- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.250.90 Fri, 20 Sep 2024, 23:10:25

CONTRIBUTO ORIGINALE

Morte improvvisa in medicina legale

P. Gruppillo, S. Preparo[1]

G Ital Aritmol Cardiostim 2004;2:75-78

Responsabile Servizio di Cardiologia Territoriale, Azienda USL 31 Ferrara

[1]Dirigente Medico Legale sede Provinciale INPS, Ferrara

Da sempre la Medicina Forense si è dovuta confrontare con un annoso problema, quello della Morte Improvvisa (MI), sia per dare a questo evento una corretta classificazione sia per eseguire una corretta diagnosi medico-legale. Risulta facile comprendere come, nel corso dei secoli e degli anni, il diverso approccio etico, le differenti situazioni socioeconomiche e, soprattutto, le veloci innovazioni tecnologiche applicate alla medicina, abbiano reso la classificazione e la diagnosi di MI in continua evoluzione.

Nel 1718 Lancisi pubblicava il suo trattato *De subitaneis mortibus*,[1] è già allora innumerevoli erano le difficoltà che aveva dovuto affrontare. Nel corso degli anni il pensiero si è evoluto ritenendo la MI la morte nella quale l'evento terminale, inaspettato, si presentava in concomitanza di un processo morboso più o meno latente che comunque avrebbe potuto portare all'exitus. Il pensiero si modifica negli anni venendo inserite nel novero delle MI anche quei casi dove il decesso, inaspettato nella sua collocazione temporale, si presenta però in paziente affetto da patologia o patologie che non certamente avrebbero potuto condurre alla MI con quelle caratteristiche cliniche e temporali.[2]

Cercando quindi di ordinare le idee in tema di definizione di MI dobbiamo affermare che tale entità clinica deve obbligatoriamente soddisfare le seguenti caratteristiche:[3]

1) Non deve trattarsi di decesso violento, bensì naturale.
2) Deve essere una morte rapida e istantanea (vedi inquadramento cronologico della MI).
3) L'evento dovrà essere del tutto inaspettato e non assolutamente prevedibile.
4) Deve esistere un'assoluta discrepanza tra le condizioni fisiche del paziente, pur affetto da una o più patologie, prima dell'evento e al momento dell'instaurarsi dei sintomi terminali.
5) Non deve esistere una prevedibilità di evento fondata sulle patologie preesistenti, deve assolutamente mancare una possibilità di prevedibilità temporale.

La complessità del fenomeno della MI e la molteplicità delle cause ne hanno reso estremamente difficile la classificazione. Gli Autori, che negli anni se ne sono interessati, hanno proposto diversi inquadramenti nosologici: *Inquadramento Cronologico, Patogenetico, Fisiopatologico e Anatomo-patologico*.[4]

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.250.90 Fri, 20 Sep 2024, 23:10:25

L'*inquadramento cronologico*[3,6] caratterizza la MI in relazione al tempo intercorso tra l'inizio della sintomatologia e l'exitus. In base a tale classificazione possiamo evidenziare tre sottoclassi:

1) Morte *immediata* quando avviene in pochi secondi.
2) Morte *in compendio* quando avviene entro le 12 ore dall'inizio della sintomatologia.
3) Morte *rapida* quando avviene entro le 24 ore dall'inizio della sintomatologia.

La Letteratura degli ultimi 50 anni comunque non si esprime sul tempo di latenza definendolo precisamente, sottolinea comunque che la sintomatologia agonica deve essere molto breve.

L'*inquadramento patogenetico e fisiopatologico* dovrebbe essere estremamente settoriale e differenziare ogni patologia d'organo che possa, per le sue caratteristiche di storia clinica e di eventuali complicanze, portare alla diagnosi di MI. Tale differenziazione patogenetica, estremamente importante dal punto di vista clinico, deve però attenersi alle caratteristiche chiarite dal Cattabeni[5] per gruppi omologhi di patologie:

1) MI a patogenesi mortale comune:
   a) si presenta durante stati morbosi presenti o latenti, può esserne interessato ogni apparato oppure organo e comunque l'evento morte deve poter essere ipotizzato nella storia della malattia affrontata;
   b) si presenta per complicazioni acute di stati morbosi a decorso cronico;
   c) compare in corso di stati morbosi acuti.
2) MI da inibizione – viene così classificata quella MI che si presenta per il venir a mancare improvviso di una funzione, di un'attività o della proprietà di un organo, per sempre o per tempo limitato, a distanza dal punto o meglio dall'organo colpito dallo stato morboso di base. Le MI da inibizione possono manifestarsi in soggetti apparentemente sani o in soggetti affetti da patologia diagnosticata.
3) MI a patogenesi mortale incerta.

Analizzando ora l'*inquadramento anatomo-patologico*, dobbiamo considerare le grandi difficoltà che l'esperto del settore dovrà affrontare trovandosi spesso di fronte a cadaveri con processi patologici multipli anche in organi e apparati differenti. Sarà l'esperienza a guidarlo a riconoscere quale sia il primitivo e soprattutto a valutare quale sia il più, il meno influente e quale assolutamente ininfluente nella patogenesi della MI.[6] Per motivi pratici di inquadramento le morti improvvise, dal punto di vista anatomo-patologico, vengono suddivise in MI da:

- malattie dell'apparato cardiovascolare;
- malattie dell'apparato respiratorio;
- malattie dell'apparato digerente;
- malattie del sistema nervoso centrale;
- malattie dell'apparato genitale femminile e maschile;
- endocrinopatie;
- emopatie;
- infezioni acute;
- immunopatie;
- cause minori.

All'interno di ogni gruppo esisteranno poi ulteriori sottogruppi a specificare l'organo interessato.

Veniamo ora a quello che deve essere l'orientamento, estremamente oculato e rispettoso di ferrea metodologia, del Medico Legale di fronte a una sospetta MI.[4] Alla base di tutto sta l'immediatezza del sopralluogo che purtroppo verrà a mancare nei casi in cui l'interrogativo sulla presunta MI si pone per decessi avvenuti in tempi remoti.

La presenza di testimoni potrà facilmente chiarire il tempo intercorso tra primi sintomi, evento agonico ed exitus. Spesso, purtroppo, anche per persone che non conducevano vita solitaria, esistono momenti sempre più frequenti nella giornata dove, per motivi lavorativi, i conviventi si allontanano dal domicilio. L'esame del luogo in cui è avvenuta la presunta MI può fornirci dettagli importanti. Per esempio la caduta accidentale di oggetti nell'ambiente e la coesistenza sulla salma di traumatismi secondari alla caduta, possono orientarci verso un evento acuto che sia certamente insorto senza alcuna avvisaglia. Altre informazioni orientative ci giungono dall'esame esterno del cadavere, sul quale saranno presenti:

- punteggiatura emorragica intradermica per la fluidità del sangue;
- precoce comparsa di macchie ipostatiche;
- ritardo nei fenomeni di decomposizione;
- rigor mortis precoce, prolungato e valido per scarsa degenerazione delle fibrocellule muscolari;
- presenza di escoriazioni, ferite, contusioni soprattutto

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.250.90 Fri, 20 Sep 2024, 23:10:25

nelle zone più esposte del volto secondarie alla caduta a terra improvvisa.

L'esame anatomo-patologico riveste importanza rilevante nel momento in cui viene diagnosticata nella salma la presenza di patologie che, data l'assoluta impossibilità a coesistere con la vita, sono causa di MI. Ci si riferisce ad esempio alla rottura di aneurismi cerebrali importanti, alla rottura di aneurismi aortici, alla presenza di infarto miocardico recente con rottura di cuore o con interessamento di più del 40% della massa ventricolare sinistra, alla presenza di embolia polmonare massiva. In altre condizioni, invece, l'autopsia potrà fornirci dati che potranno solo orientare verso l'immediatezza dell'exitus, quali ad esempio la replezione gastrica con alimenti a causa della repentina perdita delle funzioni vitali. Esistono poi metodiche più raffinate quali la docimasia biochimica che studia il tasso di adrenalina e i suoi metaboliti, strumento valido nelle mani del Medico Legale, ma legato all'immediatezza del prelievo ematologico. Il ritardo inficia in modo inequivocabile il risultato. Altre metodiche sono la docimasia istologica per la valutazione di depositi epatici di glicogeno e la docimasia istologica sulle surrenali per la quantizzazione di tasso adrenalinico.

Appare comunque estremamente chiaro che i reperti anatomo-patologici, al fine di non trarci erroneamente in inganno, devono assolutamente essere distinti in reperti anteriori all'evento morte, cronologicamente concomitanti e successivi. Tali reperti possono spiegare l'insorgenza di MI solo se vi è relazione di sede, di gravità e di contemporaneità. Come il clinico che raccoglie anamnesi da pazienti viventi, programma indagini cliniche e strumentali e in ultimo giunge a una formulazione diagnostica sempre dettata dalla clinica, così il Medico Legale dovrà trarre informazioni dal sopralluogo, dal riscontro esterno del cadavere, dal riscontro autoptico e in ultimo giungere a conclusioni, se non certe, quanto meno suggestive di morte improvvisa.[7]

Da quanto detto emerge che *l'importanza della diagnosi di MI ha impatto clinico importantissimo*, ma innumerevoli sono altri suoi risvolti. In questa sede riteniamo solamente opportuno elencare alcune situazioni nelle quali l'exitus istantaneo avrà risvolti di notevole peso e importanza valutativa.

La MI in ambiente pubblico può essere messa in relazione con circostanze o caratteristiche dell'ambiente stesso?

La MI in ambiente di lavoro può essere ad esempio secondaria a noxe ambientali?

Quali e quante saranno le problematiche assicurative legate all'evento?

Quali e quanti potranno essere i supposti probabili reati se la MI si dovesse verificare in strutture comunitarie aperte o chiuse?

E se la MI dovesse colpire un infante, quali reati dovremmo sfrondare prima di essere certi che si tratti di morte naturale?

Gli interrogativi che ci siamo posti chiariscono ancora meglio quale ruolo importante gioca il Medico Legale con la sua corretta e attenta valutazione prima di indirizzare alle eventuali competenze giudiziarie.

E se la morte improvvisa avviene durante la guida di veicoli,[4] è l'incidente che ha causato la morte del conducente o la morte improvvisa del conducente ha causato l'incidente? Nel caso in cui la MI sia stata preceduta da un malore il conducente era a conoscenza di patologie che avrebbero potuto rendere possibile l'evento e in tal caso avrebbe potuto fermare il veicolo? In questo ultimo caso gli attuali accertamenti sanitari per l'idoneità alla guida, disciplinati dal DL n. 285/92, dal DPR n. 495/92 e dalla direttiva CEE n. 91/439, hanno la possibilità di rilevare l'infermità e la possibilità del verificarsi dell'evento?

I quesiti posti sono di enorme peso e di grande responsabilità civile e penale, tali a nostro avviso da rendere obbligatorie le consulenze di diversi Specialisti specifici atti a un'attenta valutazione della patologia dichiarata. Le associazioni scientifiche dovranno poi farsi carico di stilare accurate linee guida, con previsione di concessione, sospensione, concessione limitata per tipo di auto o temporale attenendosi scrupolosamente alle linee guida stesse. Resta comunque fondamentale il rapporto di collaborazione tra Medico Legale e Specialista Clinico.

La Letteratura recente (9 elaborati) ci fornisce dati numerici relativi alla MI giunti all'osservazione medico-forense nel settorato Anatomo-Patologico romano nel decennio compreso tra l'1/01/85 e il 31/12/95: ben il 17,81% dei decessi soddisfaceva pienamente ai criteri richiesti per poter codificare la morte come MI. Si trat-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 3.144.250.90 Fri, 20 Sep 2024, 23:10:25

TABELLA I Incidenza della MI in ordine all'apparato interessato

	%
MI da cause cardiache	86
MI da patologie del SNC	<4
MI da cause circolatorie	<4
MI da patologie dell'apparato gastroenterico	<2
MI da cause indeterminate	<4
MI da cause respiratorie	<1
MI da patologie dell'apparato endocrino	<1
MI da patologie metaboliche	<1

tava di 2401 casi di cui 1676 maschi e 725 femmine con età compresa tra 0 e 80 anni. Le cause di morte improvvisa vengono esplicitate nella Tabella I. Tra le morti improvvise cardiache il primo posto spetta all'infarto miocardico acuto; seguono il tamponamento cardiaco per rottura di cuore post-infartuale, le cardiopatie congenite, le aritmie, le cardiomiopatie, le valvulopatie e la rottura di grossi vasi. Nonostante la classificazione peculiare, è stato comunque riscontrato un 6,4% di arresti cardiaci in assenza di reperti anatomo-patologici cardiaci importanti. Tra le MI da patologie del sistema nervoso centrale ricordiamo: le emorragie cerebrali, la patologia epilettica; tra quelle dell'apparato gastroenterico: la rottura di varici esofagee, la pancreatite acuta necrotico-emorragica, la perforazione grave di ulcera gastroduodenale. Tra le patologie respiratorie: la tromboembolia polmonare massiva, la grave patologia asmatica con fibrotorace. Tra le patologie da causa endocrina: il coma ipo- o iperglicemico, la grave tireotossicosi complicata e l'iposurrenalismo acuto. Tra le MI non cardiache il 3,46% ha mostrato un riscontro autoptico silente.

A conclusione ci rendiamo conto delle difficoltà alle quali si troverà di fronte il Legislatore che comunque non deve occuparsi delle condizioni di benessere del singolo, bensì della collettività nel rispetto della libertà del singolo. Noi come tecnici potremmo fornirgli il supporto di linee guida ragionate, frutto di analisi statistiche sugli eventi, associate a grande esperienza clinica e tecnologica-strumentale su ogni singolo paziente.

Amara l'analisi personale sulla morte improvvisa dove l'uomo perde quel minimo di potere di scelta personale che forse possedeva. Se la nascita, infatti, ci è donata al di fuori della nostra volontà e con essa non possiamo interferire, la vita ci viene quasi completamente condizionata dai rapporti ambientali, la morte rimane l'unico vero valore posseduto, individuale, decisionale anche se biologicamente e moralmente negativo.[9]

Bibliografia

1. Lancisi GM. *De subitaneis mortibus*. Roma, 1718.
2. Fineschi V, Ceciani R, Barni M. Una nuova definizione di morte improvvisa; contributo critico e casistica. *Riv Ital Med Leg* 1994;16:981.
3. Cazzaniga A, Cattabeni CM. *Medicina Legale e delle assicurazioni*. Torino, UTET, 1961.
4. Martini M, Gruppillo P. *Infermità cardiovascolari ed idoneità alla conduzione dei veicoli*. Bologna, Monduzzi Editore, 1993.
5. Cattabeni CM. *La morte improvvisa*. *Arch Antrop Psich Med Leg* 1941;61:83.
6. Gilli R, Baima Bollone PL, De Berdardi A, et al. *Il fenomeno della morte improvvisa*. XIX Congresso SIMLA, Minerva Medica Ed. – Padova (1967).
7. Aragona F. *Medicina Legale e delle assicurazioni*. Milano, Ed. Ermes, 1986.
8. Cecchi R, Picca D, Cipollini L. La morte improvvisa nel settorato dell'Istituto di Medicina Legale di Roma "La Sapienza" nel decennio 1985-1995. *Riv Ital Med Leg* 2000;XXII:493-515.
9. Pessina A. La nascita e la morte beni indisponibili. Filosofia della bioetica. *Laedership Medica* 2001;1:40-43.

Indirizzo per la corrispondenza

Paolo Gruppillo
Servizio di Cardiologia Territoriale
Azienda USL 31 Ferrara
Tel.: 0532/237002
Fax: 0532/236501
E-mail: p.gruppillo@ospfe.it