medesimo testo unico, e successive modificazioni.

La rendita di inabilità permanente è corrisposta con effetto dal primo giorno successivo a quello della cessazione del periodo di inabilità temporanea assoluta, in misura proporzionale rispetto all'effettiva entità dell'invalidità medesima. All'assicurazione non si applica il principio dell'automaticità delle prestazioni.

## CAP. 11: INPS ED INVALIDITA' ED INABILITA' PENSIONABILI

### Par. I: Caratteristiche generali

#### Sicurezza sociale e natura della prestazione previdenziale INPS

La prestazione previdenziale INPS (istituto nazionale per la previdenza sociale) è subordinata al verificarsi di eventi legalmente qualificati: invalidità, inabilità, vecchiaia. La differenza rispetto all'assicurazione corrisposta dall'INAIL per un rischio, è che la morte e la vecchiaia sono fatti ineluttabili per tutto.

Perciò, la tutela INPS riguarda, almeno in parte, il prodursi di eventi certi (solo il determinarsi del complesso invalidante od inabilitante è incerto), mentre nell'assicurazione obbligatoria INAIL sussiste, in ogni caso, l'incertezza del verificarsi dell'evento tutelato (infortunio, malattia professionale).

L'invalidità è presa in considerazione dall'INPS indipendentemente dalla sua eventuale connessione causale con il lavoro, mentre in sede INAIL il rischio del verificarsi dell'evento dannoso deve sempre avere una più o meno stretta relazione con l'attività lavorativa in concreto espletata.

Anche la tutela dell'invalidità, della vecchiaia e dei superstiti trova, comunque, il suo fondamento nell'art. 38 della Costituzione: "ogni cittadino inabile al lavoro o sprovvisto dei mezzi necessari per vivere, ha diritto al mantenimento ed all'assistenza sociale. I lavoratori hanno diritto che siano provveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria".

#### Prestazioni economico-previdenziali erogate

- Pensione sociale: si concede agli anziani oltre il 65° anno che non abbiano altra pensione o reddito. È una prestazione di tipo assistenziale e, pertanto, non reversibile ai superstiti, non cedibile, non prorogabile, non sequestrabile
- Pensione di vecchiaia: è concessa dall'assicuratore al momento dell'età pensionabile
- Pensione di anzianità: è concessa, su domanda dell'interessato, dopo 35 anni di contributi
- Pensione di reversibilità agli aventi diritto dopo la morte del lavoratore assicurato
- Assegno ordinario di invalidità
- Pensione ordinaria di inabilità
- Assegno privilegiato di invalidità: quando l'invalidità dipende da causa di servizio
- Pensione privilegiata ai superstiti: se la morte dell'assicurato dipende da causa di servizio
- Assegno una tantum ai superstiti: se l'assicurato deceduto non aveva i requisiti contributivi minimi
- Assegno integrativo speciale per l'assistenza personale e continuativa: ai pensionati per inabilità, non deambulanti o non capaci di svolgere gli atti ordinari della vita quotidiana

#### Principali prestazioni erogate

- Assegno di invalidità:
  - "Si considera invalido, ai fini del conseguimento del diritto all'assegno nell'assicurazione obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti dei lavoratori dipendenti ed autonomi gestita dall'INPS, l'assicurato la cui capacità di lavoro, in occupazioni confacenti alle sue abitudini, sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico o mentale a meno di un terzo"
  - È concesso per 3 anni, rinnovabile qualora permangano le condizioni di invalidità: dopo 3 riconoscimenti consecutivi, l'assegno verrà automaticamente confermato
  - Trasformazione in pensione di vecchiaia: avviene al compimento dell'età pensionabile, qualora si possano far valere i requisiti contributivi per la vecchiaia
  - Malattie cause di invalidità
    - Cardiovascolari

- Osteoarticolari
  - BPCO ed altre patologie croniche dell'apparato respiratorio
  - Neuropsichiatriche
  - Tumori
  - Altro: DM, IRC, obesità
- Pensione ordinaria di inabilità:
  - “Si considera inabile l'assicurato, il quale, a causa di infermità o difetto fisico o mentale si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa”
  - La misura della pensione di invalidità è superiore a quella dell'assegno ordinaria di invalidità, per la situazione di maggior bisogno.
  - Viene calcolata come se l'assicurato avesse versato i contributi sino al raggiungimento dell'età pensionabile
  - Cause più frequenti
    - Insufficienza coronarica grave
    - DM grave scompensato
    - Para- od emiplegia
    - Sclerosi multipla
    - Distrofia muscolare progressiva
    - Morbo di Parkinson in fase avanzata
- Assegno mensile per l'assistenza personale e continuata ai pensionati per inabilità
  - È una prestazione economica, erogata a domanda, in favore dei lavoratori per i quali viene accertata l'assoluta e permanente impossibilità di svolgere qualsiasi attività lavorativa. I pensionati di inabilità, che si trovano nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore e che non sono in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, possono presentare domanda per ottenere l'assegno per l'assistenza personale e continuativa.
  - Menomazioni
    - Riduzione dell'acuità visiva
    - Perdita di 9 dita della mano, compresi i 2 pollici
    - Lesioni del SN con paralisi totale flaccida dei due arti inferiori
    - Amputazione bilaterale dei due arti inferiori
    - Perdita di una mano o di ambedue i piedi, nonostante la possibile applicazione di protesi
    - Perdita di un arto superiore e di uno inferiore

#### **L'istituto della revisione: la revoca**

1. Il titolare delle prestazioni riconosciute ai sensi dei precedenti articoli 1, 2 e 6, primo comma, può essere sottoposto ad accertamenti sanitari per la revisione dello stato di invalidità o di inabilità ad iniziativa dell'Istituto nazionale della previdenza sociale. In ogni caso, l'accertamento sanitario avrà luogo quando risulti che nell'anno precedente il titolare dell'assegno di invalidità di cui agli articoli 1 e 6 della presente legge si sia trovato nelle condizioni di reddito previste dall'articolo 8 del decreto-legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, nella legge 11 novembre 1983, n. 638.
2. Nei casi in cui risultino mutate le condizioni che hanno dato luogo al trattamento in atto, il provvedimento conseguente alla revisione ha effetto dal mese successivo a quello in cui è stato eseguito l'accertamento, salvo quanto previsto al successivo quinto comma.
3. La revisione può essere richiesta anche dall'interessato in caso di mutamento delle condizioni che hanno dato luogo al trattamento in atto, comprovato da apposita certificazione sanitaria. Ove l'organo

sanitario rilevi che sussistono fondati motivi per procedere alla revisione, l'eventuale provvedimento modificativo del trattamento in atto ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della relativa domanda.

4. Ove l'interessato rifiuti, senza giustificato motivo, di sottostare agli accertamenti disposti dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, quest'ultimo sospende, mediante apposito provvedimento, il pagamento delle rate di assegno o di pensione, per tutto il periodo in cui non si rende possibile procedere agli accertamenti stessi.
5. L'eventuale revoca o riduzione della prestazione ha effetto dalla data del provvedimento di sospensione o da quella, successiva, alla quale sia possibile far risalire in modo non equivoco il mutamento delle condizioni che hanno dato luogo al trattamento in atto.
6. Quando, a seguito della revisione, risulti che l'interessato non può ulteriormente essere considerato invalido o inabile, la prestazione è revocata, ovvero, qualora si tratti di pensione di inabilità e sia accertato il recupero di parte della validità dell'assicurato entro i limiti di cui al precedente articolo 1, è attribuito l'assegno di invalidità.
7. Quando il titolare dell'assegno di invalidità venga riconosciuto inabile gli è attribuita la pensione di cui all'articolo 2. L'importo della pensione non può essere inferiore a quello calcolato sulla base delle retribuzioni considerate per la determinazione dell'assegno precedentemente goduto.
8. In caso di aggravamento delle infermità, documentato ai sensi del terzo comma del articolo, l'interessato può chiedere la estensione del provvedimento di rettifica o di revoca della prestazione.

Quindi, motivazioni di revoca sono:

- Avvenuto riadattamento al lavoro dell'assicurato in un'attività confacente alle sue attitudini, no usurante
- Miglioramento dello stato invalidante
- Insussistenza dello stato invalidante od inabilitante

#### **Contenuti principali della riforma Fornero**

- Passaggio al metodo contributivo per il calcolo della pensione
- Allungamento a 67 anni per la pensione di vecchiaia
- Eliminazione della pensione di anzianità

## CAP. 12: MEDICO E PROFESSIONI SANITARIE

### Par. I: Caratteristiche generali

#### Deontologia ed etica medica

Deontologia è un termine di derivazione greca che significa studio dei doveri: in particolare, quindi, la deontologia medica è quella scienza che studia i doveri di un medico e si parla, più precisamente di doveri legali o giuridici, quando sono le stesse norme di legge che impongono certi comportamenti e ne vietano altri.

Doveri deontologici sono quelli che, invece, derivano dai precetti del Codice Deontologico (CD): si tratta di vere e proprie norme di comportamento, sicché, colui che le violi, a parte le eventuali conseguenze di ordine penale, civile, etc., incorrerà anche nelle sanzioni disciplinari inflitte dall'Ordine.

Si parla, poi, di doveri etici e di norme etiche quando le ragioni e le finalità di certe scelte o di certi comportamenti derivano da valori di ordine morale.

La deontologia, in pratica, impegna il medico in quanto tale, cioè in quanto professionista, a sottostare a determinate regole, raccolte nel CD e che sono obbligate a rispettare tutti gli iscritti all'Ordine.

Tali regole si sono potute definire grazie ad una preliminare valutazione etica oltre che giuridica dei problemi pratici della professione.

L'etica, dunque, risulta costituita dall'insieme di quelle norme e quei principi morali che si estendono, in quanto principi di valore generale ed universale, a tutta la società.

In conclusione, la deontologia medica altro non è se non una derivazione dell'etica applicata ai problemi concreti della medicina ed in particolare alla professione del medico.

#### Potere disciplinare dell'ordine

I sanitari che si rendano colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione o di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio dell'Ordine della provincia nel cui Albo sono iscritti, promosso d'ufficio o dal Procuratore della Repubblica.

Le sanzioni sono:

- Avvertimento: diffida a non ricadere nella mancanza commessa
- Censura: dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa
- Sospensione dall'esercizio della professione per la durata da uno a sei mesi: comportano di diritto la sospensione dell'esercizio professionale:
  - Emissione di mandato od ordine di cattura
  - Applicazione provvisoria di una pena accessoria o di una misura di sicurezza ordinata dal giudice, detentiva o non detentiva
- Radiazione dall'Albo: è pronunciata contro l'Isritto la cui condotta abbia compromesso gravemente la sua reputazione e la dignità della classe sanitaria. Comporta la decadenza dall'abilitazione, sicché, per essere nuovamente iscritto, occorrerà ripetere l'esame di abilitazione

### Par. II: Rapporto medico-assistito e facoltà di curare

#### Perizia, prudenza e diligenza

- Perizia: intesa come "sapere" (preparazione teorica) e "saper fare" (capacità ed esperienza pratica) del medico, è il presupposto fondamentale di qualsiasi attività professionale
- Prudenza: ogni medico deve saper prevedere quali siano gli effetti della specifica condotta che va ad attuare nel caso concreto e quali i rischi comportati; di conseguenza, egli fa il possibile per eliminarli o contenerli al minimo (osservanza del rapporto rischi/benefici)
- Diligenza verso il proprio assistito: aver cura, anche amorevole, del proprio assistito



### **Libertà del medico e libertà del malato**

Il malato, per il solo fatto di esser tale, non cessa mai di esser persona libera: pertanto, la libertà del medico deve sempre confrontarsi ed equilibrarsi con quella del malato, il quale è libero di autodeterminarsi e di scegliersi, previa adeguata informazione sulle proprie condizioni, le cure che gli sono state proposte; è libero, dunque, di accettare o di rifiutare di prestare il proprio consenso o di manifestare il proprio dissenso al medico che lo assiste.

La libertà della persona assistita non deve mai esser coartata o limitata dalla iniziativa autonoma del sanitario: questi, nella sua libertà di giudizio, può consigliare, ma non pretendere che il malato si serva di determinati presidi, istituti o luoghi di cura.

Il professionista, inoltre, pur essendo libero di adottare i mezzi ed i procedimenti tecnici ritenuti più opportuni ed idonei al caso concreto, non può intraprendere alcuna attività diagnostico-terapeutica senza il valido consenso del paziente, che deve essere consapevole ed esplicito allorché l'atto medico comporti il rischio di una diminuzione dell'integrità fisica o psichica.

In ogni caso, in presenza di esplicito rifiuto da parte del paziente capace di intendere e di volere, il medico è tenuto alla desistenza da qualsiasi atto diagnostico e curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente.

Il medico, poi, potrà valutare, in rapporto con la reattività del paziente, l'opportunità di non rivelare al malato o di attenuare una prognosi grave od infausta, assumendosi in prima persona la responsabilità di una corretta informazione.

In definitiva, il rispetto di ogni persona e del malato in particolare, in quanto persona libera, è la prima e più importante delle norme che debbono ispirare la condotta professionale.

Da ciò derivano:

- Necessità di adeguata informazione preliminare
- Divieto di ricorrere a terapie scientificamente infondate
- Divieto di ricorrere a terapie nuove od infondate
- Divieto di accanimento diagnostico-terapeutico
- NB: art. 19 CD: "rifiuto d'opera di professionista: il medico, al quale vengano richieste prestazioni che contrastino con la sua coscienza o con il suo convincimento clinico può rifiutare la propria opera, a meno che questo comportamento non sia di grave ed immediato nocimento per la salute della persona assistita"

### **Facoltà di curare**

Il medico non ha nessun "diritto" di curare, ma ha semmai il dovere di assistere e di curare nei limiti del consenso valido, espresso dalla persona assistita.

I trattamenti, dunque, sono volontari e richiedono la libera partecipazione di colui che li richiede, ad eccezione di:

- TSO
- Trattamenti sanitari resi obbligatori da disposizioni di legge:
  - Cura delle malattie veneree in fase contagiosa
  - Trattamenti relativi alle malattie infettive e diffuse
  - Vaccinazioni obbligatorie
  - Trattamenti disposti dall'Autorità in caso di persone dedite all'uso di sostanza stupefacenti o psicotrope
- Accertamenti ordinati dall'autorità giudiziaria

### **Par. III: Consenso**

#### **Introduzione**

Consenso non vuol dir altro che partecipazione, consapevolezza, libertà di scelta e di decisione. L'obbligo per il medico di munirsi del valido consenso della persona assistita trova riscontro nell'art. 32 della Costituzione: "nessuno può esser obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Inoltre, l'art. 50 c.p. (consenso dell'avente diritto) afferma che "non è punibile chi lede o pone in pericolo un diritto, con il consenso della persona che può validamente disporne".

Secondo Grisogni "un trattamento medico-chirurgico compiuto bensì secondo le regole dell'arte medica, ma senza il valido consenso del paziente o del suo rappresentante legale, costituisce – a meno che non si verta in stato di necessità – un fatto civilmente illecito e, dal punto di vista penale, se l'esito dell'operazione è sfavorevole, costituisce il delitto di lesione personale o di omicidio colposo, mentre se l'esito è favorevole può dar luogo, ove concorrano altre circostanze, ad un delitto contro la libertà".

Quindi, è da ritenere che per essere giuridicamente valido il consenso della persona assistita deve qualificarsi come informato, esplicito, libero, autentico ed immune da vizi.

Nel caso del minore o del soggetto malato di mente od incapace, il consenso deve esser sempre prestato da chi ne è il legale rappresentante (l'"avente diritto").

Oggi, tuttavia, i genitori non hanno potere assoluto sui figli e, di conseguenza, ove esista un disaccordo tra loro ed i medici curanti, questi ultimi potranno rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

L'unica condizione nella quale il medico è esonerato dall'obbligo di munirsi preventivamente del consenso dell'avente diritto è quella contemplata dall'art. 54 c.p. (stato di necessità), secondo cui "non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altrui dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volutamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo".

La validità del consenso, prestato dal paziente preliminarmente all'esecuzione di qualsiasi atto medico, non vale però a coprire gli altri risvolti di responsabilità giuridica inerenti alla prestazione effettuata né pregiudica l'esistenza di un eventuale dolo professionale.

La violazione del dovere di munirsi preventivamente del consenso della persona assistita (o dell'avente diritto) potrà esporre il medico all'imputazione del delitto di violenza privata (art. 610 c.p.) o di stato di incapacità procurato mediante violenza (art. 613 c.p.), di lesione personale, di omicidio etc. In sede civile, poi, quella stessa violazione potrà costituire una vera e propria inadempienza contrattuale, con conseguenti obblighi risarcitori. In sede deontologica, inoltre, ne potrà derivare una sanzione disciplinare.

Secondo la Cassazione Penale, infine, "in assenza di necessità ed urgenza terapeutiche, soltanto il consenso, manifestazione della volontà di disporre del proprio corpo, può escludere l'antigiuridicità del trattamento medico-chirurgico".

#### **Dovere di informare, consenso e natura dell'obbligazione contrattuale medico-assistito**

L'informazione resa al paziente deve riguardare, innanzitutto, le condizioni di salute dello stesso, nonché la natura della prestazione che si intende effettuare e le aspettative che volta per volta è lecito attendersi nel singolo caso.

Nella pratica si è portati a conferire alla prestazione medica o chirurgica il significato di una vera e propria obbligazione di risultato: in giurisprudenza, tale orientamento è stato riaffermato con autorevoli sentenze specie in due settori specialistici, quali quello della chirurgia estetica e quello della protesi odontoiatrica. Nonostante, o forse proprio per, ciò, secondo il Franchini "l'aggressione giudiziaria nei confronti del medico riconosce la sua motivazione psicologica nella drammatica ed angosciosa reazione al risultato infausto ed inatteso, anche se dovuto a cause del tutto estranee al comportamento professionale del medico".

Infatti, nella stragrande maggioranza dei casi, il risultato della prestazione dipende non solo da qualità, correttezza e tempestività della stessa, ma anche dal comportamento della persona assistita, dalla sua

capacità di reagire, da una serie di fattori anteriori, dalle circostanze ambientali in cui l'intervento si esplica, dall'adeguatezza della struttura organizzativa ove la prestazione è effettuata, dal sovrapporsi di altri eventuali fattori causali, da complicanze difficilmente prevedibili, etc.

In conclusione, l'obbligo di ciascun sanitario col proprio assistito riguarda l'obbligo di comportarsi con perizia, prudenza e diligenza, d'agire secondo il rispetto delle leggi, delle norme deontologiche, del consenso, del programma diagnostico-terapeutico concordato con la persona stessa.

### **Oggetto e contenuto dell'informazione**

La correttezza dell'informazione preliminare impone al medico di essere preciso ed esauriente sulla natura della malattia (diagnosi), sulle reali indicazioni e controindicazioni della prestazione, sugli obiettivi perseguibili e sui risultati prevedibile, etc.

In sostanza, l'informazione deve essere:

- Semplice
- Personalizzata (adeguata al livello di cultura dell'assistito)
- Esauriente
- Veritiera
- Sorretta dalla speranza più che dal pessimismo

### **Standard del contenuto**

- Standard professionale: si attiene allo studio delle conoscenze scientifiche inerenti al singolo trattamento
- Standard medico: si rapporta a quello che una persona "ragionevole, pensata come media all'interno di una comunità, vorrebbe sapere e potrebbe comprendere della procedura medica
- Standard soggettivo: personalizza l'informazione ed è quella preferibile

### **Altre considerazioni**

- Comprensione da parte del paziente
- Autenticità del consenso
- Libertà del consenso
- Tipi di consenso
  - Implicito: nei casi di prestazione esente da rischio o scevra da controindicazioni (consenso tacito o presunto)
  - Esplicito (specifico e documentato): nei casi di rischi concreti; in particolare, deve essere sempre espresso nei casi di trasfusione di sangue e di anestesia

## CAP. 13: CONSIDERAZIONI ML SULL'OPERATO DEL MEDICO

### Par. I: Fondamenti della responsabilità professionale del medico

#### Introduzione

Chiunque per imperizia, imprudenza, negligenza ovvero per inosservanza di regolamenti, ordini o discipline nello svolgimento della propria arte o professione, cagiona ad altri danni fisici o psichici o la morte, soggiace in sede penale a sanzioni restrittive della libertà personale, in sede civile ad obblighi risarcitori ed in sede ordinistica o deontologica a sanzioni disciplinari.

Ovviamente, qualsiasi discussione in materia di responsabilità e di colpa professionale avrà senso solo quando sia stato preliminarmente dimostrato in modo certo l'esistenza obiettiva del danno alla persona e, quindi, la prova di causalità materiale fra l'esito dannoso e la prestazione sanitaria attuata (od omessa).

Non basta, poi, la sola dimostrazione dell'errore professionale, poiché in ogni caso occorre dimostrare anche l'inescusabilità dell'errore stesso, quindi la sua evitabilità, la prevedibilità e, dunque, la prevenibilità del danno e la dimostrazione conseguente che con un diverso comportamento professionale, quel danno, certamente o con ogni probabilità, non sarebbe stato cagionato.

L'errore, inoltre, non è sempre sinonimo di insuccesso ed, a sua volta, insuccesso non è mai sinonimo di colpa (tipici sono i casi di malattie inguaribili, come molte forme neoplastiche o neurodegenerative).

In sostanza, la censurabilità della condotta professionale non è quindi subordinata alla dimostrazione del mancato raggiungimento del risultato sperato, ma all'errato inescusabile uso dei mezzi, di cui il medico dispone: essa, quindi, deve essere sempre fondata sulla prova dell'eventuale imperizia o imprudenza o negligenza del sanitario.

In definitiva, i presupposti necessari per parlare di responsabilità professionale sono:

- Prova del verificarsi del danno, della sua natura e della sua gravità
- Accertamento del nesso di causalità materiale fra condotta (attiva od omissiva) ed evento dannoso
- Prova della colpa professionale, ossia di imperizia, imprudenza o negligenza del medico o della sua inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline, talché l'errore commesso sia inescusabile

#### Imperizia

Si parla di imperizia quando l'errore professionale deriva dall'essersi il medico discostato da quelle regole di condotta che la maggioranza dei suoi colleghi avrebbe osservato di fronte allo stesso caso. Comunque, secondo la giurisprudenza, "l'accertamento della colpa professionale del sanitario deve essere valutata con larghezza di vedute e comprensione per la peculiarità dell'esercizio dell'arte medica e per la difficoltà dei casi particolari".

Infatti, specie in presenza di casi particolari, il rischio di errore diventa maggiore, anche per medici esperti. Allorché la colpa professionale sia addebitata all'imperizia, si deve ritenere generalmente valido il principio stabilito dall'art. 2236 c.c., secondo cui "se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non nei casi di dolo e colpa grave".

La Corte di Cassazione, inoltre, ha precisato che la speciale difficoltà sussiste ogni volta che la perizia richiesta per la risoluzione di quel certo caso trascende i limiti di quel che si esige dal professionista medio, poiché quel caso presenta caratteristiche eccezionali, straordinarie, non adeguatamente studiate dalla scienza medica o perché pone in essere sistemi e metodi diagnostici, terapeutici o chirurgici dibattuti ed incompatibili fra loro.

Nella pratica forense, quindi, la colpa grave, richiamata dall'art. 2236 c.c., si riscontra nell'errore inescusabile, che trova origine o nella mancata applicazione delle cognizioni generali e fondamentali attinenti alla professione o nel difetto di quel minimo di abilità e perizia tecnica nell'uso di mezzi manuali o strumentali adoperati nell'atto medico o chirurgico e che ogni medico deve essere sicuro di poter adoperare correttamente.

Perciò, non è imperito chi non sa, ma chi non sa e non sa fare quello che un altro medico o la maggioranza dei suoi colleghi di pari qualifica, esperienza o specializzazione avrebbe dovuto sapere e saper fare nella medesima circostanza.

### **Negligenza ed imprudenza**

Non potrà esser mai invocata a giustificazione del mal operato del medico la difficoltà del caso concreto, se a fondamento della colpa sono la negligenza e l'imprudenza del professionista.

Imprudente è quel medico che mostra di non tener conto dei rischi cui espone il proprio assistito (cioè si dimostra incapace di prevederli e dunque di prevenirli); non è quindi imprudente chi usa mezzi diagnostici o terapeutici rischiosi o pericolosi, ma chi li usa senza una effettiva necessità, anzi con avventatezza ed in condizioni in cui la maggioranza dei colleghi li eviterebbe e senza le dovute cautele e precauzioni.

Negligente, infine, è quel medico che mostra col suo comportamento trascuratezza, disinteresse e superficialità nei confronti dell'assistito, che omette, senza giustificato motivo o ragione, di fare quegli accertamenti o di attuare quelle terapie che la maggioranza dei suoi colleghi nelle medesime condizioni avrebbe attuato.

Fra tutte, la negligenza è la più inescusabile delle mancanze addebitabili al professionista, con la conseguenza della maggior severità delle censure che ne derivano.

### **Responsabilità professionale e rapporto di causalità materiale**

Secondo l'art. 40 c.p., "non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo", risultando poste sullo stesso piano l'azione attiva e quella omissiva.

Tuttavia, mentre in materia di causalità attiva, il perito ML e con lui il giudice ragionano su fatti concreti; in materia di causalità omissiva, si è costretti a ragionare su comportamenti che non sono stati posti in essere, ma che avrebbero dovuto esserlo, e si fatti ipotetici od astratti, confrontati con altri fatti realmente accaduti. Risulta, quindi, più difficile provare il nesso di causalità omissiva; si è ricorso, dunque, più spesso ad un criterio probabilistico, spesso con conseguenze severe per il medico, come una sentenza della Cass. Pen. dimostra: "nell'accertamento del nesso di causalità fra la condotta omissiva e l'evento di responsabilità professionale del medico, al criterio di certezza degli effetti della condotta si sostituisce quello della probabilità di tali effetti, anche limitata al 30%, e della idoneità della condotta a produrli: di conseguenza, il rapporto causale sussiste anche quando l'opera del sanitario, se correttamente e tempestivamente intervenuta, avrebbe avuto non già la certezza, bensì soltanto serie ed apprezzabili possibilità di successo, tale che la vita del paziente sarebbe stata con una certa probabilità (30%) salvata".

Tuttavia, sentenze più recenti hanno stabilito che la colpa sussiste solo quando si dimostra che l'omissione in discussione ha provocato la morte (o il danno) dell'assistito con certezza o con un ordine di probabilità "vicini a 100".

### **Responsabilità contrattuale ed extracontrattuale**

In sede civile, il rapporto medico-assistito è inteso come un rapporto contrattuale: pertanto, la responsabilità nella quale il professionista può incorrere nell'assolvimento dell'incarico conferitogli dal proprio assistito è di natura contrattuale.

Si parla, invece, di natura extracontrattuale quando il medico agisce al di fuori di un accordo specifico coll'assistito, ad esempio allorché si verificano eventi impreveduti (traumi della strada, prestazioni d'urgenza, etc.): in questi casi, il medico è chiamato a rispondere dei danni eventualmente cagionati solo quando si dimostri che abbia violato il principio generale del "neminem ledere", cioè nell'ipotesi di condotta illecita, da cui deriva il danno ingiusto con il conseguente obbligo risarcitorio.

Quindi, nella responsabilità contrattuale, ai fini del risarcimento del danno eventualmente patito, all'assistito basterà la prova dell'effettivo verificarsi del danno; l'onere della prova sulla colpa spetta, invece, al medico (cioè sarà il medico a dover dimostrare di non esser in colpa).

Nella responsabilità extracontrattuale, invece, il danneggiato si troverà di fronte alla più complessa necessità di dimostrare sia il nesso di causalità materiale sia la colpa del professionista.

La prescrizione, infine, è decennale nella responsabilità contrattuale, quinquennale in quella extracontrattuale.

## **Par. II: Referto**

### **Definizione**

Il referto è l'atto obbligatorio scritto con il quale ogni esercente una professione sanitaria comunica all'Autorità Giudiziaria quei casi in cui ha prestato la propria assistenza od opera e che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

L'art. 365 c.p. (omissione di referto) stabilisce che “chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria prestato la propria assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba procedere d'ufficio omette o ritarda di riferire all'Autorità indicata è punito con multa fino a lire un milione. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale”.

Nota bene che trattasi di reato di pericolo: perciò si dice “possono presentare” e non “debbono presentare” i caratteri del delitto perseguibile d'ufficio.

Inoltre, se vi è l'obbligo di refertare e l'esercente non referta, è reato anche se egli ignorava l'esistenza di quest'obbligo: l'unica ipotesi di non reato è un errore in buona fede nella valutazione ML di quel reato come non procedibile d'ufficio.

Risultando, dunque, fondamentali i concetti di assistenza ed opera, per i quali esistono due teorie:

- I: assistenza come prestazione professionale con carattere di continuità ed opera, quindi, come evento singolo, occasionale, transitorio
- II: assistenza come attività diagnostico-terapeutica su vivente ed opera come attività sul cadavere od altre attività svolte in assenza della persona assistita

Il referto in casi d'obbligo rappresenta una “causa giusta imperativa” di rivelazione del segreto professionale (SP), ma se viene redatto in quelle circostanze ove non ci sia l'obbligo, l'esercente compie reato di rivelazione di SP (art. 622 c.p.).

La finalità del referto è duplice: non solo la repressione, ma anche la prevenzione della criminalità, poiché consente allo Stato di individuare ed isolare la persona che ha compiuto l'azione criminosa e di attuare misure anche di ordine preventivo, di difesa sociale e di recupero, peraltro sempre insite nell'attività di giustizia penale.

Il sanitario, dunque, deve ritenersi esonerato dall'inoltrare il referto nella sola ipotesi in cui con esso esporrebbe la persona assistita a procedimento penale: difatti, se non vi fosse tale eccezione, la persona che avesse commesso un reato perseguibile d'ufficio, eviterebbe di recarsi dal medico per farsi curare, con la certezza di esporsi a pericoli anche gravi per la sua salute o la sua vita.

Quindi, in tali circostanze, sulle finalità di difesa sociale e di repressione della criminalità e dunque sull'obbligo giuridico di presentare il referto, prevale il diritto alla salute del cittadino e l'interesse della collettività a tutelarla con il conseguente dovere da parte del medico di assisterlo con perizia, prudenza e diligenza, rispettando il segreto professionale.

In tutti gli altri casi, il referto costituisce “giusta causa imperativa” di rivelazione del segreto professionale.

### **Titolarità dell'obbligo**

Il referto, si ricorda, deve essere presentato da “chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria abbia prestato la propria assistenza od opera”.

Poiché si parla di professione sanitaria senza altre distinzioni, debbono ritenersi obbligati non solo coloro che esercitano una professione sanitaria principale (medico, farmacista, veterinario, biologo), ma anche coloro che esercitano un'altra professione (infermiere, ostetrica, etc.).

L'obbligo scaturisce dall'esercizio stesso della professione sanitaria, ossia dall'aver prestato assistenza od opera in un caso che può presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

Il referto deve contenere l'esatta descrizione delle lesioni riscontrate, se possibile il giudizio diagnostico ed in ogni caso il giudizio prognostico, cioè la previsione fondata della durata della malattia.

### **Casi in cui si deve presentare referto: delitti perseguibili d'ufficio**

- Delitti contro la vita
  - Omicidio volontario
  - Omicidio colposo
  - Omicidio preterintenzionale
  - Omicidio del consenziente
  - Morte o lesioni conseguenti ad altro delitto
  - Istigazione od aiuto al suicidio
  - Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale (salvo quando si espone la donna assistita a procedimento penale)
  - Quando non è certa la causa naturale del decesso e se ne sospetti motivatamente la responsabilità di terzi
- Delitti contro l'incolumità individuale
  - Lesione personale volontaria che determini malattia di durata superiore ai 20 giorni o quando la durata è minore, ma vi sono circostanze aggravanti specifiche o generiche
  - Lesione personale colposa grave (> 10 giorni) o gravissima (malattia certamente o probabilmente insanabile), limitatamente ai fatti commessi con violazione delle norme per la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali o relative alla tutela dell'igiene sul lavoro
- Delitti contro la libertà individuale (sequestro di persona, violenza privata, etc.)
- Delitti contro l'incolumità pubblica: attività pericolose o dannose per la salute pubblica, che espongono al pericolo di epidemia e di intossicazione
- Delitti contro la libertà sessuale (violenza sessuale abusiva o presunta; violenza sessuale con conseguente lesione personale)
- Interruzione della gravidanza al di fuori dei casi legittimi stabiliti dalla L. 194/1978
- Delitti contro l'assistenza familiare (maltrattamenti in famiglia)
- Delitti contro la pietà dei defunti: vilipendo, distruzione, occultamento ed uso illegittimo di cadavere

### **Delitti nei quali non v'è obbligo di referto poiché si esporrebbe la persona assistita a procedimento penale**

- Uso delle armi in duello
- Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale
- Rissa
- Fraudolenta distruzione della cosa propria e mutilazione fraudolenta della propria persona

### **Art. 334 c.p.p.**

“Chi ha l'obbligo del referto deve farlo pervenire entro quarantotto ore o, se vi è pericolo nel ritardo, immediatamente al pubblico ministero o a qualsiasi ufficiale di polizia giudiziaria del luogo in cui ha prestato la propria opera o assistenza ovvero, in loro mancanza, all'ufficiale di polizia giudiziaria più vicino. Il referto indica la persona alla quale è stata prestata assistenza e, se è possibile, le sue generalità, il luogo dove si trova attualmente e quanto altro valga a identificarla nonché il luogo, il tempo e le altre circostanze dell'intervento; dà inoltre le notizie che servono a stabilire le circostanze del fatto, i mezzi con i quali è stato commesso e gli effetti che ha causato o può causare.

Se più persone hanno prestato la loro assistenza nella medesima occasione, sono tutte obbligate al referto, con facoltà di redigere e sottoscrivere un unico atto”.

Pericolo nel ritardo può costituirsi, ad esempio, per inquinamento di prova, pericolo di vita o pericolo alla salute pubblica.

Il referto deve essere completo: un referto incompleto equivale ad un referto non presentato.

### **Differenze tra referto e denuncia/rapporto giudiziario**

- Persone
  - Referto: liberi esercenti la professione sanitaria
  - Rapporto giudiziario: medici con qualità di pubblico ufficiale (dipendenti SSN) od incaricato di pubblico servizio (dipendente struttura convenzionata col SSN)
- Fatto
  - Referto: solo delitti procedibili d'ufficio
  - Rapporto giudiziario: ogni reato (delitto o contravvenzione) procedibili d'ufficio
- Contenuto
  - Referto: giudizio tecnico diagnostico-prognostico
  - Rapporto giudiziario: ha carattere giudiziario (il rapporto è poi sempre obbligatorio)

## **Par. III: Denunce sanitarie**

### **Definizione e generalità**

La denuncia sanitaria è l'atto con il quale il sanitario comunica all'Autorità competente (ASL, sindaco, etc.) fatti direttamente appresi nell'esercizio della professione e che all'Autorità stessa interessa conoscere.

Il fine della denuncia è duplice:

- Tutelare la salute collettiva permettendo all'autorità giudiziaria competente di assumere adeguate misure di ordine preventivo e di igiene pubblica ed individuale
- Consentire l'effettuazione di indagini di tipo statistico-sanitario ed epidemiologico nel campo della sanità pubblica

Tali finalità possono, talvolta, essere in contrasto con il diritto personale alla privacy; tuttavia, le denunce sanitarie costituiscono giusta causa imperativa di rivelazione del segreto professionale.

Il sanitario, nella loro stesura dovrà indicare solo le notizie ed i dati di interesse per la salute pubblica: qualsiasi altra segnalazione riguardante la sfera privata del singolo e priva di effettivo interesse per la tutela della salute pubblica può esser considerata indebita e rende quindi punibile la condotta per rivelazione del SP, ove la persona offesa presenti querela.

A differenza del certificato medico obbligatorio, non è l'assistito che chiede di redigere il documento in questione, né esso viene rilasciato nell'interesse diretto dell'assistito.

A differenza del referto, poi, la finalità è diversa: essa, infatti, non consiste nella repressione della criminalità, ma nella prevenzione e nella tutela della salute collettiva.



## Denunce sanitarie obbligatorie

- Di nascita: l'art. 70 dell'ordinamento dello stato civile stabilisce che la dichiarazione di nascita civile deve essere inviata al Sindaco tramite l'ufficiale di stato civile entro i 10 giorni successivi al parto. Essa viene fatta generalmente dal padre o da un suo procuratore speciale. Il medico si limita a rilasciare un certificato di assistenza al parto (che è parte integrante della dichiarazione di nascita).
  - NB: il medico è obbligato a presentare di persona la dichiarazione quando ha presenziato al parto e mancano le persone legalmente tenute a presentarla ovvero quando egli ha fondato motivo di ritenere che esse, per quanto presenti, omettano di farlo
  - Finalità: è quella di dare la certezza che quel neonato è certamente figlio della gestante alla quale il medico ha prestato assistenza al parto. L'alterazione dello stato civile (art. 567 c.p.) costituisce reato ed è punito in modo più severo (da 5 a 15 anni di reclusione) per chiunque alteri lo stato civile di un neonato mediante false certificazioni
- Di nascita di infanti deformi: va presentata al Sindaco ed al servizio di igiene pubblica della Asl competente per territorio entro i 2 giorni dal parto. Le deformità sottoposte ad obbligo sono quelle a carico dell'apparato locomotore (ad esempio, lussazione congenita dell'anca) ed in genere tutte quelle che comportino un'invalidità permanente.
  - Finalità: epidemiologiche e di prevenzione per i fattori di rischio di questa condizione
- Di nascita di infanti immaturi: si considera immaturo quel neonato di peso inferiore ai 2,5 kg indipendentemente dalla durata della gravidanza. Questa denuncia, anch'essa con finalità preventive, va fatta entro e non oltre le 24 ore dal parto al responsabile del servizio di igiene pubblica della Asl competente per territorio
- Di casi di lesioni invalidanti: l'obbligo riguarda quelle lesioni da cui sia derivata o possa derivare un'inabilità, anche parziale, al lavoro, purché a carattere permanente, fatta eccezione, per i casi INAIL ed INPS, già segnalati con apposite denunce (agli enti previdenziali). Occorre inviare l'apposita denuncia al Sindaco ed al responsabile del servizio di igiene pubblica della Asl competente per territorio entro 2 giorni dall'accertamento. Le Asl competenti le inviano poi al Ministero della Sanità ed all'Istituto Nazionale di Statistica ed al casellario centrale di infortuni
  - Finalità: aggiornamento del casellario centrale infortuni, al quale dovrebbero pure pervenire sia le segnalazioni dell'INAIL, sia quelle delle varie compagnie di assicurazioni private
- Di malattie infettive e diffuse: per qualsiasi malattia infettiva e diffusiva, o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, il medico ha l'obbligo di notificarla all'autorità sanitaria competente per territorio (Asl). Le malattie infettive e diffuse sono distinte in 5 classi, con diverse modalità di notifica con utilizzo di appositi modelli:
  - Classe I: malattie per le quali si richiede la segnalazione immediata, anche telefonica, perché soggette a regolamento sanitario internazionale (malattie sottoposte a vigilanza da parte dell'OMS) o perché rivestono particolare gravità (malattie a decorso mortale o prognosi infausta): botulismo, colera, difterite, febbre gialla, influenza con isolamento virale, peste, poliomielite, rabbia, tetano, tifo esantematico, etc.
  - Classe II: malattie rilevanti perché ad elevata frequenza e/o passabili di interventi di controllo e di prevenzione. La segnalazione va fatta entro 2 giorni dall'osservazione del caso da parte del medico all'Asl (entro 24 ore per la meningite meningococcica). A parte questa, esempi di classe II sono: epatite virale A e B, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi, meningiti, morbillo, parotite, pertosse, rosolia, scarlattina, varicella, sifilide
  - Classe III: malattie per le quali, oltre alla semplice segnalazione del singolo caso, sono richieste particolari documentazioni. La segnalazione va fatta all'Asl entro 2 giorni dall'osservazione o conoscenza del caso, servendosi di un'apposita scheda di notifica:
    - Sezioni della scheda
      - A: dati anagrafici

- B: informazioni sulla malattia segnalata
  - Esempi: AIDS, lebbra, malaria, tubercolosi
- Classe IV: comprende quelle malattie per le quali la segnalazione medica all'Asl è sempre necessaria, ma non lo è quella dell'Asl alla regione (si notificherà solo in caso di focolai epidemici. La segnalazione va fatta dal medico all'Asl entro le 24 ore dall'osservazione del caso; esempi sono: infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi, scabbia
- Classe V: sono malattie non comprese nelle classi precedenti e da segnalare, da parte delle Asl competenti, alla ragione solo in caso di focolai epidemici
- Dei casi di AIDS
- Delle malattie veneree: l'obbligo riguarda, nella loro fase di contagiosità: sifilide, gonorrea, ulcera venerea e linfogranuloma inguinale. Al di fuori della fase di contagiosità, sono considerate malattie infettive di classe II
- Delle malattie di interesse sociale
- Dei casi di intossicazione cronica di sostanze stupefacenti o psicotrope
- Delle vaccinazioni obbligatorie: il medico che abbia effettuato una vaccinazione obbligatoria (anti-poliomielitica, difterica, tetanica, etc.) deve darne sollecita comunicazione all'Asl competente. L'obbligo, peraltro, riguarda la vaccinazione contro l'epatite B
- Dei casi di intossicazioni da antiparassitari
- Di detenzione di apparecchi radiologici e di sostanze radioattive
- Degli interventi interruttivi di gravidanza: è una segnalazione non nominativa di IVG; infatti, secondo l'art. 11 della L. 194 "l'ente ospedaliero, la casa di cura od il poliambulatorio nei quali l'intervento è stato effettuato, sono tenuti ad inviare al medico provinciale competente per territorio una dichiarazione con la quale il medico che lo ha eseguito dà notizia dell'intervento stesso e della documentazione sulla base della quale è avvenuto, senza far menzione dell'identità della donna".
- Delle cause di morte: va distinta dalla dichiarazione di morte, denuncia amministrativa e non sanitaria. Comunque, si tratta dell'avviso di morte inviato all'Ufficiale dello Stato civile entro 24 ore dal decesso ai fini della registrazione. Se la morte avviene nell'abitazione stessa del defunto, può esser redatta da uno dei congiunti od anche dall'impresa di pompe funebri. Riguardo la denuncia delle cause, è una denuncia sanitaria obbligatoria: va redatta dal medico curante al Sindaco ovvero all'ufficiale dello stato civile entro le 24 ore dall'accertamento della morte, utilizzando le apposite schede ISTAT (morte naturale e morte violenta). Se la morte è avvenuta in assenza di assistenza medica, la denuncia delle cause di morte deve esser effettuata dal medico necroscopo nominato dall'Asl competente e la cui visita deve avvenire fra le 15 e le 30 ore dal decesso

### **Denunce obbligatorie del settore previdenziale**

- Degli infortuni sul lavoro industriale
- Degli infortuni sul lavoro agricolo
- Degli infortuni sul lavoro artigiano
- Delle malattie professionali nell'industria
- Delle malattie professionali nell'agricoltura
- Delle lesioni dei medici esposti a radiazioni ionizzanti

## **Par. IV: Trapianti d'organo**

### **Prelievo da viventi**

Non sono consentiti i prelievi d'organo da viventi quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica e psichica del donatore, secondo l'art. 5 c.c. (atti di disposizione del proprio corpo). Entro i limiti di questo articolo sono consentiti la donazione di sangue (si ricorda che il sangue era considerato un liquido), i prelievi circoscritti di lembi di pelle, di frammenti di osso, di lami di cartilagine, di capelli, etc.

La persona può disporre di tali parti, ma solo a titolo gratuito, cioè senza ricevere alcun compenso. È anche consentita, per espressa deroga di legge (26.06.1967), la donazione di rene: la deroga vale per genitori, figli, fratelli germani e non germani del paziente e solo nel caso di loro assenza, o quando nessuno di essi sia idoneo o disponibile, l'espianto può riguardare altri parenti o donatori estranei al nucleo parentale. In ogni caso, è necessario il consenso esplicito libero ed informato della persona sottoposta a prelievo e tale consenso non può esser soddisfatto da alcuno stato di necessità, né la persona deve ritenersi mai obbligata a prestarlo.

Il trapianto di rene non è un intervento che mira a salvaguardare la vita dell'assistito, come nel caso di trapianto di cuore o di fegato, ma soprattutto la qualità di vita: pertanto, il medico ha tutto il tempo di effettuare in modo esauriente le prove di compatibilità, di valutare approfonditamente le condizioni del donatore e del ricevente e di prepararli in modo adeguato all'intervento.

Comunque, ora in Italia anche questi altri trapianti sono eseguiti.

Soprattutto, va esclusa l'esistenza di malattie trasmissibili sulla persona del donatore, così da evitare che il ricevente sia esposto al rischio di malattie gravi o mortali (ad esempio, epatite, AIDS).

La L. 1.16.1999 n. 483, infine, consente di disporre a titolo gratuito di parti di fegato, al fine di trapianto tra persone viventi.

### **Prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico**

Sussiste attualmente divieto, oltre che per l'encefalo, per le ghiandole della sfera genitale e della procreazione: difatti, si ritiene che il trapianto miri a salvare la vita di una persona e non semplicemente a curare l'organo od a trattare l'infertilità e che da un eventuale trapianto di gonadi potrebbe derivare un'alterazione dell'identità biologica dei discendenti.

Organi e tessuti maggiormente prelevati e trapiantati sono: cornea, tendini, ossa e muscoli.

Prelievo ed espianto sono consentiti solo a scopo terapeutico e non, ad esempio, a scopo di sperimentazione. È necessario, inoltre, che l'accertamento della morte e del consenso alla donazione (esplicito o presunto) rispettino le procedure stabilite dalle leggi vigenti.

Riguardo l'accertamento della morte, è necessario verificare che le funzioni di tutto l'encefalo siano irreversibilmente spente, con: stato di incoscienza, assenza di riflessi del tronco, assenza di respiro spontaneo e silenzio elettrico cerebrale.

La contemporanea presenza dei segni citati deve essere accertata per tutto il periodo di osservazione (secondo la recente circolare del Ministero: 6 ore per tutti, con osservazione all'inizio ed alla fine di tale periodo) e, quando è impossibile valutare i riflessi del tronco o praticare un EEG, è necessario provare l'assenza del flusso ematico cerebrale.

È fondamentale, inoltre, accertare che il donatore sia esente da malattie virali, tumorali o infettive.

A provare e certificare la morte sarà un collegio di 3 medici, nominato dalla Direzione sanitaria (commissione dei trapianti): i componenti dell'equipe devono esser dipendenti delle strutture sanitarie pubbliche ed indipendenti dall'equipe che effettuerà il prelievo.

Sarà poi il Magistrato che, a conclusione del periodo di osservazione, autorizzerà o meno l'espianto, sulla base degli accertamenti fornitigli dal Collegio.

Una volta accertata la morte del paziente, accertata anche la volontà di donare (vedi dopo), si manterranno gli organi vitali in vita per 48 ore, nell'attesa dell'equipe dell'espianto.

### **Consenso alla donazione dell'organo**

Le nuove regole (L. 1.04.1999 n. 91) introducono il principio del silenzio-assenso informato: è la persona in vita ad esser chiamata a decidere (e non i familiari dopo la morte) se mettere a disposizione a scopo terapeutico i propri organi in caso di decesso.

A tal fine, ogni cittadino, compiuto il 16° anno di età, verrà informato sull'argomento e sarà chiamato ad esprimere la propria volontà. In caso di rifiuto dovrà render nota la sua decisione con l'obbligo, da parte della competente autorità sanitaria di trascriverla sul libretto sanitario individuale o eventualmente su altri documenti d'identità. Verrà, allora, riportata la scritta "n.d." (non donatore).

Se, invece, la persona dopo l'informativa si astiene dal manifestare la sua volontà entro un termine prestabilito, che la legge fissa in 90 giorni, non verrà riportata sul documento alcuna dicitura e, quindi, si dà per scontato l'assenso all'eventuale prelievo di organi nel caso di morte (principio del silenzio-assenso informato).

In ogni momento della sua vita, il cittadino può cambiare parere e modificare la sua decisione con la rettifica d parte dell'autorità sanitaria della dicitura riportata sul libretto individuale.

Al di sotto del 16° anno, qualsiasi decisione verrà presa dai genitori o dai rappresentanti legali.

I soggetti cui non sia stata notificata la richiesta di manifestazione della propria volontà in ordine alla donazione di organi (o tessuti) sono considerati non donatori.

L'attuazione della L. 91/1999 prevede l'istituzione di una rete informatica dei trapianti sul territorio nazionale: fino a che tale sistema non sarà funzionante, è previsto un regime transitorio, durante il quale il prelievo di organi o tessuti potrà esser effettuato sempre che la persona candidata alla donazione non abbia espressamente negato in vita il proprio assenso e sempre che nel corso del periodo di osservazione, obbligatorio ai fini dell'accertamento legale della morte, il coniuge non separato del defunto od il suo convivente more uxorio o, in mancanza, i figli maggiorenni o i genitori o, in mancanza, il rappresentante legale, non abbiano fatto pervenire in tempo utile opposizione scritta

In sostanza, i parenti od i rappresentanti legali possono fornire la testimonianza della volontà del soggetto in vita; per tutelare, però, la propria volontà, l'eventuale donatore può redare uno scritto, affidandolo ad una persona di fiducia.

Secondo una circolare del Ministero della Sanità, se risulta incontrovertibile che il soggetto abbia espresso volontà favorevole alla donazione, i familiari non hanno più alcun diritto di opporsi.

Se il soggetto ha, invece, espresso volontà negativa, non si deve procedere al prelievo.

Nei casi in cui non sia stata espressa tale volontà, perché possa valere il principio del silenzio-assenso, occorre fornire la prova dell'avvenuta informazione in vita che il soggetto, dopo la morte, possa esser sottoposto a prelievo di organi o tessuti e sull'avvenuta richiesta di consenso alla donazione.

### **Trapianto della cornea**

La cornea non costituisce organo, ma tessuto avascolare che fa parte integrante dell'organo della vista: nel caso di danni gravi della sua trasparenza e della sua curvatura, non resta altra soluzione che quella di ricorrere al trapianto.

Il prelievo può esser effettuato previo accertamento della morte per arresto cardiaco irreversibile, mediante rilievo grafico continuo dell'ECG protratto per non meno di 20'

### **Selezione del ricevente**

È consentito sostenere la vita biologica della persona morta solo al fine di effettuare le operazioni di espianto: garantire la circolazione sanguigna, e cioè l'ossigenazione di organi e tessuti, è condizione indispensabile per assicurare la vitalità dell'organo da trapiantare.

Occorrerà effettuare, quindi, il prelievo di un linfonodo ed inviarlo ad un "centro di riferimento" per la tipizzazione antigenica, così da accertare la compatibilità tra donatore e ricevente.

Il centro di riferimento, completata l'indagine, avvisa il centro trapianti (europeo) che provvederà a scegliere dalla lista d'attesa da due a cinque malati.

Il ricevente dovrà avere un'età preferibilmente minore di 65 anni, esser stato preparato all'intervento e trovarsi in condizioni cliniche tali da tollerare le cure immunosoppressive.

Nel frattempo, l'organo viene asportato, conservato in modo adeguato (non oltre le 24 ore) e trasportato a destinazione.

L'art. 18 della L. 91/1999 introduce, inoltre, per una maggior garanzia del corretto funzionamento della complessa struttura organizzativa dei trapianti, un'altra distinzione, anche tra medici che procedono al prelievo e quelli preposti al trapianto, oltre a quella già prescritta fra i medici che accertano la morte e quelli preposti al prelievo.

### **Sanzioni penali**

- Trapianto a scopo di lucro: chiunque a scopo di lucro procura un organo od un tessuto di persona di cui sia stata accertata la morte o ne fa in qualsiasi modo commercio, è punito con la reclusione da 2 e 5 anni e con una multa elevata. Se si tratta di sanitario viene inflitta in aggiunta l'interdizione perpetua dall'esercizio della professione
- Trapianto abusivo: chi, senza scopo di lucro, procura un tessuto od un organo prelevato abusivamente da una persona di cui sia stata accertata la morte, è punito con la reclusione fino a 2 anni. Se si tratta di sanitario, viene inflitta in aggiunta l'interdizione dall'esercizio della professione fino ad un massimo di 5 anni
- Uso illegittimo di cadavere
- Distruzione di cadavere

## **Par. V: Eutanasia, accanimento diagnostico-terapeutico e cure palliative**

### **Eutanasia**

Il termine, derivato dal greco, significa "buona morte", ossia morte senza dolore, senza sofferenze atroci, la cosiddetta morte dolce.

- Utilizzo attuale: oggi, tuttavia, il termine è utilizzato soprattutto per indicare la condotta diretta a produrre ed accelerare o a non far nulla per evitare o ritardare la morte della persona assistita, allorché questa sia affetta da una malattia:
  - Inguaribile
  - Caratterizzata da una sintomatologia dolorosa grave
  - Giunta allo stadio terminale e, perciò, con previsione di esito mortale a breve scadenza, con l'unico intento di porre fine alle sue sofferenze
  - NB: secondo il nostro ordinamento, il medico, di fronte a situazioni del genere, ha un maggior carico di responsabilità e non è mai legittimato, quali che siano la diagnosi e la prognosi, ad attivarsi per accelerare l'evento mortale
- Fattispecie di delitto in relazione all'attuazione di una condotta che miri ad arrecare la morte del proprio assistito

- Omicidio del consenziente: art. 579 c.p.
- Omicidio volontario: art. 575 c.p.
- Istigazione od aiuto al suicidio: art. 580 c.p.
- NB: in alcuni casi può esser invocata l'aggravante della premeditazione
- Tipi di eutanasia non giustificati
  - Eugenic: eliminazione indolore di esseri deformati
  - Economica: eliminazione indolore di invalidi gravi, che sarebbero inutili e costosi
  - Criminale: uccisione indolore di individui socialmente pericolosi
- Significato di eutanasia: essa significa provare della vita un essere umano, costituendo un comportamento gravemente delittuoso. Niente e nessuno, infatti, può autorizzare l'uccisione di un essere umano, feto od embrione, bambino o adulto od anziano, ammalato o incurabile o agonizzante. Né mai l'eventuale consenso della persona assistita può ritenersi causa valida di giustificazione del comportamento del medico in senso eutanasiaco
- Tipi di eutanasia:
  - Attiva (o diretta): si verifica per commissione e consiste nell'intervenire attivamente somministrando al paziente sostanze letali. Questo costituisce un delitto gravissimo
  - Passiva (o indiretta): si basa su una condotta omissiva od astensionista, nella quale, di fronte a pazienti in fase terminale, si sospendono intenzionalmente cure essenziali al mantenimento della vita del paziente. Anche questo comportamento è di regola penalmente sanzionabile, a meno che esso assuma il significato di rifiuto dell'accanimento terapeutico e vengano contestualmente attuate cure palliative a tutela della dignità della vita del morente.

### **Art. 37 c.d. : Assistenza al malato inguaribile**

“In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale ed alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità della vita.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile. Il sostegno vitale dovrà esser mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo”.

### **Cure palliative e risparmio di sofferenze inutili**

Per cure palliative si intende il complesso integrato e coordinato di quei trattamenti terapeutici atti a sollevare dal dolore il malato inguaribile e terminale (ad esempio, per malattie neoplastiche).

La medicina palliativa è specificamente finalizzata alla cura dei sintomi accusati dal paziente terminale (dolore, vomito, stipsi) ed a far sì che il malato conservi quanto più possibile la propria autonomia, le proprie abitudini ed il proprio ruolo familiare.

Talora, non controllare il dolore in modo efficace o controllarlo male può significare inadeguata condotta professionale ed esporre il medico a censure anche molto gravi (imperizia o negligenza). A tal proposito, è utile tener conto della cosiddetta regola del doppio effetto, poiché, se da un lato l'uso di analgesici, oppiacei, morfina, narcotici etc., ha un effetto positivo (sedazione del dolore), dall'altro può accelerare la morte, con conseguenti risvolti della responsabilità.

Pertanto, secondo le “norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore”, il medico chirurgo è autorizzato ad approvvigionarsi dei farmaci in questione mediante autocertificazione ed a detenerne un quantitativo necessario per far fronte all'uso professionale urgente. Inoltre, la prescrizione degli stessi farmaci può prevedere dosaggi per cura di durata sino a 30 giorni.

### **Accanimento diagnostico e terapeutico e tutela della qualità della vita residua**

Si parla oggi di mezzi proporzionati e sproporzionati rispetto ai benefici che è possibile ottenere o prevedere nella situazione concreta.

In tal senso, sono leciti, legittimi e doverosi in ogni caso i mezzi proporzionati; illeciti gli altri e quelli non consentiti dalla persona assistita.

In generale, è da ritenersi lecito interrompere l'applicazione o l'impiego di mezzi terapeutici e diagnostici sproporzionati, allorché i risultati previsti deludano le speranze riposte in esse, quando il rischio che essi comportino siano pesanti o si accompagnino ad una riacutizzazione intollerabile della sintomatologia dolorosa oppure quando non consentano il ripristino od il mantenimento di una sufficiente qualità o dignità di vita, sì da essere ragionevolmente inaccettabili da parte della persona assistita se questi avesse conservato lucidità di coscienza.

Il rifiuto dei mezzi terapeutici straordinari e sproporzionati rispetto ai prevedibili benefici non equivale al suicidio né all'eutanasia, ma significa rifiuto dell'accanimento terapeutico.

Nel prendere una qualsiasi decisione sospensiva del trattamento dovrà tenersi conto comunque del desiderio dell'ammalato e della sua volontà e solo in caso di una sua incapacità è utile consultare i familiari dello stesso.

Secondo l'art. 34 c.cd., infatti, "il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tener conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso".

Importanti risultano, dunque, le direttive anticipate:

- Living will (o testamento in vita): si tratta di una dichiarazione di volontà redatta dallo stesso assistito in epoca non sospetta e nella quale si forniscono indicazioni concernenti il consenso circa gli eventuali accertamenti e trattamenti sanitari, da assumere in caso di perdita della propria capacità di decisione autonoma
- Durablepower of attorney: delega ad un'altra persona della facoltà di esprimere un consenso valido in sostituzione propria, nel caso di sopravvenuta incapacità
- Advance directive: dichiarazione di volontà comprensiva di entrambe le ipotesi precedenti

## **Par. VI: Segreto professionale**

### **Caratteristiche generali**

La persona che si rivolge al medico per esser assistita lo fa con la convinzione di trovarsi di fronte ad una persona non solo in grado di capire e di rispondere alla propria richiesta in modo competente, ma capace anche di esser riservata e di rispettare il segreto su ciò che le viene confidato e su quanto ha conosciuto e saputo per ragione della sua professione.

Pertanto, la rivelazione del segreto professionale (SP) è contemplata nel nostro codice fra i delitti contro la persona.

Il SP deve ritenersi ogni notizia che riguardi qualsiasi aspetto della vita privata dell'assistito e che quest'ultimo abbia interesse a che non venga rivelata, e della quale il medico sia venuto a conoscenza in quanto "medico" (pertanto si considera "professionale").

Ove poi la rivelazione del segreto si riferisca non alla sfera privata del rapporto medico-assistito, ma a quella della pubblica amministrazione, si cade nella fattispecie delittuosa più grave, contemplata dall'art. 326 c.p., "rivelazione ed utilizzazione di segreti d'ufficio", punita con la reclusione da 6 mesi a 3 anni.

### **Art. 10 c.d.**

“Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell’esercizio della professione. La morte del paziente non esime il medico dall’obbligo del segreto. Il medico deve informare i suoi collaboratori dell’obbligo del segreto professionale. L’inosservanza del segreto medico costituisce mancanza grave quando possa derivarne profitto proprio o altrui ovvero nocumento della persona assistita o di altri.

La rivelazione è ammessa ove motivata da una giusta causa, rappresentata dall’adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all’Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi artt. 11 e 12.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale. La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo”.

### **Art. 622 c.p.: Rivelazione di segreto professionale**

“Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 30 a euro 516.

La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società .

Il delitto è punibile a querela della persona offesa”.

Il fatto costitutivo del delitto in esame consiste, dunque, nella rivelazione senza giusta causa del segreto, ovvero nel suo impiego a proprio ad altrui profitto.

Perché in sede penale si riconosca l’esistenza del delitto di rivelazione del SP occorrono i seguenti elementi:

- Che si tratti di un segreto
- Che il soggetto ne abbia avuta notizia
- Che ciò si è verificato per ragione del proprio stato od ufficio o professione o arte
- Che il segreto venga rivelato ovvero impiegato a proprio od altrui profitto
- Che la rivelazione sia stata fatta in assenza di giusta causa
- Che da essa possa derivare nocumento alla persona offesa
- Che venga presentata querela della persona offesa

### **Considerazioni circa il medico**

Il medico che interviene in un certo caso nella sua funzione di medico curante ha obblighi diversi rispetto a chi interviene come medico di controllo o come medico di una compagnia di assicurazione o come perito nominato dal giudice.

In queste ultime ipotesi i sanitari sono incaricati rispettivamente dall’Asl o dalla stessa Compagnia di Assicurazione o dal Magistrato e devono rendere loro direttamente conto della visita effettuata e rispondere correttamente ed in modo esaustivo ai quesiti posti.

Il paziente sa bene che ciò è necessario per riconoscere od escludere il suo eventuale diritto ad assentarsi dal lavoro per malattia, alle prestazioni assicurative, etc. e fornisce un consenso valido alla trasmissione del segreto all’Autorità che ha richiesto la visita.

### **Rivelazione e trasmissione del segreto**

Rivelare significa comportarsi in modo che, senza giusta causa, una o più persone, non vincolate al segreto, siano messe a conoscenza del segreto stesso.

È considerato equivalente alla rivelazione senza giusta causa impiegare il segreto a proprio od altrui profitto, anche se al cliente non derivi alcun danno concreto.



La rivelazione non legittima del segreto costituisce, oltre che un delitto penalmente perseguibile, una grave violazione del c.d.; ha, inoltre, particolare gravità quando ne derivi profitto proprio od altrui o nocumento della persona o di altri.

Non costituisce rivelazione del segreto professionale, ma semplice trasmissione, l'affidamento della notizia ad una persona che pur essa è vincolata da segreto professionale.

La rivelazione, comunque, è legittima solo se sussiste una giusta causa; le giuste cause possono essere:

- Imperative: sono quelle che impongono la rivelazione del segreto:
  - Notifiche e denunce sanitarie obbligatorie
  - Certificati obbligatori
  - Referto (art. 365 c.p.)
  - Denuncia giudiziaria
  - Perizia e consulenza tecnica
  - Ispezione corporale ordinata dal giudice
  - Visite ML di controllo (controllo dell'incapacità temporanea al lavoro)
  - NB: in tutti questi casi, il medico è chiamato ad ottemperare ad un preciso obbligo giuridico ed il non assolverlo fedelmente e nel modo dovuto può esporlo a sanzioni penali. Inoltre, il medico sarà tenuto al più stretto riserbo circa le notizie irrilevanti ai fini dell'espletamento dell'incarico
- Permissive: sono cause che permettono o consentono (ma non obbligano) di rivelare il segreto
  - Cause che escludono l'antigiuridicità del fatto: consenso dell'avente diritto (art. 50 c.p.)
    - NB: nella valutazione della giusta causa permissiva, è opportuno che il medico tenga conto della natura della malattia di cui l'assistito è affetto, della volontà o meno di mantenere il segreto e dell'eventuale richiesta o autorizzazione dell'assistito. Quindi, di fronte ai parenti che chiedono informazioni sullo stato di salute di un loro congiunto, il medico può accettare di rispondere solo se ciò è in linea con la volontà e l'esplicito consenso del suo assistito
  - Cause che escludono la colpevolezza (cause scriminative)
    - Caso fortuito o forza maggiore (art. 45 c.p.)
    - Costringimento fisico (art. 46 c.p.)
    - Errore di fatto (art. 47 c.p.)
    - Errore determinato dall'altrui inganno (art. 48 c.p.)
    - Stato di necessità (art. 54 c.p.)
    - Difesa legittima (art. 52 c.p.)

### **SP ed obbligo di rendere testimonianza al giudice**

“Il medico non deve render al Giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della sua professione”. Tuttavia, la perizia e la consulenza rientrano fra le giuste cause imperative. Anche la testimonianza può assumere questo stesso valore, sempre che, mancando, il Giudice si trovasse nell'impossibilità di fare giustizia.

### **L. 31.12.1996 n.675: Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali**

Per dato personale si intende qualunque informazione relativa ad una persona fisica, la cui conoscenza da parte di terzi violi i diritti alla libertà, alla riservatezza ed all'identità personale.

Pertanto, la legge garantisce che il trattamento dei dati in questione si svolga nel rispetto del consenso dell'interessato e salvaguardando il suo diritto alla privacy.

Per trattamento si intende qualsiasi operazione consistente nella raccolta, conservazione ed utilizzo dei dati personali.

I dati personali riguardanti in particolare salute e vita sessuale vengono definiti “dati sensibili” ed in generale possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell’interessato e previa autorizzazione del Garante.

## **Par. VII: Cartella clinica**

### **Definizione**

La cartella clinica è un atto pubblico, a formazione progressiva, che consiste nel complesso ordinato e scritto dei vari dati sanitari (anamnestici, obiettivi, specialistici, strumentali e documentali), raccolti via via dai medici sulla persona del malato nel corso della sua degenza ospedaliera (regime di ricovero o di day-hospital).

L’importanza è notevole sotto i profili:

- Clinico: la principale finalità è quella della tutela della salute del ricoverato (diagnosi e terapia)
- ML: per la sua efficacia probatoria, per il suo valore storico-documentario e per l’attestazione del consenso informato
- Statistico-sanitario
- Scientifico

### **Art. 26 c.d.**

La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente, o di chi ne esercita la tutela, alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale.

### **Osservazioni ML**

La responsabilità della regolare compilazione della tenuta e della custodia della cartella clinica, fino alla consegna nell’Archivio centrale dell’Azienda, spetta al Primario del reparto.

Questi deve anche vigilare sull’esattezza dei contenuti tecnici della cartella, sull’aderenza alla realtà obiettiva al quanto vi è riportato e deve verificare la correttezza degli accertamenti richiesti, della diagnosi formulata e della terapia prescritta e praticata.

Al Direttore sanitario compete, invece, il controllo sull’archivio centrale delle cartelle cliniche; sotto sua responsabilità, inoltre, viene rilasciata, inoltre, agli aventi diritto copia delle stesse cartelle e di ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale.

La cartella clinica, inoltre, rientra nella categoria degli atti pubblici, in quanto esplicitazione del potere di certificazione e della natura pubblica dell’attività sanitaria cui si riferisce.

L’art. 2699 c.c. intende per “atto pubblico” “il documento redatto con le richieste formalità dal pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo ove l’atto è formato”.

L’atto pubblico, inoltre (art. 2700 c.c.: efficacia probatoria dell’atto pubblico), fa fede e quindi costituisce prova fino a querela di falso “della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti o degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti”.

Se l’assistito dovesse riscontrare la non rispondenza tra quanto da lui dichiarato ai sanitari curanti e quanto documentato in cartella, è tenuto a chiedere la rettifica del testo ufficiale del documento.

Inoltre, secondo l'art. 2702 "La scrittura privata fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza delle dichiarazioni di chi la ha sottoscritta se colui contro il quale la scrittura è prodotta ne riconosce la sottoscrizione, ovvero se quella è legalmente considerata come riconosciuta"

### **Conservazione della cartella clinica e circolare del 19.12.1986**

Negli ospedali, dopo che il paziente è stato dimesso, le cartelle cliniche, ciascuna con un numero progressivo, sono conservate negli archivi centrali sotto il controllo del direttore sanitario e la conservazione deve avvenire a tempo indeterminato. Secondo una circolare del Ministero della Salute, infatti: "Le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, vanno conservate illimitatamente poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico sanitario.

La conservazione va effettuata da prima in un archivio corrente e successivamente, trascorso un quarantennio, in una separata sezione di archivio, istituita dalla struttura sanitaria ai sensi dell'art. 30 del D.P.R. 30.6.1963 n. 1409. Non può procedersi al versamento del materiale in questione agli archivi di Stato, dopo il citato

quarantennio, in quanto il versamento stesso è previsto esclusivamente per gli atti degli uffici statali a norma dell'art. 23 del suddetto D.P.R.

In merito alla conservazione, presso l'archivio delle istituzioni sanitarie, delle radiografie: non rivestendo esse il carattere di atti ufficiali, si ritiene che sotto il profilo medico, medico-legale, amministrativo e scientifico possa essere sufficiente un periodo di venti anni.

Tale indicazione si riferisce al periodo minimo di conservazione essendo consentito, agli Enti che lo ritengano necessario, un tempo di conservazione più lungo.

Si precisa, comunque, che ogni eventuale scarto di materiale in questione è condizionato al preventivo nulla osta del competente soprintendente archivistico in base all'art. 35 del citato D.P.R. n.4409/1963.

In analogia a quanto stabilito per le radiografie si ritiene che la restante documentazione diagnostica possa essere assoggettata allo stesso periodo di conservazione di ventiprevisto per le radiografie stesse finché non intervengano eventuali ulteriori disposizioni a modificare il limite predetto.

Si coglie l'occasione, infine, per segnalare che laddove i presidi sanitari trovassero difficoltà nell'allestimento di idonei locali da destinare ad archivio, è consentita la possibilità del ricorso alla microfilmatura sostitutiva di tutta la documentazione sanitaria, ai sensi della legge n. 15 del 4.1.1968, del D.P.C.M. 11.9.1974 e del decreto del Ministro per i Beni Culturali e Ambientali del 29.3.1979.

Si precisa altresì che dev'essere osservato il più rigoroso rispetto delle sopracitate norme relative alla microfilmatura al fine di poter conferire alla documentazione sostitutiva valore legale".

### **Contenuto**

La correttezza e la completezza con cui le cartelle vengono redatte depongono per la perizia e la diligenza dei sanitari curanti.

In essa devono esser riportate in primo luogo, ossia sul frontespizio, le generalità del paziente, accertate con l'esibizione di un documento di riconoscimento valido.

Si dovranno segnare, sempre sul frontespizio, la data dell'ingresso in ospedale e l'ora in cui il ricovero è avvenuto, nonché la diagnosi e lo status all'ingresso. Si avrà cura di scrivere in modo completo ed esauriente anamnesi familiare, personale, fisiologica, patologica remota e prossima.

Si debbono poi indicare le visite effettuate, il loro esito e l'obiettività rilevata, la diagnosi formulata all'ingresso, gli esami di laboratorio e strumentali, gli accertamenti specialistici, le terapie praticate, il decorso della malattia durante la degenza, la diagnosi e lo status alla dimissione, le prescrizioni o i provvedimenti adottati al momento della dimissione, la data e l'ora in cui questa avviene, il tipo di dimissione, il trasferimento eventuale ad un altro ospedale, etc.

Nella cartella devono esser contenute le dichiarazioni esplicite di consenso del paziente, il che è necessario tutte le volte che l'atto medico o chirurgico ecceda la normale routine.

In sostanza, secondo sentenza della Cassazione, la cartella adempie all'esigenza dell'attestazione delle attività espletate nel reparto, ha la funzione di diario della giornata, segnala il decorso della malattia, dà atto dell'attività terapeutica svolta dai curanti, delle analisi effettuate, degli interventi praticati.

In sostanza, essa deve contenere tutti gli elementi che consentano di ricostruire in dettaglio l'attività clinica e chirurgica svolta durante la degenza.

### **Delitti di falso materiale e falso ideologico**

La qualifica di atto pubblico della cartella si riflette sulla maggior severità con cui è valutato in sede penale il delitto di falso commesso da chi la redige.

In questi casi, la falsità documentale può esser giuridicamente qualificata come falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici (art. 476 c.p.) o come falsità ideologica (art. 479 c.p.) commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

La falsità materiale si realizza, ad esempio, quando il documento è stato redatto da persona diversa da quella cui competeva (cartella contraffatta) o quando il documento contiene modifiche successive alla sua stesura (cartella alterata).

Nella falsità ideologica, invece, l'atto, pur essendo materialmente corretto (quindi non contraffatto né alterato), contiene affermazioni non rispondenti al vero (nei certificati medici, pertanto, riguarda la diagnosi):

- Art. 480: Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati o autorizzazioni amministrative: "Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati o autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da tre mesi a due anni"
- Art. 481: Falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità: "Chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro.

### **Rilascio della cartella o di copia autentica**

Sono legittimati a chiederlo l'assistito medesimo oppure chi ne ha la delega legale. La cartella può esser trasmessa da un'Azienda ad un'altra (trasmissione) al fine di tutelare la salute dell'assistito. Può essere, inoltre, rilasciata al medico curante, agli Istituti previdenziali ed all'Autorità giudiziaria, se questa lo richiede.

### **Scheda di dimissione ospedaliera e disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati**

Il DM 28.12.1991 ha stabilito l'obbligatorietà del rilascio della cosiddetta "scheda di dimissione ospedaliera"; l'art. 1 di tale decreto stabilisce che la scheda di dimissione ospedaliera è lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati su tutto il territorio nazionale.

Essa, quindi, persegue soprattutto finalità di tipo statistico-epidemiologico e di controllo della qualità dell'assistenza sanitaria.

È parte integrante, inoltre, della cartella clinica, assumendo dunque carattere di atto pubblico: la sua non autenticità può configurare i delitti di cui agli artt. 476 e 479 del c.p.

Essa deve recare la firma del medico che l'ha materialmente redatta e quella del responsabile della divisione o del reparto.

Una copia va consegnata al dimesso assieme a quella della cartella; va conservata anch'essa per un periodo di tempo illimitato.

L'obbligatorietà di redigere la scheda di dimissioni riguarda tutti gli istituti di ricovero esistenti nel Paese, sia che si tratti di strutture pubbliche sia che si tratti di strutture convenzionate o private.

## **Par. VIII: Certificato medico**

### **Considerazioni preliminari**

La "libertà dell'esercizio professionale" viene delimitata dalla normativa vigente penale, civile e di diritto sanitario che rappresentano i limiti della "libertà nella condotta professionale" al di fuori dei quali si incorre nell'ipotesi di reato (ipotesi in quanto deve essere sempre dimostrata e sancita dall'A.G.).

Nell'ambito della "libertà dell'esercizio professionale" ricade anche il "dovere di certificare" che ha diretta correlazione con l'individuo e con i rapporti di quest'ultimo con la Società (Dovere di informativa..

Questo "dovere" è una "correlazione", fondamentalmente, tra il rapporto con il cittadino utente e quello con lo Stato. Pertanto vi sono rapporti con lo Stato che potrebbero

essere contrari agli interessi del singolo e che, tuttavia, obbligano il medico a "certificare" nell'interesse della collettività e, quindi, dello Stato. Non può sussistere una certificazione con intento inverso.

Il rapporto trilaterale tra medico — cittadino-Stato viene garantito dall'abilitazione all'esercizio professionale, dall'art. 32 della Costituzione e dall'art. 1 della Legge 23 Dicembre 1978, n. 833 (Riforma sanitaria) attraverso la quale lo Stato ha garantito la prestazione sanitaria a tutti i cittadini nell'ambito di una tipica organizzazione del "pubblico impiego".

Tale organizzazione è tesa sia alla tutela del diritto alla salute, sia alla regolamentazione dei rapporti tra i cittadini e lo Stato mediante la prestazione medica che trova nell'attività certificativa una delle principali e prevalenti attività dell'esercizio professionale.

Non abbiamo timore nel sottolineare come ogni "atto medico" debba sempre lasciare una "traccia verificabile" ed il certificato - così come la cartella clinica, la scheda di dimissione, ecc. - è l'espressione fondamentale della storia sanitaria di una intera popolazione, nell'interesse dell'individuo e della Società.

L'attività professionale del medico, tuttavia, non si esaurisce nel momento diagnostico--terapeutico relativo alle competenze biologiche e cliniche, ma si estende "a compiti di ben diversa natura che realizzano una vera e propria prosecuzione amministrativa dell'atto medico" volta a testimoniare la ricorrenza di condizioni che sono eventualmente produttive di particolari conseguenze previste dall'ordinamento.

In quest'ambito si configura e si realizza uno dei requisiti dell'esercizio professionale attraverso il quale la figura del medico è essenzialmente una figura "al servizio di" (cittadino e Stato) per cui diviene indispensabile fonte di informazioni ed aiuto all'Amministrazione Pubblica.

Una delle prerogative dell'esercizio professionale è rappresentata a dalla "potestà di certificare" e che riconosce la sua matrice nell'abilitazione all'esercizio professionale.

Nei confronti del cittadino-paziente tale potestà si concreta nel "dovere di certificare".

Il dovere deriva dagli obblighi normativi e deontologici dell'esercizio professionale ma non è sempre imperativo.

Il documento redatto dal medico può essere definito in linea generale quale CERTIFICATO, ma assume diversa connotazione e definizione a seconda dell'ambito in cui tale prestazione medica viene fornita.

L'insieme delle notizie che il medico è tenuto a dare, e che costituiscono l'informativa professionale, accetta diverse denominazioni nei testi di legge pur avendo un significato sostanzialmente equivalente:

- Denunce → nel senso di riferire alla competente autorità
- Dichiarazioni → nel senso di mettere al corrente

- Notifiche → nel senso di rendere noto il fatto
- Comunicazioni → nel senso di trasmettere la notizia
- Relazioni → nel senso di resoconto scritto e talvolta orale
- Referto → nel senso specifico di notizie di reato
- Rapporti → nel senso di riportare o riferire fatti, notizie o reati

### **Definizione**

Il certificato può essere definito alla stregua di testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, la cui dimostrazione può condurre all'affermazione di particolari diritti soggettivi previsti dalla norma ovvero determinare particolari conseguenze a carico dell'individuo o della società, aventi rilevanza giuridica o amministrativa.

Il certificato, dunque, è l'"attestazione scritta di un fatto di natura tecnica, destinato a provare la verità" (Gerin).

L'etimologia di certificato e certificazione è da riportare ai termini latini di "certus" (certo) e "facere" (fare) per cui il Giusti sottolinea come non vi sia alcun dubbio "nel ritenere che ciò che qualifica e caratterizza il certificato è l'attestazione di verità che esso presuppone".

In tal senso si deve affermare che "per il medicotale concetto di verità non potrà altro che corrispondere esattamente a quanto sia da lui obiettivamente e quindi clinicamente constatabile"

Il certificato, dunque, si pone come trait d'union ideale tra la sfera personale e privata del paziente e la sfera sociale, rivelando immediatamente la sua grande rilevanza sia sul piano deontologico che su quello strettamente giuridico.

Esso può assumere il significato di acclaramento, cioè di una mera dichiarazione di scienza; o di accertamento, cioè di un atto che fa fede fino a querela di falso o fino a prova contraria; oppure di certificazione in senso stretto.

Il criterio distintivo tra accertamento e certificazione dipende dall'appartenenza o meno del fatto attestato alla sfera di attività del pubblico ufficiale, nel senso che acquista valore di certificazione solo quell'attestazione scritta di un fatto che il medico ha direttamente compiuto o è caduto sotto la sua stretta percezione, nella sua qualità di pubblico ufficiale.

Sotto tale riguardo, la certificazione ha lo stesso valore degli atti di stato civile.

I certificati, inoltre, possono essere obbligatori, quando imposti da tassativi dispositivi di legge, o facoltativi, se richiesti dall'interessato a sua discrepanza ed a proprio vantaggio.

Quelli obbligatori (certificato di assistenza al parto, certificato di constatazione di decesso, etc.) rientrano tra le giuste cause imperative di rivelazione di segreto professionale.

I certificati possono essere rilasciati, oltre che dai medici della pubblica amministrazione, anche dai medici Privati —o soggetti equiparati— i quali potranno o meno esercitare pubbliche funzioni, in quanto a ciò espressamente abilitati dalla legge.

Per la dottrina medico--legale— oltre ai certificati obbligatori che devono essere redatti in ottemperanza a norme di legge—il medico non può e non deve esimersi dal rilasciare i certificati medici che gli vengono richiesti dal paziente; ciò è valido anche per i certificati cosiddetti facoltativi e, cioè, per quelli per i quali non esiste nessuna norma di legge che ne pone l'obbligo.

Il medico comunque non potrà rifiutarsi di redigere un certificato quando questo sia un certificato complementare e/o attestante il realizzarsi di una prestazione sanitaria.

Il certificato è atto pubblico quando redatto da un "pubblico ufficiale" (art. 357 c.p.) o da un "incaricato di pubblico servizio" (art. 358 c.p.); è scrittura privata quando redatto da un "esercente un servizio di pubblica necessità.

Secondo l'art. 22 c.d. "il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute. Il medico, nel redigere certificazioni, deve valutare e attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato".

Secondo l'art. 24, inoltre, "il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati.

Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi escientificamente corretti".

Nel primo periodo dell'art. viene precisato che il medico non può rifiutarsi di redigere e consegnare un certificato al paziente che ne fa richiesta, ma ha il dovere di rifiutarlo a persone diverse dal paziente, quando violerebbe il segreto professionale e tradirebbe comunque la fiducia del paziente medesimo. Il certificato è da consegnarsi direttamente al soggetto interessato o ad altro richiedente cui la legge dia diritto.

Inoltre, il medico non può rilasciare il certificato sulla base di quanto riferitogli da terzi o su quanto egli non abbia constatato. Poiché il certificato è redatto previa richiesta del paziente e può riportare sintomi riferiti dallo stesso, non sempre obiettivabili, il medico deve distinguere tra quanto oggettivamente da lui riscontrato e quanto riferito.

Il certificato contiene inoltre un giudizio clinico che si fonda sulla base dei dati rilevati; è opportuno che il medico giustifichi la formulazione di questo giudizio clinico sulla base dei dati rilevati e di quelli forniti dal Paziente.

Il secondo periodo sottolinea in modo rigoroso la necessità di una constatazione diretta, che non può prescindere dall'anamnesi e dall'esame clinico del paziente e la conoscenza clinica del paziente è solo un elemento tecnico ulteriore per una corretta ed adeguata compilazione dell'atto.

Nel certificato, inoltre, devono essere attestati solo i dati clinici per i quali il paziente ha chiesto la certificazione, diversamente si incorrerebbe in rivelazione di "segreto professionale".

Secondo l'art. 25, "il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa o dei suoi legali rappresentanti o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.

### **Certificati obbligatori e facoltativi**

I certificati si dividono in obbligatori e facoltativi per il cittadino a seconda che la loro esibizione da parte dell'interessato dipenda da un obbligo o da una facoltà.

Sono obbligatori quando "il cittadino ha l'obbligo di presentarli se vuol far valere un suo diritto che sia subordinato all'esistenza di una realtà sanitaria della quale il certificato medico è destinato a far fede".

Evidentemente l'obbligatorietà di tali certificati non è tanto riferita al medico che dovrebbe comunque rilasciarli, quanto all'esistenza dei certificati stessi, che sono necessari per dare l'avvio ad un determinato iter amministrativo.

Sono facoltativi i certificati che vengono richiesti sulla base di un interesse della persona assistita, al fine di essere esibiti ad Enti Pubblici o privati per documentare lo stato di salute.

Sono obbligatori, dunque, per il medico quelle certificazioni che egli deve inoltrare di sua iniziativa e non in relazione alla richiesta di un privato, sulla base di un dovere che la legge pone a carico del sanitario al fine di tutelare i pubblici interessi. Allo stesso modo sorge l'obbligatorietà della certificazione in ragione di un rapporto di lavoro che egli ha instaurato con un Ente, per contratto o convenzione.

### **Costituenti**

- Dati attestanti la veridicità
  - una scrittura, stilata a mano o con mezzi meccanici che utilizzino inchiostro indelebile;
  - l'autore dell'attestazione, che risulti dalla sottoscrizione dell'atto, con le generalità e la qualifica del certificante;
  - il destinatario, cui la certificazione è diretta, che risulta evidente quando l'attestato sia redatto nei moduli prestabiliti;
  - la data, dalla quale risulti il tempo ed il luogo in cui il certificato è stato compilato
- Requisiti

- la chiarezza: comprensibile e completo;
- la veridicità: conformità di quanto descritto con quanto direttamente constatato

### Considerazioni ML

- Art. 480 c.p.: falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in certificati od in autorizzazioni amministrative: “il pubblico ufficiale che, nell’esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente, in certificati od autorizzazioni amministrative, fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione da 3 mesi a 2 anni”
- Art. 481 c.p.: falsità ideologica in certificati commessa da persona esercente un servizio di pubblica necessità: “chiunque nell’esercizio di una professione sanitaria o forense o di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino ad un anno o con multa tra 51 e 516 euro. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro”.
- NB: poiché sussista il delitto di falso (artt. 480 e 481) occorre che sia provato il dolo del certificante, che il medico cioè abbia voluto certificare proprio il falso. La falsità è riferita più spesso alla obiettività clinica riportata nella certificazione (obiettività che non trova riscontro nella realtà), piuttosto che al giudizio od alla valutazione personale che il medico abbia eventualmente espresso (certificato falso e compiacente). La falsità può riguardare anche gli atti compiuti dal sanitario, le prestazioni e l’epoca in cui esse sono state erogate, etc.

### Metodo

Il certificato deve rispondere a due quesiti fondamentali del metodo ML: il rigorismo obiettivo e la dominante conoscenza del rapporto giuridico cui il fatto si riferisce.

Pertanto, una volta compiuto l’esame obiettivo e formulate la diagnosi e la prognosi, occorrerà proiettare il giudizio clinico nell’ambito del particolare rapporto giuridico entro il quale sarà fatta valere la certificazione (diritto civile, penale, infortunistico, previdenziale, etc.).

In sostanza:

- Il medico deve informarsi sul perché quel certificato gli viene richiesto e segnalato per iscritto
- L’assistito deve esser stato preliminarmente visitato
- Il certificato deve riportare i dati salienti dell’esame clinico, della diagnosi e della prognosi
- Ciò che si scrive deve essere assolutamente conforme a quanto obiettivamente ed alla prestazione effettivamente eseguita
- La data deve essere quella in cui il certificato viene compilato
- Va consegnato direttamente nelle mani del paziente o delle persone che ne hanno diritto
- Il certificato compiacente è, in ogni caso, un certificato falso che espone il medico all’imputazione di falso ideologico
- Quando il certificato costituisce il completamento della visita effettuata al paziente, per esso non va richiesto alcun onorario aggiuntivo
- Il certificato costituisce un’affermazione di verità
- I certificati obbligatori vanno distinti dalle denunce sanitarie obbligatorie: il referente di queste ultime, infatti, è una ben precisa autorità sanitaria. La denuncia, inoltre, risponde a finalità di ordine statistico preventivo; il certificato, invece, viene sempre rilasciato all’assistito che lo richiede o quando è obbligatorio (certificato di gravidanza, certificati riguardanti assistenza sociale, etc.). Il certificato, dunque, assolve a finalità di ordine amministrativo nell’interesse stesso della persona alla quale viene rilasciato.



### **Certificato di malattia e di inidoneità al lavoro**

Il medico di fiducia del lavoratore è tenuto a documentare con il certificato l'insorgenza della malattia, nonché la prognosi. La diagnosi clinica viene comunicata solo all'Asl competente per territorio (trasmissione di segreto), ma non al datore di lavoro. Ai medici del settore di ML delle Asl compete l'obbligo della verifica della condizione certificata.

Il diritto del lavoratore all'indennità è condizionato dall'assolvimento dell'onere di inviare il certificato medico all'INPS, nei modi e nei tempi prescritti, al fine di consentire la necessaria attività di accertamento e di verifica.

### **Autocertificazione**

Consiste nella facoltà riconosciuta ai cittadini di presentare, in sostituzione delle tradizionali certificazioni richieste, propri stati e requisiti personali, mediante apposite dichiarazioni sottoscritte (firmate) dall'interessato. La firma non deve essere più autenticata.

L'autocertificazione sostituisce i certificati senza che ci sia necessità di presentare successivamente il certificato vero e proprio. La pubblica amministrazione ha l'obbligo di accettarle, riservandosi la possibilità di controllo e verifica in caso di sussistenza di ragionevoli dubbi sulla veridicità del loro contenuto.

## **Par. IX: Delitti contro la Pubblica Amministrazione**

### **Art. 328 c.p.: Omissione di atti d'ufficio**

“Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.

Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno e con la multa fino a lire due milioni. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa”.

La nuova conformazione legislativa dell'art. 328, quindi, tipizza due diverse fattispecie, previste rispettivamente al I ed al II comma.

Nella prima ipotesi di reato, la condotta incriminata consiste nel rifiuto di compiere atti di ufficio “qualificati”: più precisamente, atti di ufficio che devono essere realizzati “senza ritardo” in vista di obiettivi normativamente specificati, e cioè “per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità”.

La condotta penalmente rilevante, in quanto incentrata sul solo rifiuto, presuppone una preventiva richiesta di adempimento, che può provenire da un privato, ma anche da un altro funzionario pubblico o da un superiore gerarchico.

Il rifiuto deve essere “indebito”, ovvero deve essere presente un cosiddetto “requisito di illiceità speciale”, che tende a delimitare la rilevanza penale a quelle sole forme di diniego di adempimento che non trovano alcuna giustificazione plausibile alla stregua delle norme amministrative che disciplinano i doveri di agire. La scelta legislativa di incriminare, nel I comma, solamente il rifiuto ha destato in molti Autori notevole perplessità. E' infatti difficilmente ipotizzabile una preventiva richiesta perché il pubblico ufficiale sia tenuto a compiere atti urgenti per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica o di igiene e sanità: piuttosto, l'obbligo di intervenire tempestivamente scatterà, in molti casi, a prescindere da sollecitazioni esterne, per cui il disvalore penale dell'inadempimento dovrebbe consistere nella mera omissione dell'atto in questione.

La seconda ipotesi di reato, configura un delitto di messa in mora: fuori dei casi previsti dal I comma, è punito il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo.

Nel delitto di omissione di atti di ufficio il dolo è:

- Generico quando è sufficiente la sola previsione e volontà senza ulteriori fini specifici (omicidio doloso).
- Specifico quando richiede un fine particolare (omicidio doloso ai fini di eredità).

### **Altre considerazioni ML**

Trattandosi di una condotta omissiva, esso richiede la conoscenza dei presupposti del dovere di attivarsi. Conformemente alla nuova strutturazione della fattispecie incriminatrice, è dunque necessario che il pubblico ufficiale si rappresenti mentalmente le due situazioni tipiche previste nei due commi: è cioè necessaria la consapevolezza, rispettivamente, delle ragioni (giustizia, sicurezza, igiene, sanità) che qualificano l'atto di ufficio da compiere (art. 328 comma 1) o della richiesta di adempimento formulata dall'interessato (art. 328 comma 2).

### **Altri delitti contro la PA**

Il Titolo VII del Libro Secondo del codice penale disciplina i delitti contro la fede pubblica ed è suddiviso in quattro capi:

- Falsità in monete, in carte di pubblico credito ed in valori di bollo (artt. 453-466 c.p.)
- Falsità in sigilli o strumenti o segni di autenticazione, certificazione o riconoscimento (artt. 467-475 c.p.)
- Falsità in Atti (artt. 476-493 bis c.p.)
- Falsità personale (artt. 494-498 c.p.)

### **Costituenti**

- Interesse tutelato: fede pubblica ed attitudine a nuocere;
- Soggetto attivo: pubblico ufficiale (o incaricato di pubblico servizio);
- Oggetto materiale: documento (atto pubblico o scrittura privata) e, cioè, qualsiasi atto che sia destinato a provare un fatto giuridicamente rilevante compiuto dal suo autore o da lui percepito, a documentare la regolarità degli adempimenti ai quali è obbligato adempimenti ai quali è obbligato – ovvero circostanze di fatto ad essi ricollegabili fatto ad essi ricollegabili — o che, comunque, costituisca o concorra a costituire un diritto o un obbligo per la pubblica amministrazione o per privati;
- Elemento oggettivo: contraffazione (relativa a fatti descritti nel certificato del tutto falsi) e/o alterazione (relativa a correzioni e variazioni su di un atto originale); è l'integrazione della falsità materiale;
- Elemento soggettivo: dolo.

*Raffaele Vanacore*