1. Introduzione, 01-03-2018 [Genovese]

Chi è il medico legale

Attività necroscopica

Un medico legale non fa soltanto autopsie, e anche in questo caso, ci sono ***differenze tra le autopsie*** di un medico legale rispetto a quelle effettuate dall'anatomopatologo. L'anatomopatologo si trova in ospedale, il medico legale non così di frequente; l'anatomopatologo fa autopsie in caso di dubbi medico-diagnostici per due motivi principali: accertare le cause fisiopatologiche che hanno portato al decesso e, più banalmente, perché nessuno può essere seppellito senza causa di morte. L'anatomopatologo serve quindi ad accertare le cause di morte (nei casi dubbi). Il medico legale fa invece le autopsie che interessano l'autorità giudiziaria. L'autorità giudiziaria può essere informata di un decesso o del ritrovamento di un corpo: se il magistrato non è interessato al morto, il caso viene rimandato all'autorità sanitaria e, se il medico dell'autorità sanitaria non lo ritiene necessario, non viene fatta l'autopsia, mentre se invece lo ritiene necessario, questa viene fatta (a Milano sempre dal medico legale, ma delegato dall'autorità sanitaria e non da quella giudiziaria). Se la morte interessa il giudice (perché ci potrebbe essere un'ipotesi di reato) il medico legale viene incaricato (direttamente dall'autorità giudiziaria) di eseguire l'autopsia.

Quali sono le morti che possono interessare l'autorità giudiziaria?

- Un sospetto omicidio lo si potrebbe avere quasi sempre (per esempio moglie 85enne con Alzheimer morta a letto senza segni apparenti, che è stata però uccisa dal marito 80enne con un cuscino). Sicuramente però l'omicidio può interessare l'autorità giudiziaria.
- Un cadavere ritrovato con accanto una siringa può far sospettare un suicidio o una morte per overdose. L'autorità giudiziaria può essere interessata ad una morte per overdose, per indagare il reato di spaccio.
- E una persona che si suicida precipitando dal 5° piano interessa al giudice? Il suicidio non è un reato (anche perché il reato si estingue con la morte), come non lo è il tentato suicidio. È però reato l'istigazione al suicidio, quindi un suicidio è di interesse per l'autorità giudiziaria (valutazione di eventuale assunzione di sostanze, della presenza di segni o graffi che possano far pensare a una colluttazione).
- Ci può essere interesse giudiziario anche per casi di morte naturale? Sì, ad esempio per colpa medica (diagnosi non posta per tempo, errore chirurgico ecc).

Altre attività

Il medico legale si occupa anche della valutazione del danno alla persona, ad esempio nel caso di una persona che si rompe un gomito e ha stipulato una polizza assicurativa contro gli infortuni, e della valutazione della responsabilità professionale. Altri aspetti che interessano la giurisprudenza e il medico legale sono ad esempio le malattie incompatibili con la detenzione. Altre attività sono quelle di sopralluogo, l'antropologia forense, la criminologia forense, la genetica forense.

Aspetti etico-deontologici

È molto importante avere un approccio che tenga conto degli aspetti etico-deontologici, anche perché i giudici tengono conto di questi aspetti e la deontologia è qualcosa che può dare risposte ad alcune domande che altrimenti non ne avrebbero. Facciamo ora degli esempi funzionali a comprendere meglio gli aspetti di tipo etico-deontologico.

- Arriva un paziente di 40 anni che giunge in pronto soccorso con una brutta ferita alla coscia che butta sangue: se non lo trasfondo muore. È testimone di Geova e non vuole farsi trasfondere. Cosa faccio? Se lo obbligo alla trasfusione devo usare violenza, voglio quindi curarlo usando violenza?
- 15 anni fa, in un ospedale milanese, un importante prelato testimone di Geova viene ricoverato per un'ulcera sanguinante accompagnato da moglie, figlio e da un prelato di ordine inferiore. Gli viene comunicato che senza trasfusione andrà incontro alla morte. Il paziente rifiuta la trasfusione ed il medico dell'ospedale procede con un TSO. All'arrivo dei carabinieri, nel tentativo di legarlo il paziente muore per un infarto.
- Altro caso di un ospedale milanese: signora di 85 anni, diabete scompensato, in fase terminale. È necessaria l'amputazione di una gamba per salvarle la vita, ma la paziente rifiuta (vuole arrivare nell'aldilà con entrambe le gambe). Si potrebbe pensare di chiedere l'autorizzazione all'autorità giudiziaria; questo aspetto lo indagheremo in seguito.
- Vediamo un altro caso: arriva in pronto soccorso un bambino di 4 anni con la stessa problematica di prima (necessita di una trasfusione) ed i genitori si oppongono alla trasfusione; cosa faccio? Se scegliessi di trasfondere il bambino, ma non l'adulto del caso precedente, in un discorso generale sarei incoerente. Ma dove è scritto che io debba essere sempre coerente? Poniamo ora il caso che decida di chiamare l'autorità giudiziaria la quale ci risponde di non trasfondere; cosa faccio? Lo faccio morire dissanguato?

Questo esempio serve per ricondurre la nostra attività a quello che dice l'autorità giudiziaria, senza preoccuparsi di quello che noi, da un punto di vista etico-deontologico, dovremmo darci come risposta; tuttavia il professore in questo caso, personalmente, non si curerebbe della risposta dell'autorità giudiziaria e trasfonderebbe il bambino. Questa decisione parte da una valutazione di carattere etico-deontologico che come medici dobbiamo considerare e che, potendo pur essere sbagliata, è svincolata da legami giuridici e politici. Dobbiamo tener presente che non per forza quello che dice l'autorità giudiziaria è giusto: al tempo del nazismo gli esperimenti sugli Ebrei erano appoggiati dall'autorità giudiziaria, e da lì nacque il processo di Norimberga, che per primo ci fece rendere conto di come la

medicina sia un mezzo così potente da necessitare un presidio di tipo etico-deontologico. Demandare a qualcun altro l'obbligatorietà di svolgere determinate azioni mediche potrebbe infatti portare ad una deriva (uno dei timori è che la medicina possa essere manovrata dai poteri; basti pensare a come è difficile attivare un TSO).
Non bisogna considerare l'autorità giudiziaria come un Dio impersonificatosi in un PM; il PM non è esente da errori né da influenze esterne (per esempio religiose, politiche ecc). La medicina talvolta tocca argomenti così elevati e complessi che sfiorano sfere di carattere religioso, filosofico. Se un paziente, dopo essere stato adeguatamente informato, rifiuta una cura, una trasfusione, un'operazione chirurgica, dobbiamo accettare la sua decisione.
Questi argomenti appena trattati rappresentano la punta dell'iceberg del grosso capitolo dell'informazione-consenso. Per una puntura intramuscolo non si fanno firmare consensi né si danno grandi spiegazioni solitamente, ma basta mostrare la siringa e far capire al paziente che si deve girare per aver dato un'adeguata informazione; il solo fatto che il paziente cali le braghe rappresenta il consenso a questo atto (come alzare la manica per farsi misurare la pressione). Sono rare le condizioni che richiedono obbligatoriamente un consenso scritto. In ambito chirurgico non è sempre obbligatorio il consenso, ma è evidentemente una necessità probatoria far firmare un documento di informazione.
Tendenzialmente i medici si dividono in coloro che vogliono curare il paziente e in coloro che vogliono mettersi al servizio del paziente. Chi ha una forte estrazione culturale religiosa cattolica, ad esempio, fa parte del primo gruppo (non spetta al singolo individuo la scelta di vivere o morire in quanto la vita è di Dio).
Demandare una propria scelta all'autorità giudiziaria è svilente nei confronti della professione medica, perché come medici abbiamo codici etico-deontologici che sono superiori a quelle di altre professioni. La giurisprudenza in questo momento è pressoché unanimemente schierata nel valorizzare la scelta del medico, ma non si può comunque fare una cosa contro la volontà del paziente (ad oggi si iniziano a prendere in considerazione anche le aspettative che aveva un paziente prima che accadesse un determinato fatto, basti pensare alla questione del biotestamento). Se un medico mette al primo posto l'aspetto giuridico e non quello etico-deontologico sta sbagliando. È ovvio che però questi due aspetti sono quasi sempre sovrapposti (è molto più facile che il giudice ci dica di trasfondere il bambino piuttosto che il contrario). Come recita una terzina dantesca in un'aula dell'istituto di Medicina Legale, "sempre piombo ai piedi": se non si riflette prima su determinati aspetti e sul loro significato (andando "piano" per via del piombo ai piedi prima), quando dobbiamo svolgere attività che necessitano di una certa velocità e urgenza (come nel caso della trasfusione negli esempi precedenti) non riusciamo a fare scelte ponderate. Un altro esempio sulla questione del consenso. Se devo operare una ragazzina di 12 anni di appendicectomia da chi prendo i consensi? Da lei o dai genitori? E se la ragazzina non vuole essere operata? E se è figlia di due genitori divorziati, dei quali uno si oppone all'intervento? Bisogna arrivare in quel momento pronti per saper cosa fare. Quello che si fa firmare al paziente prima di un intervento non è il **consenso informato**, ma un ***modulo***, che è un atto probatorio di un'avvenuta informazione e di un avvenuto consenso (sottoporre un consenso informato in sala operatoria è fonte di contenzioso, e a ragione: il modulo indica che al paziente è stato spiegato a cosa va incontro e ha capito). Se non si danno le giuste informazioni e succede qualcosa che non va bene, il paziente si attacca a quello; se invece il medico dà la giusta informazione al paziente non succede quasi mai nulla. Il consenso informato non andrebbe fatto firmare dall'infermiere prima della sala operatoria perché magari il medico non ha tempo: ciò è il risultato di un modo scorretto di far lavorare i medici. Il medico è il garante del proprio paziente: questa è l'alleanza medico-paziente (e se parlo di alleanza non devo pensare solo a fargli firmare un modulo). È comprensibile che un medico con 30 visite in una mattina possa non avere tempo per informare adeguatamente il paziente, ma poi potrebbe dover rispondere delle proprie azioni. Un altro capitolo importante è quello dei certificati (per esempio per attività non agonistica). Quando ci viene richiesto un certificato senza visita da un conoscente/amico, dobbiamo iniziare a considerare l'aspetto etico-deontologico prima ancora di quello giuridico (non dobbiamo dire che non lo facciamo per paura di esser preso, ma che non lo facciamo perché non lo possiamo fare secondo il nostro codice etico-deontologico): bisogna visitare il paziente.

Il codice di deontologia

È un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione, vincolanti per gli iscritti all'ordine (che a quelle norme devono quindi adeguare la loro condotta professionale).

- Secondo una frase di J. Bentham: "l'etica ha raccolto il nome più espressivo di deontologia".

Premesse:

- *Dominanza professionale:* posizione dominante sull'intero settore della professione medica.
    - I fase (2° metà dell'800 – 1° guerra mondiale): la professione medica pone le fondamenta, sociali e giuridiche, della propria posizione di dominio
    - II fase (anni '20 – anni '60): consolida ed estende il proprio potere controllando il processo di proliferazione delle occupazioni sanitarie
    - III fase (anni '70 – oggi): declino della dominanza medica e concomitante crescita e sviluppo delle altre professioni sanitarie
- *Settore sanitario:* sistema occupazionale complesso formato da una trentina di occupazioni che agiscono nel sistema sanitario come importanti soggetti collettivi, dotati di proprie strategie e non di rado in conflitto tra loro.
- *Lavoratori parziali* (C. Marx): ciascuno svolge pochi compiti lavorativi, raggruppati in una mansione e governati da una logica esterna al lavoratore.

La medicina legale ha uno scopo culturale (questioni giuridiche e sociali attinenti l'attività sanitaria) e una finalità pratica (preparare il futuro sanitario a sostenere il suo ruolo sociale).
Gli esercenti le professioni sanitare devono conoscere:

- Le norme legali che regolano l'esercizio della professione
- Le norme legali che hanno comunque un riferimento con l'attività sanitaria
- I diritti del malato e tutto quello che attiene alla tutela della salute dell'individuo e della collettività

La medicina legale interfaccia conoscenze medico-biologiche con il diritto, in un rapporto che prevede reciproche influenze e adeguamenti. Secondo Foderè (1799): "la medicina legale è l'applicazione delle conoscenze mediche all'amministrazione della giustizia". La collettività ha conosciuto l'esistenza dei problemi medico-legali ancora prima che nascesse in forma organica la nostra disciplina, la quale è cresciuta nel tempo proprio per soddisfare le esigenze della collettività.
Per quanto riguarda l'attività del consulente, questi è un professionista o persona di **provata capacità tecnica** a cui ci si rivolge per avere informazioni e consigli nella **materia di sua competenza.**
Per quanto riguarda le competenze "peculiari" che deve possedere il medico legale, queste sono:

- Bagaglio specialistico:
    - Conoscenza di aspetti giuridici, penali e civili
    - Problemi del consenso
    - Stato di necessità medica
    - Natura dell'obbligazione
    - Regole di condotta professionale
    - Concetto di colpa
    - Aspetti di procedura penale e civile
- "Volgarizzazione delle conoscenze mediche": trait d'union tra mondo scientifico e giuridico
- Assenza di ostacoli di natura "psicologica" (proiezione soggettiva del caso)
- Assenza di ostacoli di natura "ambientale" (ritorsioni)
- Terzietà: non apriorismo assoluto, né severità ingiustificata

Attività del medico legale:

1. *Presso le Aziende per i Servizi Sanitari*:

    a) consulenza medico-legale nelle Unità di Clinical Risk Management e nei casi di responsabilità professionale del personale sanitario ed ausiliario;

    b) accertamento dell'idoneità del personale dipendente all'atto dell'assunzione, su richiesta di dispensa dal servizio e per il giudizio di dipendenza da causa di servizio;

    c) collaborazione col personale sanitario in tema di referti, denunce obbligatorie, certificati, tenuta delle cartelle cliniche, diagnosi di ubriachezza e di avvelenamenti suicidiari o accidentali, tossicodipendenza, malattie mentali in TSO, interruzione volontaria della gravidanza;

    d) consulenza deontologica riguardante i ricoveri d'urgenza la durata delle degenze, la sperimentazione clinica dei farmaci, il valore legale delle dichiarazioni liberatorie, il trapianto d'organi, l'interruzione della rianimazione;

    e) assistenza medico-legale ai degenti in ordine alle dimissioni dall'ospedale, all'informazione ed al consenso per trattamenti terapeutici rischiosi e alla tutela dei diritti del malato, visite e certificazioni d'interesse assicurativo sociale o privato;

    f) servizio di obitorio convenzionato e di tanatodiagnostica in ordine alla dichiarazione di morte cerebrale per prelievi a scopo di trapianto o per disponibilità anticipata del cadavere;

    g) accertamenti per idoneità al lavoro, idoneità alla guida di autoveicoli, idoneità alle attività sportive, invalidità civile e tutela degli handicappati;

    h) visite di controllo per inabilità temporanea da malattia;

    i) visite per la concessione di cure termali e climatiche;

    j) consulenza medico-legale per conto di Enti convenzionati, Istituti di Previdenza sociale, Enti di patrocinio.

2. *Presso gli Enti previdenziali*:

    a) accertamenti per inabilità totale temporanea o totale e parziale permanente per infortuni e malattie professionali;

    b) prime cure per infortuni sul lavoro;

    c) accertamenti medico-legali per invalidità ed inabilità pensionabili, reversibilità, assegni familiari, disoccupazione, prestazioni TBC, cure termali;

    d) esame della certificazione di inabilità temporanea da malattia, gestione delle visite mediche di controllo domiciliari ed esecuzione di quelle ambulatoriali;

    e) attività di medico competente per il personale dipendente dell'Ente di appartenenza;

    f) visite ed accertamenti specialistici e medico-legali per l'Istituto ed Enti convenzionati pubblici o privati;

3. *Come attività libero-professionale*:

    a) perizie giudiziarie, consulenze tecniche di ufficio o di parte, arbitrati, visite mediche di controllo, pareri medico-legali a privati; pareri medico-legali stragiudiziali su documenti;

b) visite medico-legali con relazione scritta, visite collegiali e arbitrati per singoli o come consulenti di Enti di Patronato;

c) visite ispettive di controllo e valutazioni di postumi come medici fiduciari di Compagnie di assicurazione.

4. Presso un Istituto Universitario:

a) insegnamento nei corsi di laurea e di specializzazione;

b) servizio convenzionato dell'obitorio comunale e di tanatodiagnostica;

c) autopsie giudiziarie ed infortunistiche, esame esterno dei cadaveri, ricognizione di resti umani;

d) perizie giudiziarie, consulenze tecniche di ufficio o di parte, arbitrati, visite mediche di controllo, pareri medico-legali a privati;

e) visite infortunistiche, ginecologiche e psichiatriche con parere medico-legale;

f) indagini di laboratorio: ematologia forense; ricerca della silice nei polmoni; tossicologia; analisi del liquido seminale; esami istologici complementari delle autopsie giudiziarie; indagini in tema di paternità, identificazione personale, sopralluogo giudiziario;

g) consulenza medico-legale per conto di Enti convenzionati, di Patronati e di Assicurazioni private.

In definitiva ogni fatto medico può nascondere svariati risvolti giuridici; il compito della medicina legale è proprio quello di partire dalla situazione clinica per verificare l'applicabilità di una normativa lungo un iter che, passando attraverso una semeiotica, talvolta peculiare, non ha un fine diagnostico-terapeutico, ma di determinare l'effettiva natura ed entità degli esiti di un particolare evento e di accertare il nesso di causalità materiale fra tale evento e gli esiti stessi (giudizio medico-legale) con specifico riferimento all'ambito giuridico di competenza (penale, civile, assicurativo, ecc.)

Storia della medicina legale

- Sumeri: codice di Ur-Nammu (2050 a.C.):
  - valore economico ad ogni essere umano: uomo da un siclo, pari a 8,4 kg di oro, e uomo da una mina, pari "solo " a mezzo chilo d'oro;
  - giudici professionisti con facoltà di imporre al colpevole il pagamento dei danni alla vittima;
  - testimonianza sotto giuramento
- Babilonia: Hammurabi (1955-1913 a.C.) – norme di interesse medico-legale:
  - legge del taglione;
  - aborto;
  - violenza sessuale;
  - risarcimento del danno;
  - responsabilità professionale del chirurgo: "… Se un medico ha eseguito un difficile intervento con un coltello di bronzo e ha provocato la morte del soggetto, o se egli ha aperto a qualcuno la cataratta col coltello di bronzo e ha rovinato l'occhio del paziente, gli si tagli la mano …" (paragrafo 218)
- Ebrei (1000 a.C.): leviti, giudici e medici al contempo (omicidio, lesioni, verginità, aborto procurato, violenza sessuale);
- Persia (codice di Zoroastro 500 a.C.);
- Codice indiano di Manu (600 anni a.C.): simulazione di malattia;
- Grecia classica: deontologia medica (giuramento di Ippocrate V sec. a.C.) ma non medicina giudiziaria
- Roma
  - Autopsia come atto inimmaginabile: i cadaveri venivano esposti per due giorni affinché tutti avessero la possibilità di dare il proprio giudizio sulla causa di morte.
  - Svetonio narra che anche il corpo di Giulio Cesare fu esposto sanguinante al popolo e che Antistio, esperto medico, stabilì con il solo esame esterno che delle ventitré ferite una sola era penetrante in torace, fra la prima e la seconda costa, e pertanto fu ritenuta l'unica mortale
  - Numa (circa 715 a.C.): disposizioni sul parto cesareo, obbligatorio nelle donne decedute in stato di gravidanza;
  - Legge delle XII tavole (circa 451 a.C.): legittimazione del parto decimestre, l'indennizzabilità del danno sofferto dai feriti;
  - Lex Aquilia (286 a.C.): criteri valutativi per la letalità delle ferite, il testamento, l'aborto, la malattia mentale, il risarcimento del danno;
  - Lex Cornelia (81 a.C.): errore professionale, imputabilità;
  - Lex Giulia (49 a.C.): stupro, matrimonio e adulterio
- Alto medioevo: Codice Giustinianeo (534 d.C.)
  - vitalità dell'infante, presunzioni di sopravvivenza, accertamento sulla legittimità della prole e dei diretti successori;
  - indagini tecniche previste solo in caso di scioglimento del matrimonio (diritto del marito di nominare un curatore al ventre qualora la donna sottoposta a visita da tre levatrici probatae artis et fidei fosse risultata gravida)
- Medioevo: Capitolari dei re Franchi (primo decennio 800 d.C.)

- Riportano un'esatta descrizione e classificazione delle ferite e contemplano un esame giudiziario del cadavere, non svolto, tuttavia, da medici: era, infatti, in uso inviare un "notarium ut videat mortuum et describat vulnera".
- I mezzi di prova cruciali erano, per altro, ancora quelli dell'acqua, del fuoco e della cruentazione delle ferite praticate sul sospettato

Prime attività peritali

- Egitto greco-romano: nei casi di morte sospetta, di lesioni personali, di infortunio, di valutazione del danno alla persona era previsto l'intervento dei medici pubblici distrettuali (demosios) che rispondevano direttamente al Capo amministrativo (strategos) con vere e proprie relazioni peritali, corredate del nome del magistrato e del numero di riferimento processuale; erano in uso altresì i sopralluoghi giudiziari e le indagini necroscopiche. Isolata espressione dell'attività medico-legale con le prime attività peritali.
- Il duecento – Roma pontificia:
  - Innocenzo III (1209): decreto che contempla espressamente il parere del medico per giudicare quale tra i diversi colpi inferti da più persone ad un ladro di arredi sacri, fosse stato quello mortale (fu riconosciuto il ruolo causale di un colpo inferto al capo dal sacerdote stesso);
  - Gregorio IX (1227-41): "De Probatiotinubus", accertamenti tecnici sulla verginità, nelle cause di nullità di matrimonio, nel cui svolgimento ogni asserzione o giuramento delle parti era nullo "si uxor per ipsius corporis aspectum probat contrarium";
  - Giovanni XXII (1316-1334): istituì il Tribunale noto come Sacra Rota e nella decretale "Ratio juris exigit" richiama la necessità di disporre ed acquisire perizie
- Statuti comunali (1200-1300)
  - Bologna: ove, sin dal principio del Duecento, venivano praticate sezioni anatomiche;
    - Bartolomeo da Varignana (1302) e l'autopsia per sospetto veneficio (Azzolino);
    - I medici delle ferite, medici plagarum, e l'obbligo di denuncia all'Autorità costituita in ogni caso di ferimento riscontrato nell'esercizio dell'attività professionale (Ordinanza di Loderingo degli Andlò, 5 aprile 1265).
  - Firenze (1349):
    - Il chirurgo giurato e l' "idoneità fisica alla tortura": attestato medico che esimeva dalla tortura i malati, le gestanti e le puerpere sino a sei mesi dopo il parto.
    - All'epoca degli Statuti comunali furono, inoltre, istituiti ovunque "albi" ufficiali di esperti medico-forensi, competenti ad esprimersi in caso di lesioni o di morte violenta
- Parigi (1589): La Corte del parlamento di Parigi nominò tre medici del Re per visitare quattordici individui di ambo i sessi sospettati di stregoneria: era stato allegato che gli accusati avessero alcune zone della cute insensibili. L'esame "tecnico" fu, dunque, semplice, i quattordici vennero punti in più parti del corpo e fu così raggiunta la prova della loro innocenza; risulta altresì che fu praticato un esame psichico
- Luisa Sanfelice (1764-1800): Congiurata napoletana che si finse gravida nella speranza di guadagnare tempo. La gravidanza fu accreditata da alcune ostetriche e dai medici incaricati di verificare lo stato della donna. Ma il passare del tempo, come era inevitabile, non lasciò trasparire alcuna traccia della gravidanza immaginaria, perciò le Autorità trasferirono la Sanfelice al carcere di Palermo, dove nuovi accertamenti peritali, eseguiti nel luglio 1800, svelarono la simulazione. La Sanfelice fu dunque giustiziata il medesimo anno.

Autopsia giudiziaria: introdotta per la prima volta nel 1374 a Montpellier:

- All'epoca, la morte del colpevole non estingueva il reato, pertanto nei processi contro i defunti si chiedeva l'ausilio del chirurgo giurato per ostacolare la putrefazione del cadavere sino al termine del giudizio

Tracce di medicina legale nel XIV secolo:

- Istituzione in Sicilia dei protomedicati, una sorta di magistratura sanitaria (Federico II, XIII sec,);
- Parere espresso da Gentile da Foligno (prima metà del XIV sec.) circa la durata della gravidanza in relazione a problematiche attinenti alla legittimità della prole;
- Bartolo da Sassoferrato (1314-1357) autore di "*De cicatricibus*", dottrina dello sfregio permanente del volto, e di "*De percussionibus*", ove si discute in termini di nesso causale;
- Editto di Filippo il Bello (1311): si richiede espressamente il parere giurato di chirurghi nei casi giudiziari complessi ("*se biens aimés chirurgiens jurés*")

Evo moderno:

- Codice di Bamberga (1507): in un "correttorio" successivo si trova un preciso richiamo all'esame medico legale del cadavere (solo esame esterno) per la determinazione della causa di morte;
- Editto della Gran Corte della Vicaria di Napoli (1525);
- **codice Carolino** (1532) stabilì tassativamente l'intervento dei medici, dei chirurghi e, se necessario, delle levatrici per l'istruttoria tecnica in tutti i casi di parto procurato o clandestino, d'aborto e d'infanticidio (artt. 35, 36, 131), veneficio (art. 37), di errori professionali del medico, specialmente in caso di erronea somministrazione di farmaci (art. 134), d'omicidio, di lesioni (artt. 147, 149), suicidio di infermi di mente e di

corpo (art. 135), di mancata o incompleta coscienza dell'imputato (artt. 164, 179, 219) e, infine, di applicazione della tortura a soggetti deboli ed infermi (art. 59).

Casistica

- Papa Paolo III (Alessandro Farnese 1468-1549) decedette il 10 novembre 1549 a seguito, secondo quanto tramandato, di un accesso di collera: all'autopsia, secondo quanto testimoniato dall'ambasciatore veneziano a Roma, gli organi apparvero sanissimi ma nel cuore vennero trovate "*tre gocce di sangue agghiacciato, giudicato provenire dal moto della collera*"
- **Processo in Arezzo**, 1559: il caso riguardava una giovane donna deceduta a seguito di uno schiaffo; sembra, poi, che la ragazza, nel tentativo di schivare il colpo, avesse perso l'equilibrio e fosse caduta urtando a terra l'addome. Nonostante non fosse stata eseguita l'autopsia, i periti dichiararono che uno schiaffo dato al viso di una giovane non poteva causarne la morte poiché il cervello era giudicato ben protetto dai traumi, e che, invece, la contusione allo stomaco era stata letale (secondo le conoscenze del tempo lo stomaco aveva connessioni con il cuore ed il cervello). La morte della giovane fu rubricata come omicidio preterintenzionale e non volontario giacchè, come i giudici ebbero modo di commentare, "*ceffata a mano vacua non può essere atta all'homicidio*"
- Lo schiaffo – un problema giuridico.
    - Codice Zanardelli (1889): ingiuria vs lesione personale
    - Cassazione 11 febbraio 1899: apprezzamento incensurabile del giudice di merito;
    - Cassazione 30 giugno 1899: lo schiaffo non costituisce mai ingiuria, qualunque sia stata l'intenzione, ma sempre una lesione personale.
    - Questione risolta dal codice Rocco, 1930
- **Ambrogio Paré**, chirurgo francese della seconda metà del XVI secolo: autopsia extragiudiziaria praticata su un condannato a morte al quale, con il consenso suo e del re, era stato somministrato del veleno e subito dopo del Bezoar, ritenuto antidoto universale. L'individuo morì tra atroci dolori dopo sette ore dalla somministrazione e all'autopsia il Paré rilevò che il fondo dello stomaco era nero e per azione del caustico

Il settecento e le false convinzioni

- **Bernardo Ramazzini** (1633-1714) e la storia di Pistone, becchino, che cadde fulminato quando aprì la tomba di un giovane per rubargli le scarpe nuove;
- **Orfila** (1787-1853): precauzioni per coloro che accedevano ai sepolcri per rimuovere le salme;
- **Francia legge** del 1805: inasprimento delle pene previste per i violatori delle tombe nell'ipotesi di "*circostanze pregiudizievoli alla salute umana*";
- **Francesco Emanuele Foderé** (1764-1835), medico legale: i periti non dovevano essere obbligati ad una prestazione che poteva essere pericolosa per la loro vita (cadaveri in putrefazione)

Il "decalogo" di Gandolfo (1806-1875)

- potete errare per passione, quando la smania ardente di trovare nelle cose quello che si desidera nasconde facilmente la realtà e induce a credere per vero ciò che tale non è;
- potete errare per non sapere sperimentare, senza collegare cioè il vero di fatto col vero di ragione e frenare i facili voli fantastici della mente;
- potete errare per non sapere osservare colla docuta accuratezza e con ordine i fatti della natura, né respingere ogni idea confusa o superflua, coltivando solo quelle idee che hanno l'impronta di vero;
- potete errare per difetto di metodo, quando la mente non assume saldezza, direzione, forza e ampiezza necessarie per comprendere i fatti e ricercare le leggi vere e reali che regolano i fatti medesimi;
- potete errare per ignoranza di nozioni, poichè chi poco sa poco vede, non è preso dal dubbio e affida a pochi particolari la dimostrazione di un problema;
- potete errare per troppa fede negli altri racconti, accettando per vere affermazioni dubbie, esagerate o false;
- potete errare per non sapere ricavare dal complesso dei fatti osservati le conseguenze più dirette che ne possono inferire;
- potete errare, infine, per non sapere pesare e calcolare il valore delle proprie idee, deducendone giudizi non conformi alla realtà

Gli aforismi di Lacassangne (1843-1924)

- bisogna imparare a dubitare;
- i casi in apparenza più semplici possono essere i più complicati;
- osservare con attenzione e ciò che si osserva vederlo bene;
- evitare le teorie affrettate e diffidare delle deviazioni dell'immaginazione; non fare mai ipotesi complicate;
- procedere con ordine e metodo secondo un piano prestabilito: una autopsia mal fatta non si ricomincia più;
- essere vigile e prudente: è la formula che riassume i principi dei grandi medici legali;
- il vantaggio della pratica medico legale è di non creare un concetto esclusivo e strettamente specializzato;
- tre qualità è necessario possedere: il **mestiere**, la **scienza** e l'**arte**. Il mestiere si impara. La scienza si acquista con la pazienza e col lavoro. Ma l'arte richiede qualità naturali, istintive: e quelli che le posseggono non sono molti.

2. La responsabilità sanitaria in Italia e la sua tutela assicurativa, 6-03-18 [Genovese]

Le responsabilità del professionista sanitario possono essere suddivise nelle seguenti aree:

- Penale
- Civile
- Deontologica
- Amministrativa

Responsabilità penale

Nella logica della responsabilità penale il gruppo sociale (e non il singolo individuo) si difende da un soggetto **dimostratamente** colpevole di reato ai sensi del codice penale, comminando (*infliggendo*) una pena detentiva, ovvero una pena pecuniaria.

Il primo aspetto da sottolineare è "gruppo sociale" (non singolo individuo).

- Un esempio riguardo al gruppo sociale: *Lalla ha un figlio (Luca detto Luchino), Alessandro lo uccide a martellate. La reazione istintiva di Lalla è uccidere Alessandro a martellate, ma la reazione successiva è affidarlo alla giustizia. Chi è contrario alla pena di morte? Tutti. Quindi noi come gruppo sociale "Sacco Milano" siamo contrari alla pena di morte e in questa situazione di strutturazione ci siamo imposti delle regole. Il sistema è quindi deputato a decidere, non lasciando la scelta al diretto interessato (Lalla), altrimenti si creerebbero faide, situazioni di giustizia sommaria, il caos*.

Un altro aspetto importante è che il gruppo sociale applica dei meccanismi di difesa nei confronti di qualcosa/qualcuno che può insidiare il gruppo stesso; e lo fa a diversi livelli, ad esempio a livello nazionale (le varie nazioni si muovono sullo scacchiere internazionale per cercare di tutelare il proprio gruppo sociale con manovre talvolta incomprensibili per chi non è calato nella realtà di quel gruppo sociale). Nella logica della responsabilità penale questa difesa si traduce in una pena detentiva (detenzione/carcere), che però deve avere anche un valore educativo. Per inciso: in una scala di valori per l'uomo, verosimilmente al primo posto c'è la vita, al secondo posto la libertà o la salute. Lo scopo della pena è dunque duplice: difendere il gruppo sociale (perché l'individuo può reiterare il fatto) e quello di far comprendere al reo che ciò ho che ha compiuto è sbagliato attraverso la privazione di un bene prezioso (la libertà).

È importante pensare a come conciliare la tutela del singolo con la tutela dei più. Per esempio nel caso di Riina e Provenzano che muoiono in carcere: il giudice deve armonizzare il bene del singolo - morire nel proprio letto, ed il bene della società, con riflessi diretti ed indiretti (anche economici: noi come comunità spendiamo per tenere una persona in carcere, quindi bisognerebbe interrogarsi sul senso di tenere qualcuno in carcere per un certo periodo di tempo).

Una volta l'idea della carcerazione era quella di far soffrire, infliggere una pena anche fisica a chi aveva commesso un reato. Per esempio il carcere di San Vittore è stato costruito in centro (e quindi si sentono i rumori della città) in modo tale da poter amplificare il senso di privazione della libertà. Con il passare del tempo è cambiato il significato della carcerazione che non ha più come obiettivo quello di infliggere sofferenza e di far espiare una colpa, ma il recupero dell'individuo che ha sbagliato. Ogni persona infatti mediante le proprie azioni contribuisce in modo positivo alla crescita della società; relegando una persona in carcere ci si priva di un individuo che pur avendo sbagliato, potrebbe, mediante un percorso di recupero, ritornare ad essere un elemento che fornisce un bene alla società. In questo momento si vive una situazione di contrasto tra carceri che sono stati costruititi per espiare una pena e carceri che dovrebbero servire a riabilitare il detenuto.

Il gruppo sociale non decide cosa è bene e cosa è male, ma struttura delle situazioni in cui sono chiare le regole. Il codice penale è un codice in cui vengono fissate delle regole; è un ambito che si muove lentamente perché deve essere metabolizzato bene dai cittadini, sono regole che si conoscono e non si modificano in maniera evidente.
Un altro aspetto è legato al fatto che il soggetto deve essere **dimostratamente** colpevole, questo significa che il giudice deve fissare nella sua mente un concetto di probabilità prossima alla certezza per poter condannare un individuo. Si tratta di un elemento molto forte, ma che è in linea con ciò che è stato detto finora: non si può privare del bene più prezioso di una persona (la sua libertà), se non si è certi che sia colpevole. Nelle società democratiche è accettabile avere un colpevole in libertà, ma non è accettabile avere un innocente in galera. Nell'ambito del codice penale vale quindi la locuzione latina: *in dubio, pro reo* (se c'è un dubbio, questo va in favore del soggetto imputato del reato).
Bisogna pensare a tutte queste cose sia in termini generali sia declinandole all'ambito medico. Ci renderemo quindi conto di come sia molto difficile subire una pena per un medico in ambito legale per via del "dimostratamente". Noi ci occupiamo di malati, non di soggetti sani, e questa è una premessa fondamentale, perché se noi dobbiamo essere certi che lo sbaglio che ha fatto il medico abbia determinato una malattia, una menomazione, la morte del paziente, dobbiamo escludere da questo ragionamento l'intervento dei fatti che avrebbero potuto lo stesso portare allo stesso risultato.

- Esempio: una signora fa una mammografia che viene refertata come negativa, dopo tre mesi ripete l'esame e viene evidenziato un nodulo di 5 cm di diametro. Essendo impossibile che sia cresciuto così rapidamente in così poco tempo, si tratta di un chiaro errore medico. Questi tre mesi di ritardo si possono portare ad un intervento più invasivo o possono spostare le chance di sopravvivenza della signora. Se la signora muore dopo sei mesi significa che il tumore era già avanzato, metastatico e probabilmente qualunque cosa avessimo fatto, sarebbe morta lo stesso. Ma se muore dopo cinque anni? Il ragionamento da fare è il seguente: il tumore xx della mammella allo stadio 1 ha una chance di sopravvivenza a 5 anni del 70%, e questo ritardo diagnostico ha fatto forse passare la paziente dallo stadio 1 allo stadio 2, quindi la chance di sopravvivenza a 5 anni è scesa al 30% [attenzione a distinguere certezza-probabilità-possibilità/chances], ma in ogni caso il giudice non può arrivare a configurare nella sua testa il concetto di probabilità vicina alla certezza basandosi su una *chances* di sopravvivenza.

Tra i **requisiti della responsabilità professionale** esistono 3 concetti chiave:

- Cercare di capire se il medico ha sbagliato o no: **condotta** colposa (attiva/omissiva)
- Ciò che viene contestato: il risultato finale, la lesione personale (**malattia, menomazione, morte**)
- **Nesso di causa** (fulcro della medicina legale), cioè cercare di capire se dal comportamento sbagliato del medico è causalmente derivato l'effetto in discussione. Bisogna tenere anche conto che la medicina non è una scienza esatta, è molto difficile pensare di avere delle risposte sicure e certe, anche se i giudici talvolta non lo comprendono. Tornando all'esempio di prima: di sicuro il medico ha sbagliato, di sicuro la paziente è morta, ma non possiamo correlare i due fatti con un nesso causale in maniera certa (non si può sapere se sarebbe rientrata nel 70% dei sopravvissuti o nel 30% dei morti, a maggior ragione per il fatto che si sta parlando non di probabilità ma di chances).
    - Tra le varie teorie formulate in tema di causalità, il nostro ordinamento ha recepito il principio della conditio sine qua non: è causa ogni condizione senza la quale l'evento non si sarebbe verificato, anche se da sola insufficiente a determinarlo. Si

ha sussistenza del nesso di causalità con elevato grado di probabilità – "vicino alla certezza".

Quindi in ambito penale rispondere per malpratica medica è estremamente difficile.
La malpractice medica può essere suddivisa in:

- Attività omissiva
- Attività commissiva (per esempio paziente con tumore al rene destro, il chirurgo asporta il rene sinistro)

Nel secondo caso, che è meno frequente, è più facile essere condannati, viceversa nel primo, che è più frequente, più difficile.
L'errore è naturalmente più evidente in ambito chirurgico che internistico, ma quest'ultimo è molto più frequente, e consiste per esempio nelola somministrazione di farmaci, che risulta essere uno degli errori più frequenti; ed in questi casi cercare di individuare la conseguenza dell'errore non è per niente facile.
Per esempio è venuto un infarto al paziente perché gli ho dato la pastiglia 2 ore dopo o perché ho fatto un'iniezione 2 ore prima? È difficile individuare le conseguenze dirette di questa omissione in una situazione appartenente ad un soggetto che ha già di per sé una patologia di base, più facile invece quando si parla di un soggetto sano. La maggior parte dei fatti che si svolgono in ambito penale riguardano soggetti sani, come ad esempio l'investimento di un pedone, un accoltellamento, con un'attività "attiva". Nel nostro caso invece abbiamo una condizione compromessa di base e quindi bisogna fare una serie di ragionamenti per cercare di mettere in moto una situazione **contro-fattuale,** ossia cercare di proseguire il ragionamento con quella che sarebbe stata l'azione corretta per vedere come va a finire e non sempre ciò è dimostrabile con certezza perché sono numerosissime le variabili che possono intervenire.

Art. **43** Codice Penale «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 la 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».
Art. **40** Codice Penale «Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende la 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»
Art. **41** Codice Penale «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[...]»

Responsabilità civile

Il singolo cittadino chiede, come risarcimento del danno ingiustamente subito, una corresponsione monetaria adeguata al caso da parte del colpevole (**risarcimento**).
L'ambito civile e l'ambito penale non sono contrapposti, ma decorrono paralleli.

- Tornando all'esempio iniziale: Alessandro ha ucciso Luchino, figlio di Laura. Noi, come gruppo sociale, mettiamo Alessandro in galera; in ambito civile è il singolo individuo (e non

il gruppo sociale) e quindi Laura a chiedere ad Alessandro di riparare economicamente al danno arrecato.

Il danno è quindi è trasversale e può percorrere la strada del penale (ci sono dei reati perseguibili d'ufficio, senza bisogno di una denuncia dell'individuo) e la strada del civile.

Il danno deve essere **obiettivato** ed **ingiustamente subito**.

- Ad esempio: Samuel si butta dalla scalinata dell'aula e sbatte la testa contro un angolo aprendosi la fronte. Questo non è un danno ingiustamente subito. Se invece durante la lezione il sedile su cui è seduto Samuel si rompe e Samuel picchia la testa, può chiedere un risarcimento per un danno ingiustamente subito.

Il risarcimento è di tipo monetario, anche perché nella società attuale la libertà è garantita dai soldi.

Una differenza deve essere fatta tra gli esseri animati ed inanimati.

- Esempio: Alessandro investe con un suv Polly, il barboncino nano di Laura. Non si può in questo caso riportare la situazione a quella preesistente (a differenza di un graffio sulla macchina ad esempio). In questi casi l'unica opzione per compensare il danno è l'aspetto economico.

In alcune situazioni è chi ha subito direttamente il danno ad ottenere un risarcimento, in altre sono gli eredi (se l'individuo muore).

Riassumendo c'è quindi il gruppo sociale che agisce in ambito penale ed eventualmente impone una condanna ad una pena detentiva, e da un punto di vista civilistico ci sono gli eredi che richiedono un risarcimento monetario perché hanno avuto dalla perdita del caro un danno patrimoniale.

Un altro aspetto fondamentale dell'ambito civile è che la responsabilità civile (**a differenza di ciò che accade in ambito penale**), può essere trasferita a terzi (ad esempio **imprese assicurative**, le quali, dietro regolare pagamento di premi, accettano, al concretizzarsi del danno, tale trasferimento di onere monetario). Possono inoltre essere chiamate in giudizio anche persone non fisiche (per esempio l'Azienda Ospedaliera). In ambito penale invece la responsabilità è **individuale**.

- Esempio: se Samuel sta prelevando dei soldi al bancomat e arriva Christopher e chiede a Samuel di tenergli la bicicletta mentre va a fare una rapina, entra e compie il reato. Samuel risponde come se la rapina l'avesse fatta anche lui, perché la responsabilità è individuale.

Trasferendo il concetto in ambito professionale, se noi come medici utilizziamo una protesi che so essere molto scadente perché quella è la protesi che passa l'azienda, in ambito penale rispondiamo noi. Il fatto che la protesi fosse passata dall'azienda, che se ci fossimo lamentati con il direttore generale probabilmente saremmo stati licenziati, al giudice non importa.

In ambito civilistico invece può esserci una situazione in cui non risponde il medico, ma risponde la struttura ospedaliera. Un esempio sono le infezioni ospedaliere: nel caso in cui, nonostante l'ottimo operato del medico, che ha attuato la giusta profilassi etc, si sviluppa un'infezione per via dei filtri dell'aria non adeguati, non risponde il medico, ma la struttura ospedaliera.

- Excursus su una sentenza: un medico dimette un paziente in terza giornata come da linee guida, e il paziente muore. Il giudice afferma che il medico è il garante del singolo paziente, e a nulla valgono altre condizioni giuridiche, economiche e sanitarie che possono interferire con il rapporto-medico paziente nella garanzia della singola salute di quel paziente: la responsabilità penale del medico quindi rimane.
- Altro esempio: un medico che accetti di essere di guardia da solo in un ospedale da 1500 letti, nel momento in cui muore un paziente per un ritardo delle cure, risponderebbe della morte perché dovrebbe avere le nozioni per capire che era impossibile gestire una situazione di quel genere.

Bisogna quindi trovare il giusto equilibrio tra la sostenibilità economica della sanità e la tutela della salute del singolo paziente.

Un medico può dover rispondere in ambito civile, ma non penale, In tutti i casi in cui procura un danno ad un paziente, se il singolo chiede un risarcimento.
In ambito penale il medico viene chiamato a rispondere se commette un reato perseguibile penalmente, sia dietro denuncia penale del paziente sia, di default, per i reati perseguibili d'ufficio (omicidio).
Quindi il paziente può denunciare penalmente **e** chiedere i danni. I due aspetti spesso partono in contemporanea, e si cerca di usare il penale per forzare l'aspetto civilistico. Il risarcimento del danno non parte mai d'ufficio, ed è sempre il singolo che deve chiedere un risarcimento. Ci possono essere quindi situazioni in cui parte un procedimento penale, altre sia penale che civile, altre solo il civile.

Esistenza del danno: il paziente deve limitarsi a provare il contratto e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato.
Onere probatorio: spetta al medico-struttura dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato o che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante.

Requisiti della colpa professionale

- **Condotta** censurabile del professionista
- **Danno o aggravamento** della patologia
- **Nesso causale**: rapporto di causa effetto tra condotta ed evento

In ambito civilistico, il giudizio sul nesso di causalità può essere posto tramite una soglia meno elevata di probabilità rispetto a quella richiesta nel penale, ossia obbedendo alla logica del «**più probabile che non**».

Attività di equipe
Équipe = insieme di sanitari di differente qualifica professionale che operano per una finalità comune, la cura e la tutela della salute del paziente

- Équipe orizzontale: coinvolgimento di specialisti di branche diverse
- Équipe verticale: in gioco rapporti gerarchici tra i professionisti

«Ogni soggetto non dovrà ritenersi obbligato a delineare il proprio comportamento in funzione del rischio di condotte colpose altrui, atteso che potrà sempre fare **affidamento** sul fatto che gli altri soggetti agiscano nell'osservanza delle regole di diligenza proprie» [Mantovani, 1997]

Responsabilità della struttura
«[…] La Corte ha costantemente inquadrato la responsabilità della struttura sanitaria nella responsabilità contrattuale, sul rilievo che l'accettazione del paziente in ospedale, ai fini del ricovero o di una visita ambulatoriale, comporta la conclusione di un contratto» [Cass. Civ. sentenza 577/2008]

- Diretta (lacune organizzative, deficit strutturali, mancanze gestionale)
- Indiretta, ex art. **1228** Codice Civile «[...] il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro»

Responsabilità amministrativa

Responsabilità a contenuto patrimoniale di amministratori o dipendenti pubblici per i danni causati all'ente nell'ambito o in occasione del rapporto d'ufficio. L'accertamento della responsabilità comporta la condanna al risarcimento del danno a favore dell'amministrazione danneggiata

- Danno alla Pubblica Amministrazione concreto, attuale e non potenziale, non necessariamente patrimoniale (danno all'immagine…)
- Presente solo in caso di **dolo** o **colpa grave**

Responsabilità deontologica

Deriva dalla violazione dei dettami dei **Codici di Deontologia**, che rappresentano un corpus di regole di autodisciplina predeterminate dalla professione e dai professionisti stessi, vincolanti per gli iscritti ad un determinato Ordine professionale

«Le norme deontologiche sono "vere e proprie norme giuridiche vincolanti nell'ambito dell'ordinamento di categoria". Esse trovano fondamento nella previsione normativa (per legge dello Stato) del procedimento disciplinare in caso di violazione delle stesse»

- Avvertimento
- Censura
- Sospensione
- Radiazione

Situazione attuale del contenzioso in ambito sanitario italiano

- Aumento del contenzioso giudiziario nei confronti del medico e della struttura sanitaria negli ultimi 20 anni.
- Attualmente in Italia depositate più di 30.000 cause all'anno per sospetta malpractice medica.

Sinistri denunciati
(ANIA 2012-13)

Anno di protocollazione	R.c. strutture sanitarie	Δ %	R.c. professionale medici	Δ %	Totale r.c. medica	Δ %
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
1994	6.345		3.222		9.567	
1995	11.411	79,9%	5.892	82,9%	17.303	80,9%
1996	13.028	14,2%	4.028	-31,6%	17.057	-1,4%
1997	18.672	43,3%	4.829	19,9%	23.501	37,8%
1998	21.678	16,1%	6.036	25,0%	27.714	17,9%
1999	23.261	7,3%	9.073	50,3%	32.334	16,7%
2000	23.249	0,0%	10.078	11,1%	33.327	3,1%
2001	21.911	-5,8%	11.238	11,5%	33.149	-0,5%
2002	19.028	-13,2%	11.443	1,8%	30.471	-8,1%
2003	16.566	-12,9%	10.874	-5,0%	27.440	-9,9%
2004	16.356	-1,3%	11.988	10,2%	28.344	3,3%
2005	16.343	-0,1%	12.290	2,5%	28.633	1,0%
2006	16.424	0,5%	11.959	-2,7%	28.383	-0,9%
2007	16.128	-1,8%	13.415	12,2%	29.543	4,1%
2008	17.746	10,0%	11.851	-11,7%	29.597	0,2%
2009	21.476	21,0%	12.559	6,0%	34.035	15,0%
2010	21.353	-0,6%	12.329	-1,8%	33.682	-1,0%
2011	19.627	-8,1%	11.782	-4,4%	31.409	-6,7%

Evoluzione del costo medio dei sinistri
(ANIA 2012-13)

Anno di protocollazione	al 31.12.2002	al 31.12.2004	al 31.12.2005	al 31.12.2006	al 31.12.2007	al 31.12.2008	al 31.12.2009	al 31.12.2010	al 31.12.2011
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
1994	16.410	30.212	28.898	29.833	28.421	28.904	29.012	28.023	27.983
1995	14.418	21.464	21.406	22.976	22.488	22.687	22.676	22.190	21.887
1996	16.961	23.253	22.000	21.789	21.622	23.819	23.493	23.028	23.091
1997	25.331	31.082	29.594	29.214	28.961	32.948	31.940	31.950	31.768
1998	17.939	24.517	22.474	30.152	29.966	34.271	33.924	33.184	33.049
1999	22.820	28.144	28.556	32.063	32.571	37.281	36.511	36.584	36.157
2000	22.254	32.298	33.887	37.600	37.634	39.968	40.605	40.134	38.929
2001	21.843	31.675	33.152	36.757	35.974	40.042	40.159	37.457	45.865
2002	20.157	33.026	35.298	39.903	38.490	42.732	43.196	42.371	46.835
2003		30.306	34.379	39.475	39.080	44.521	47.241	46.169	50.577
2004		22.706	29.755	36.545	38.349	44.083	43.304	43.653	49.951
2005			26.670	33.174	35.471	42.383	42.245	41.277	46.330
2006				30.659	33.408	41.476	42.019	41.779	50.330
2007					26.670	38.266	38.816	39.537	47.798
2008						29.505	34.067	39.427	49.581
2009							25.083	33.225	43.852
2010								27.689	38.538
2011									30.789

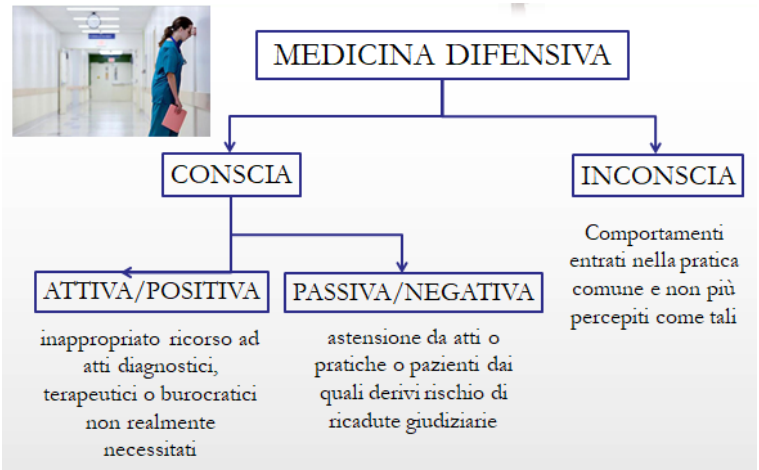
Malpractice
Attualmente uno dei temi più discussi

Totale: 26470 segnalazioni

Fonte Cittadinanza attiva – Rapporto PiT Salute 2012

Presunta malpractice e sicurezza delle strutture	2011	2010
Presunti errori diagnostici e terapeutici	62.7%	58.9%
Condizioni delle strutture	15.0%	17.8%
Disattenzione del personale sanitario	12.1%	12.9%
Infezioni nosocomiali	5.5%	6.6%
Sangue infetto	4.7%	3.8%
Totale	100%	100%

Il pericolo della medicina difensiva



Ripercussioni:

- Economiche
  - Dirette
  - Risarcitorie
  - Assicurative (dati ANIA: 35 mln 1994 – 406 mln 2007)

- Sociali
    - Alleanza terapeutica vs aggressività e rivendicazione
- Etiche
    - Autonomia della professione medica
- Pratiche
    - Riduzione della qualità assistenziale
    - Potenziale rallentamento del progresso tecnico/scientifico

Costi diretti (10,5% dei costi totali)

- 1,9% per farmaci
- 1,7% per visite specialistiche
- 0,7% per esami di laboratorio
- 0,8% per esami strumentali
- 4,6 % per ricoveri

«Tenendo conto dell'incidenza sulle risorse dello Stato, può dirsi che la medicina difensiva pesa sulla spesa sanitaria pubblica per 0,75 punti di PIL, ossia per oltre 10 miliardi di euro, importo pari a poco meno di quanto investito in ricerca e sviluppo nel nostro Paese […]»

L'agire sanitario responsabile e la responsabilità dell'agire sanitario

Erroneamente, l'espressione "responsabilità professionale" è, nel linguaggio comune ed in quello degli addetti ai lavori, ritenuta una mera variante semantica di "colpa professionale"

La "**responsabilità**" è (e resta) una categoria pregiuridica e deontologica, rappresentando l'**essenza stessa della professione sanitaria**

---

3. Introduzione alla psicopatologia forense: l'imputabilità, 7-03-18 [Merzagora]

Il diritto ha bisogno della medicina in molti ambiti; non solo della medicina del corpo, ma anche della medicina della psiche. Oggi ci si soffermerà di più sulle perizie sull'incapacità di intendere e di volere di chi ha commesso un reato, ma in realtà sono diversi gli ambiti in cui il diritto ha bisogno di qualche "lume" rispetto alla psiche degli individui, sia in ambito civile che in ambito penale:

- In ambito civile:
  - Ci sono degli istituti nel nostro codice civile, che sono l'interdizione, l'inabilitazione, l'amministrazione di sostegno, che servono per affiancare e aiutare chi sia in condizioni di inferiorità o di infermità psichica tale da poter mettere a repentaglio i propri interessi. Per capire se queste persone siano in condizioni di inferiorità o infermità psichica viene chiamato il medico legale che però si occupa della psiche (lo psicopatologo forense);
  - Danno biologico di natura psichica. Ad esempio un uomo che ha avuto un incidente automobilistico e che oltre al classico "colpo di frusta", vive spesso il ricordo del tir che gli arrivava addosso e non riesce più a guidare, se lo sogna di notte: in questo caso si chiede allo psicopatologo forense di valutare il danno biologico di natura psichica;
  - Famiglia: pensiamo per esempio, nella separazione coniugale, alla possibile conflittualità sull'idoneità genitoriale, a chi affidare i figli.

Non sono necessariamente tutti quesiti psicopatologici, ma sicuramente sono tutti psicologici, e non sono propri della medicina legale del corpo, ma della medicina legale della psiche.

- In ambito penale
  - Circonvenzione di incapaci: il codice prevede che se la truffa viene commessa nei confronti di una persona che è particolarmente vulnerabile, incapace (malato o fragile), allora il colpevole paga di più, avrà una pena più severa. Ci vuole qualcuno capace di dire se la persona era effettivamente particolarmente vulnerabile;
  - Violenza sessuale: la norma che punisce la violenza sessuale punisce chiunque costringa taluno a compiere o a subire atti sessuali esercitando violenza, minaccia ecc. Però, qualora compiere si compiano atti sessuali nei confronti di qualcuno che non è in grado di prestare un valido consenso, allora anche se non c'è violenza o minaccia la persona è punita per violenza sessuale: ciò avviene ad esempio quando le vittime sono i minori di quattordici anni o nei casi di un "non consenso" dovuto alle condizioni psichiche della persona (cioè la persona non è in grado per le sue condizioni psicopatologiche o di inferiorità psichica di prestare valido consenso). In questo caso chi ha commesso o fatto subire pagherà come violenza sessuale, anche se non c'è stata una vera e propria violenza; deve essere chiamato lo psicopatologo forense per capire se la persona fosse o non fosse effettivamente in grado di prestare il valido consenso (non è detto che un individuo solo perché sia un malato di mente non sia in grado di dare consenso all'atto sessuale).
    - Inciso: **art. 609bis** (articolo sulla violenza sessuale): "Chiunque, con violenza o minaccia o mediante abuso di autorità, costringe taluno a compiere o subire atti sessuali é 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 (Omissis)"

In realtà tutte le volte che il diritto ha bisogno di un esperto in ambito psicopatologico, viene chiamato, non ci sono limiti se non quelli delle condizioni psicologiche del reo.

L'imputabilità

Il principio conduttore (dal Diritto Romano in poi praticamente ovunque) è quello per cui se una persona ha commesso un reato a causa della malattia mentale, può non essere chiamato a rispondere (perché è colpa della malattia). Per capire se il soggetto non fosse in condizioni di avere commesso lui di sua volontà il fatto, verrà chiamato lo psicopatologo forense o un consulente di parte.

Il principio di imputabilità è contenuto negli articoli 85 e seguenti del codice penale (1930):

- **Art. 85**: "Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se, al momento in cui lo ha commesso, non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere".
- **Art. 88**: "Vizio totale di mente. Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere o di volere".
- **Art. 89**: "Vizio parziale di mente. Chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, era, per infermità, in tale stato di mente, da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di intendere o di volere, risponde del reato commesso, ma la pena è diminuita".

Per quanto riguarda gli ultimi due articoli, sul grado del vizio di mente, ci sono quindi due interpretazioni: una in cui c'è solo la malattia e non la persona (e quindi quest'ultima non risponde del reato), e un'altra dove la malattia è intervenuta grandemente ma qualcosa di suo il reo ce l'ha messo e quindi risponde del reato, anche se con pena diminuita. È una soluzione applicata dalla maggior parte del paesi del mondo; qualcuno critica la via di mezzo e il compromesso, ma è inevitabile in una realtà che non è né bianca né nera. Si definisce "intendere" come il comprendere la portata di quello che si fa; si definisce "volere" l'autodeterminismo in vista di uno scopo.

Ulteriori caratteristiche degli articoli 85-88-89 sono:

- **E/o**: in positivo, per essere imputabile, bisogna avere la capacità di intendere e di volere, entrambe. In negativo, basta che una delle due sia abolita o grandemente scemata per cui uno possa avere il vizio parziale o totale di mente.
- **Costruzione a due piani**: non basta la malattia mentale per non essere imputabile, si deve vedere anche come la malattia mentale ha giocato sul determinismo dell'atto. È piuttosto difficile essere indicati come incapaci di intendere e di volere.
- **Criterio temporale**. Non basta avere una diagnosi o un'invalidità: la malattia deve aver agito "in quel momento". Ci può essere una difficoltà di accertamento, si deve ricostruire. La malattia mentale infatti non è qualcosa che accompagna in ogni momento della giornata per tutta la vita, per cui può darsi che il reo sia normalmente "sano", ma proprio nel momento del delitto fosse intervenuta una malattia mentale (per un periodo particolarmente stressante per esempio), o viceversa: sei malato, ma in quel momento eri relativamente libero da sintomatologia. Normalmente le perizie si chiedono per omicidi particolarmente efferati, o omicidi in famiglia, come le madri che uccidono i figli, o se il soggetto aveva precedenti psichiatrici in anamnesi; si richiedono perizie in generale quando le nostre aspettative sono contrastanti con le modalità di svolgimento del delitto o con le motivazioni.
- **Criterio causale**: non c'è nel codice, ma occorre anche che ci sia un rapporto casuale tra il tipo di patologia e il reato, altrimenti si è scusati (ad esempio: non si può giustificare una donna che uccide il marito perché ha la tricotillomania, ma si se ha un delirio di gelosia).

Caso 1 – il serial killer

Il Serial Killer ha ucciso 9 prostitute (le prostitute sono vittime frequenti dei serial killer, per comodità di approccio e perché richiamano un'idea di immoralità e sporcizia). Lo trovano per un controllo della polizia stradale e nell'automobile trovano il sacco a pelo che gli serviva per il cadavere. Lui confessa subito, non nega e viene sottoposto a più perizie, perché le prime due fanno una diagnosi di disturbo di personalità, ma capace di intendere e di volere, cosa che disturba (perché la "follia" è un po' una spiegazione, e c'è una giuria popolare – con cittadini normali, che sono turbati dall'idea che il killer possa essere in grado di intendere e di volere), e viene quindi disposta la "superperizia", con due psichiatri forensi. La perizia si esegue prendendo tutta la documentazione precedente (per esempio come hanno trovato le vittime, il verbale della polizia per sapere come erano le persone al momento) e si fanno i colloqui con la persona. Al colloquio la persona racconta la sua vita: in questo caso specifico quando nasce, sua mamma è molto malata, non è in grado di accudirlo e il bambino viene subito istituzionalizzato. La madre muore quando lui è ancora bambino, e lui tenta il suicidio in età infantile (che rispetto al suicidio in età adolescenziale è rarissimo) – forse la perdita della madre è stata una ferita per lui inaffrontabile. Dopo un po' di anni il padre si risposa e se lo riporta in casa. La matrigna è vissuta però come il sostituto minaccioso della madre: è colei che ha preso il posto della madre ed è colei che gli fa correre il rischio di riprovare il dolore dell'abbandono. Lui la insulta spesso, e ci sono anche dei tentativi di violenza sessuale.

Nel futuro lui sceglie le vittime che ricordano la matrigna. La sua vita va avanti così, e con l'assoluto rifiuto di qualsiasi coinvolgimento affettivo.

<u>Durante il colloquio,</u> lui dirà:

- "*Morta mia madre è finito tutto ... la sua morte ha determinato tutta la mia vita, anche gli omicidi, forse ... tutto sarebbe stato diverso";*
- *"Quando qualcuna mi ha voluto bene ho lasciato perdere, la partita degli affetti l'ho chiusa da un pezzo";*
- *"Non mi sono mai innamorato e non mi sono mai voluto innamorare";*
- *"Mi facevo amici dappertutto ... no, conoscenti ... si andava a mangiare assieme o al night, ma niente di più ... io non voglio nessuno".*

L'idea è quella di qualsiasi strategia pur di non essere coinvolto affettivamente e quindi non correre il rischio di sentire il dolore ("per dimostrare che puoi farcela senza nessun coinvolgimento affettivo, uccidere è una bella idea").

<u>Come appare il killer</u>:

- "Normale"
- Protagonismo: si considera un delinquente non "qualsiasi", si fa merito di aver ucciso da solo nove persone, ben diversamente da quei killer, rispetto ai quali egli si sente ben superiore, che per uccidere devono essere spalleggiati da altri.
- Egosintonia: nessun sentimento di colpa, "*tanto sono tutte ...*", ma
- Ambivalenza: "*Io penso di essere sano, ma certo quello che ho fatto non è normale"; "in fondo non sono degli animali, sono donne*"; "*Se non mi avessero arrestato, chissà quante ne avrei uccise ancora di quelle puttane*", "*se mai uscirò, ne farò fuori delle altre*"; dall'altro, illumina sempre sull'ambivalenza l'episodio in cui risparmiò quella vittima perché, essendosi inceppata la pistola, ella aveva avuto il tempo di parlargli dei figli.
- Alla fine lui dice: "*mi piaceva uccidere*".
    - Racconterà le modalità orripilanti e sadiche di dare la morte e di rievocare i rantoli delle vittime, il loro affannoso cercar di salvarsi, la descrizione dell'espressione da una di esse assunta nell'agonia e da lui osservata attivamente nello specchio.
    - Atti masturbatori e lustmord (omicidio e libidine).

Cosa dicono i periti:

- *Essere amato era ed è per lui foriero di troppa angoscia. Presenta la "sindrome del bambino scottato" che gli ha fatto paventare e respingere ogni investimento affettivo sugli altri e ha accuratamente e disperatamente evitato di riaffrontare l'angoscia della perdita dell'oggetto primario d'amore, perdita patita con la morte della madre.*
- *La matrigna, possibile sostituto della figura materna, è stata vissuta come colei che rappresentava il rischio di fargli rivivere le emozioni positive provate con la madre e drammaticamente interrotte dalla malattia e dalla morte di quest'ultima. Si va allora organizzando un nuovo perverso meccanismo di estrema difesa contro l'angoscia connessa al cedimento affettivo. Il meccanismo di difesa volto a proteggerlo dalla paura di essere amato e di amare si articola col mezzo più radicale della distruzione dell'Altro degradato ad oggetto.*

Conclusioni

- "L'indagine psichiatrica e psicologica condotta su qualsiasi persona, consente di scandagliare nel profondo, e di identificare i percorsi psicodinamici che l'hanno condotta ad una certa azione o ad una certa scelta: non vi è infatti alcuna azione umana che non abbia alla sua radice una dinamica o una motivazione. Se bastasse identificare le motivazioni profonde e le forze che agiscono nell'inconscio di ogni persona, nessuno potrebbe alla fine essere ritenuto responsabile di quel che ha compiuto".
    - Ricordiamo che la spiegazione non è una giustificazione.
- "… progettazione, esecuzione, occultamento del cadavere avvalendosi di strumenti acquistati preventivamente, scrupoloso far sparire ogni traccia dopo il delitto, anche ripulendo la sua abitazione, eccetera"
- È stato definito un soggetto con disturbo di personalità (ai tempi definito come "nevrosi del carattere"), ma capace di intendere e di volere: a lui piaceva uccidere. Sapeva quello che voleva fare
- Nessun "irresistibile impulso" lo ha vincolato e limitato; sapeva quel che voleva fare, si programmava i delitti, non vi erano in lui compromissioni morbose tali da "obbligarlo" ad uccidere, seppur gli omicidi erano coerenti con i meccanismi psicodinamici illustrati
- Il soggetto è stato quindi dichiarato **capace di intendere e di volere**, e quindi imputabile.

Infermità

Non esiste nessuna tavola sinottica che dice quale malattia sia infermità e quale no: tutte possono esserlo. Una volta si diceva che solo le psicosi e solo i gravi disturbi riconosciuti come eziologia organica erano infermità ai sensi dell'art. 88 e 89, ma col tempo si è cambiata prospettiva, dicendo sia che anche un disturbo d'ansia può agire, ad esempio, sulla volontà, sia che non è detto che tutte le psicosi intervengano sulla capacità di intendere e di volere. Oggi si deve sempre vedere, al di là della patologia diagnosticata, *come la malattia si riverbera sulla capacità di intendere e di volere*.

Esempi:

- Disturbi d'ansia: sono molto diffusi, ma non è vero che tutti sono potenzialmente incapaci di intendere e di volere. Deve esserci un criterio casuale, mentre l'ansia in genere è egodistonica, il conflitto lo si agisci all'interno, non lo si esterna.
- Disturbi di personalità: sono i più probabili, soprattutto i disturbi borderline, narcisistico, antisociale.
- Parafilie: il reato di violenza sessuale non ha niente a che vedere con le parafilie. Tra le parafilie quella che desta maggior allarme sociale è la pedofilia. I pedofili non sono quasi mai incapaci di intendere e di volere, perché sanno che non si fa, non è vero che hanno un

irresistibile impulso. C'è però un'infermità descritta del DSM: quindi infermità e incapacità di intendere e di volere non sono sinonimi.

Sentenza 9163/2005

"Anche i "disturbi di personalità", come quelli da nevrosi e psicopatie, possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare, in via autonoma e specifica, la capacità di intendere e di volere del soggetto agente ai fini degli articoli 88 e 89 c.p., sempre che siano di consistenza, intensità, rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa…è inoltre necessario che tra il disturbo mentale ed il fatto di reato sussista un nesso eziologico, che consenta di ritenere il secondo causalmente determinato dal primo".

Il disturbo antisociale

Una diagnosi da sola non basta per dire che è incapace di intendere e di volere. Non è quasi nemmeno una diagnosi, quanto più il ritratto di moltissimi detenuti.

"A. Un pattern pervasivo di inosservanza e di violazione dei diritti degli altri (…):

1. Incapacità a conformarsi alle norme sociali per ciò quanto riguarda il comportamento legale, come indicato dal ripetersi di atti passibili di arresto.
2. Disonestà, come indicato dal mentire ripetutamente, usare falsi nomi o truffare gli altri, per profitto o per piacere personale.
3. Impulsività o incapacità di pianificare.
4. Irritabilità e aggressività, come indicato da ripetuti scontri o aggressioni fisiche.
5. Noncuranza sconsiderata della sicurezza propria o degli altri.
6. Irresponsabilità abituale, come indicato dalla ripetuta incapacità di sostenere un'attività lavorativa continuativa o di far fronte ad obblighi finanziari.
7. Mancanza di rimorso, come indicato dall'essere indifferenti o dal razionalizzare dopo avere danneggiato, maltrattato o derubato un altro"

I serial killers

- "A nessuno dei serial killer che ho avuto modo di studiare o visitare era applicabile la formula della infermità mentale, ma al contempo nessuno di loro era normale. Tutti erano affetti da turbe mentali. Ma nonostante questi disturbi, legati alla sfera sessuale e al carattere, agivano sapendo quello che facevano e sapendo che era sbagliato. E sceglievano di farlo ugualmente" (Dietz)
- "Sicuramente sono anormali. Sicuramente quello che fanno è 'malato'. Sicuramente soffrono di un grave disturbo o difetto caratteriale. Sicuramente chiunque tragga piacere dallo stupro e dalla tortura e dalla morte ha dei problemi psicologici piuttosto pronunciati […] molta gente sembra non afferrare il concetto che si possono avere problemi mentali o emotivi –anche gravi- ed essere tuttavia in grado di distinguere il bene dal male e conformare di conseguenza il proprio comportamento" (Douglas, Holshaker)

Emozioni e passioni

Vengono trattate dal codice in modo diverso.

Art. 90: "Gli stati emotivi e passionali non escludono né diminuiscono l'imputabilità": le emozioni e le passioni sono qualcosa di fisiologico che adulti sani devono essere in grado di saper controllare.

- Sono considerati gli stati "fisiologici", secondo sentire comune, diritto, clinica e neuroscienze: se si ha un'incapacità di controllo pulsionale dovuta ad esempio a una patologia di tipo organico, allora può esserci un'incapacità di intendere e di volere perché

basata appunto sulla patologia di tipo organico. Così come un caso di ritardo mentale che si avvicina ad un minore pensandolo un partner alla sua portata può essere considerato incapace di intendere e di volere, non per la pedofilia ma per l'eventuale ritardo mentale. Non è sempre facile distinguere tra uno stato emotivo fisiologico ed uno patologico, ad esempio tra psicosi e uno stato emotivo.

- Il legislatore qui ha avuto un intento "pedagogico" e di politica criminale: emozioni e passioni sicuramente agiscono sulla nostra capacità di intendere e di volere, e si tratta dunque di una "fictio iuris", che serve per insegnarci a controllare le nostre passioni e le nostre emozioni. Il codice è contrario alla realtà dei fatti.

Caso 2 – il caso dello stato emotivo

Relazione della prof, che serve all'avvocato per stimolare il giudice a disporre perizia:

"Su incarico del suo difensore, Avvocato XX, abbiamo proceduto a visitare il signor Caino, di anni 70, che il XX giugno XX ha ucciso la sorella.

Il colloquio si è svolto il giorno 16 luglio XX (tempo ravvicinato rispetto al delitto) *presso l'Istituto di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Università di Milano, ove egli è giunto accompagnato dalla moglie che ha integrato le notizie richieste, anche perché il paziente è apparso estremamente chiuso, a tratti mutacico, rallentato.*

Si è potuto apprezzare che queste caratteristiche non sono meri tratti del carattere, bensì veri e propri sintomi depressivi, e non solamente reattivi al fatto per cui è processo.

Dal racconto di vita emerge con assoluta chiarezza che ha sempre sofferto di sintomi depressivi, talora acutizzati da eventi di vita, ma sempre presenti, come testimonia il fatto di non avere mai avuto frequentazioni al di fuori della stretta cerchia familiare, mai amici, mai passatempi, mai ricerca di svaghi, mai momenti di autentica allegria, sempre pessimismo. Non solo non ha una cerchia di amicizie, ma da vent'anni non si reca in vacanza, in undici anni di lavoro presso il museo XX ha usufruito in tutto di dieci domeniche di ferie, la moglie afferma di non ricordare di averlo mai sentito esplodere in una franca risata.

- È importante avere delle prove e dei riscontri e non basarsi solo su quello che dice la persona al colloquio.

In concomitanza con episodi particolarmente difficili, o autenticamente drammatici, poi la depressione si acuiva, con i classici sintomi del dimagramento, dell'insonnia terminale, del pianto, del "lasciarsi andare" all'astenia e al fatalismo, delle idee di indegnità ("non sono capace di far niente").

Come non raramente accade in questi casi, se la depressione di base era semplicemente attribuita ad una questione di carattere, i fenomeni di acuzie erano messi in relazione solamente agli eventi esogeni, e questo sia da parte sua che da parte della moglie, sicché non vi fu mai alcun accesso a specialisti della psiche. Si sa, d'altro canto, che vi sono ambienti culturali in cui la resistenza a recarsi dal "medico dei pazzi" è molto forte.

Altra caratteristica dello psichismo del signor Caino, non patologica ma certamente eccedente la norma, è l'esagerata mitezza del carattere ("mi fa paura tutto") e la disponibilità, riferite anche dai numerosi testimoni, e non solo per il suo prodigarsi nei confronti della sorella.

Fra gli esempi, AA, la nipote, dice di lui: "di mio zio ho soltanto bei ricordi … Un uomo molto generoso con noi, senza interesse"; CC, il cognato: "un uomo corretto e molto buono, sempre disponibile ad aiutarmi"; DD, zia della moglie: "uomo mite, servizievole, sempre pronto ad aiutare chiunque ne avesse bisogno"; il marito di costei: "Non si contano le volte in cui veniva a casa mia per accompagnare sua zia, mia moglie, a farmi visita in vari ospedali dove io mi trovavo ricoverato".

Ma poiché l'essere buoni non ripara dalle sventure, la vita dell'imputato non fu scevra di sofferenze, fra cui un intervento chirurgico di duplice sostituzione valvolare mitro-aortica mediante impianto di protesi meccaniche (si veda il certificato del Professor XX), e, soprattutto, la tragedia dell'improvvisa e prematura morte dell'unica figlia, morte avvenuta nel settembre precedente.
Nell'ultimo anno, oltre a questo dramma, la sua vita fu un continuo sacrificio. La sorella, affetta da angioma fin dalla nascita e sempre da lui seguita, subì diversi ricoveri, ebbe anche una meningite, fu sottoposta a più interventi plastici senza risultato, e, a detta dei parenti era: "così brutalmente deturpata, che nessuno aveva il coraggio di guardare" (la nipote); "sfiderei chiunque a sopportare la persona a cui vuoi bene che è stata ridotta in condizioni che nessuno ha il coraggio di guardare" (la cognata); "nemmeno io, come uomo, ho avuto il coraggio di vedere" (il cognato).
Il Caino, non solo ebbe il coraggio di guardarla, ma continuò ad assisterla, quotidianamente, prima durante i mesi dei ricoveri, poi a casa, recandosi da lei ogni giorno, aumentando il proprio impegno, la fatica, il sacrificio mano a mano che la sorella peggiorava e si rendeva sempre meno autosufficiente.
In pratica, si alzava alle sei e si recava ogni mattina da lei prima che venisse l'infermiere per medicare la donna, faceva la spesa, le teneva compagnia fino all'ora di pranzo, e solo allora tornava nella propria abitazione, salvo più volte dover accorrere perché la sorella non si era sentita bene o si era infortunata, e doverla magari accompagnare al pronto soccorso. E' infatti da aggiungere che la donna si fidava solo di lui e rifiutava energicamente qualsiasi altra soluzione lui le proponesse.
Anche di questa continua dedizione –anzi, "devozione" la definisce più puntualmente la nipote- non mancano le testimonianze.
Dai parenti il gesto è stato interpretato come motivato da "troppo amore" (testimonianza della nipote); dal "grande amore per la sorella" (la cognata), "Si può capire che anche il troppo amore può portare a gesti inconsulti" (la zia della moglie); "A volte il troppo amore …!" (il marito della zia).
Il secondo elemento su cui vale la pena di soffermarsi è che anche i parenti fanno riferimento non solo alla estrema stanchezza, al logorio, al tormento del Caino, ma finalmente usano il termine "depressione" (testimonianza della nipote e della zia della moglie).
È infatti indubbio che negli ultimi tempi antecedenti il delitto egli fosse, non solo disperato e sottoposto ad una tensione eccezionale, ma patologicamente depresso, con i più classici sintomi del dimagramento (la perdita di dieci chili in un anno), dell'insonnia con risveglio precoce, dell'anedonia, dei pensieri cupi, del costante stato di preoccupazione contemporaneo all'incapacità di trovare o imporre una soluzione diversa dal quotidiano sacrificio, bloccato nell'ideazione e prigioniero della sperimentata routine, e men che meno capace di imporsi sulla sorella più stenica e resa ancor più egoista dalla propria sofferenza, persino oramai così bloccato da essere incapace di piangere la figlia ("ho tanta voglia di piangere ma non riesco").
In queste condizioni giunge alla mattina del delitto, in cui si ripeté l'abituale copione: arrivò di mattina presto con l'idea fissa di trovare qualcuno che lo sollevasse almeno in parte dalla fatica oramai insopportabile ma rassegnato alle resistenze della più volitiva sorella: "io non ho mai osato … c'era da litigare…". (la sorella aveva un angioma e lui era solito prodigarsi per lei)
Quella mattina, però, osò, arrivò a proporre un ricovero, la donna rispose per le rime, poi non si comprende fino a che punto il suo sia un, seppur frammentario, ricordo, ovvero il disperato tentativo, tipico dei casi di slivellamento della coscienza, di riempire il vuoto di consapevolezza e memoria con ricostruzioni a posteriori: "l'ho presa per la testa … mi sono spaventato … non so cos'è successo … poi per me era morta e ho chiamato la polizia".
Non ebbe neppure chiara contezza della morte della donna, non sa rievocare il momento preciso dell'uccisione –appunto perché la coscienza non vi partecipò-, non sa cosa lo indusse a ritenere che

fosse morta poiché nega di averle sentito il battito o altro, o, forse, poiché anche questi fatti sono coperti da amnesia: "quell'attimo lì … non saprei dire".
A questo punto, la presunzione di "saper dire" tocca dunque agli "esperti".

- Una prima, facile ed immediata ipotesi è quella di essere al cospetto di un "semplice" stato emotivo, tenendo conto anche di due antecedenti importanti: un'operazione cardiaca di Caino e la morte della sua unica figlia qualche mese prima.
- Peraltro, vi sono in questo caso elementi che ci fanno assolutamente dubitare che le determinanti il delitto si possano "liquidare" così facilmente, e non si sia piuttosto al cospetto di uno scompenso delirante acuto di marca psicotica.

Le reazioni psicotiche: elementi che permettono la distinzione tra malattia e stato emotivo. Fornari propone per conferire "valore di malattia" a queste condizioni:

- la presenza di una situazione stressante che precede la fase di scompenso acuto
- la frattura evidente rispetto al peculiare "stile di vita" del soggetto (Caino mite che uccide la sorella)
- la evidente sproporzione della reazione;
- la possibile presenza di una condizione di compromissione dello stato di coscienza coperta e seguita da amnesia o dismnesia;
- gravi turbe dell'affettività, del tono timico e dello stato affettivi-relazionale;
- la rapida restitutio ad integrum.

Fornari aggiunge che fra i disturbi psicopatologici di più comune riscontro in siffatti casi vi sono le condizioni di grave depressione.

"Altra chiave di lettura, connessa alla depressione: "omicidio altruistico" o "mercy killing". Se ne ha traccia nel verbale di spontanee dichiarazioni rese in Questura laddove egli afferma: "In quel momento io pensavo di voler mettere fine alle sofferenze di mia sorella, in quanto soffriva troppo", anche se è evidente che quel "io pensavo" non va inteso alla lettera, nel senso di un preciso programma ancorché "pietoso", ma piuttosto come un recupero dall'inconscio, o, forse ancor meglio, di nuovo come un disperato tentativo di rendere ragione, anche a se stesso, di un atto di cui ragione non trova.
Al colloquio, infatti, l'intenzione pietosa appare contaminata da ideazione confusa e incerta, da vissuti ancora una volta denotanti depressione patologica, da verbalizzazione sconnessa: "lasciarla lì … tra la vita e la morte … ero stanco, ero stanco".
Ancora, il termine "discontrollo episodico" denota una modalità reattiva in cui l'impulso aggressivo sembra eludere ogni inibizione da parte dell'Io, esprimendosi in modo diretto, ed essendo in genere di carattere episodico ed esplosivo, facendo seguito alla scarica di aggressività una ripresa più o meno rapida del controllo.
Per potersi parlare di discontrollo deve esservi il ricorso di più di una condizione: l'individuo deve trovarsi di fronte a situazioni di stress psicotraumatizzanti molto intense; la risposta a queste situazioni è di tipo aggressivo; la reazione dev'essere episodica e avere carattere di esplosività; essa comporta una frattura nei confronti della realtà; al termine di tale reazione vi è un ripristino
il fatto ha le precise caratteristiche della "reazione psicotica" o "discontrollo episodico" come descritte dalla Letteratura psichiatrico forense, e cioè: la presenza di una situazione stressante che precede la fase di scompenso acuto, la frattura evidente rispetto al peculiare "stile di vita" del soggetto, la evidente sproporzione della reazione, la presenza di una condizione di compromissione dello stato di coscienza, la rapida restitutio ad integrum, la pregressa condizioni di grave depressione.
Riepilogando e concludendo,

- *il signor Caino è da anni affetto da depressione, talora in discreto compenso, ma pronta a riacutizzarsi in condizioni esistenziali estreme;*
- *il suo carattere è sempre stato assai mite e disponibile, sicché il delitto appare tutt'affatto estraneo allo "stile di vita" del soggetto, e dimostra solo la sua incapacità a raggiungere la santità (condizione che la convivenza civile non pretende);*
- *nell'ultimo anno egli è stato sottoposto a stress di eccezionale gravità, certo non ultimo dei quali l'improvvisa e prematura morte dell'unica figlia, e poi, appunto, l'assistenza continua, devota, di estremo sacrificio alla sorella;*
- *il fatto ha le precise caratteristiche della "reazione psicotica" o "discontrollo episodico" come descritte dalla Letteratura psichiatrico forense, e cioè: la presenza di una situazione stressante che precede la fase di scompenso acuto, la frattura evidente rispetto al peculiare "stile di vita" del soggetto, la evidente sproporzione della reazione, la presenza di una condizione di compromissione dello stato di coscienza, la rapida restitutio ad integrum, la pregressa condizioni di grave depressione.*

Tutto ciò esposto, riteniamo che l' intendere e il volere del signor Caino al momento del fatto fossero totalmente aboliti per infermità.
Riteniamo altresì che egli non sia socialmente pericoloso, dal punto di vista soggettivo per la sua elettiva mitezza d'indole e, oggettivamente, per l'eccezionalità delle condizioni che hanno preceduto e accompagnato l'omicidio. In particolare, non può non sottolinearsi come la condotta del signor Caino sia strettamente ed intimamente legata al rapporto che lo stesso aveva con la sorella, e quindi ad una condizione unica ed irripetibile.
L'unico pericolo ravvisabile è semmai nei confronti di se stesso"
La perizia poi c'è stata e lo ha dichiarato incapace di intendere e di volere

<u>Abuso di alcol e sostanze stupefacenti</u>
È questo un altro punto che si discosta dalla realtà naturalistica (o comune) all'interno del codice penale in favore della scelta pedagogica e di politica criminale.

- **Art. 91**. Ubriachezza derivata da caso fortuito o da forza maggiore
  - Per esempio: sostanza sciolta nel bicchiere. Ciò comporta non imputabilità.
- **Art. 92**. Ubriachezza volontaria o colposa ovvero preordinata. L'ubriachezza non derivata da caso fortuito o da forza maggiore non esclude né diminuisce l'imputabilità.
  - *Actio libera in causa*; eri libero di scegliere se bere o no e quindi hai deciso)
- **Art. 93**. Fatto commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti.
  - Le disposizioni dei due articoli precedenti si applicano anche quando il fatto è stato commesso sotto l'azione di sostanze stupefacenti.
- **Art. 94**. Ubriachezza abituale.
- **Art. 95**. Cronica intossicazione da alcool o da sostanze stupefacenti. Per i fatti commessi in stato di cronica intossicazione prodotta da alcool ovvero da sostanze stupefacenti, si applicano le disposizioni contenute negli articoli 88 e 89.
  - Perché è una malattia ormai: se non si beve si hanno sintomi di astinenza.

Queste persone dove si mettono (cioè quelle non imputabili)? Se è incapace o infermo, e socialmente pericoloso può essere messo nelle REMS (residenze per l'esecuzione misure di sicurezza) o avere l'obbligo di recarsi periodicamente in un centro psichiatrico. Gli ospedali psichiatrici giudiziari non esistono più.

Archeologia giuridica

Art. 96. Sordomutismo. Non è imputabile il sordomuto che, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva, per causa della sua infermità, la capacità di intendere o di volere.

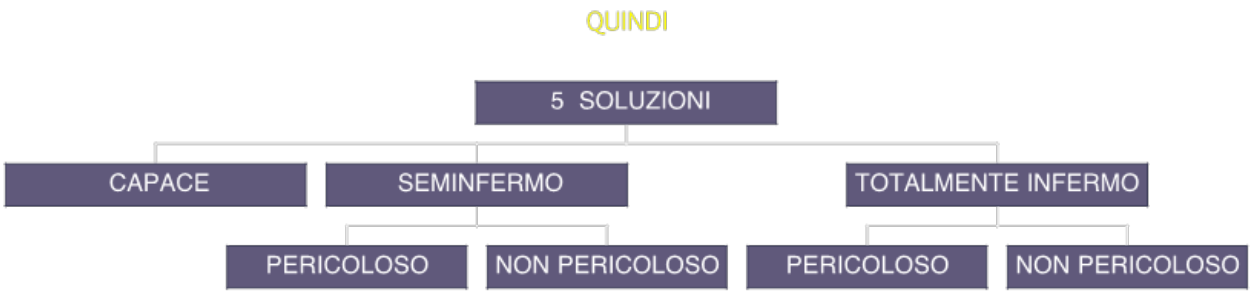
Minore età

Art. 97. Minore degli anni quattordici. Non è imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, non aveva compiuto i quattordici anni.

Art. 98. Minore degli anni diciotto. È imputabile chi, nel momento in cui ha commesso il fatto, aveva compiuto i quattordici anni, ma non ancora i diciotto, se aveva la capacità di intendere e di volere; ma la pena è diminuita.

La pericolosità sociale

Art. 203 - Agli effetti della legge penale, è socialmente pericolosa la persona, anche se non imputabile o non punibile, la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente [reati], quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati".



I periti, oltre a dichiarare un individuo capace, seminfermo o totalmente infermo, ne indicano anche la pericolosità (se non capace).

4. Il rapporto di causalità, 8-03-2018 [Genovese]

Tutto intorno a noi ha una motivazione, infatti ci chiediamo sempre il perché delle cose. Nel cercare di dare delle motivazioni ricadiamo in un discorso legato al concetto di causa. Per quanto riguarda gli aspetti causali ci si muove in vari ambiti, nella vita così come nella medicina legale.
La gestione del rischio clinico è la prevenzione dell'errore, e nell'analisi degli errori si fa riferimento alle cause profonde.

Esempio
Al PS di un ospedale ad indirizzo ortopedico giunge un uomo di 40 anni con forte dolore in sede lombare. L'ortopedico raccoglie l'anamnesi: il paziente racconta che abita appena fuori Milano e che il dolore gli è comparso mentre stava tagliando la legna per fare una pizzata la sera stessa per il figlio ed i suoi amici.
Per prima cosa fa l'esame obiettivo: tocca la muscolatura lombare perché potrebbe esserci una contrattura antalgica, che è un segno che conferma il sintomo del dolore.
Un trauma è un atto violento e rapido che perturba il sistema fisiologico di un organismo. In questo caso ci potrebbe essere un trauma, che non è per forza un trauma estrinseco, ma può essere anche "intrinseco" come uno strappo muscolare o una lesione tendinea in cui non c'è una collisione tra due corpi, ma ci sono dei movimenti, talvolta anche banali (infatti se le strutture in oggetto sono degenerate possono rompersi o lesionarsi).
Successivamente l'ortopedico valuta con il segno di Lasegue la presenza di una sofferenza sciatalgica e riscontra un dubbio Lasegue bilaterale a 60 gradi. Questo può essere dubbio in quanto può avere male o perché c'è un'irradiazione nervosa dolorosa oppure perché, per esempio, può avere delle gambe atrofizzate da camionista, ma comunque il medico arriva a dire che non c'è un interessamento del sistema nervoso periferico.
Successivamente fa fare un Rx che evidenzia a livello di L1-L2 dei piccoli becchi osteofitosici e un leggero svasamento del piatto vertebrale. Questa radiografia fa pensare ad un'artrosi della colonna, che rappresenta un segno indiretto della presenza di una probabile discopatia.
A questo punto l'ortopedico somministra al paziente muscoril+voltaren intramuscolo.
In ogni caso aspetta di vedere se ha ancora dolore o meno. Se gli passa il dolore, gli prescrive una RMN e una terapia farmacologica antidolorifica di mantenimento e lo manda a casa.
In seguito a ciò possiamo avere diversi scenari:

- il paziente muore salendo in macchina (caso A);
- muore 4 ore dopo sulla poltrona mentre guarda la TV (caso B);
- muore a casa a distanza di 8/10 ore (caso C)

Fanno l'autopsia e scoprono che la causa del decesso è stata la rottura di un aneurisma aortico.
Ora cerchiamo di affrontare l'aspetto causale ed il caso nello specifico dal punto di vista medico-legale (ma anche sociale). Cominciamo a capire se il comportamento dell'ortopedico sia stato corretto o meno. Il medico ha fatto qualcosa di criticabile? Il giudice si aspetta da colui che sta dando un giudizio su qualcuno che può essere accusato o meno di omicidio non una risposta del tipo "io avrei fatto", ma "la letteratura scientifica dice che, le linee guida dicono che" e poi come elemento finale ci può essere il dato tuo esperienziale, però prima di tutto ci deve essere una motivazione di carattere scientifico.
Bisogna approcciare il caso con una visione storico-circostanziata del momento, calandoci nel contesto proprio di quel momento (l'approccio storico-circostanziale è fondamentale non solo per il medico legale, ma anche per il clinico).
In questo caso si è assistito alla deviazione legata all'ambiente ed alla specializzazione (il paziente si è recato al pronto soccorso di un ospedale ortopedico): il caso viene approcciato in un modo

peculiare da ogni specialista. Per inciso, rimanendo in ambito ortopedico, ci sono alcuni medici che usano un approccio conservativo, altri che ne utilizzano uno più interventistico, altri ancora che usano per alcuni tipi di fratture le placche, mentre altri mezzi di sintesi di tipo Kirschner: a seconda del bagaglio culturale il medico specialista può essere deviato nella sua scelta.
L'approccio del nostro ortopedico è stato sbagliato: il medico ha *subito* un'anamnesi, cioè ha fatto solo un'anamnesi patologica prossima, centrata sul motivo dell'accesso in PS, non ha *fatto* un'anamnesi completa vera e propria.
In PS bisogna fare la diagnosi differenziale: le cause più frequenti di morte in un 40enne sono le patologie CV - in questo caso poteva avere effettivamente una discopatia, ma bisogna sempre pensare ad altre cause che potrebbero mettere in pericolo di vita il paziente. Bisognerebbe anche misurare i parametri vitali, e fare un ECG per esempio (viene refertato automaticamente, ma in caso si può chiamare anche a consulenza il cardiologo). Nell'anamnesi questo paziente avrebbe potuto dire che è iperteso, oppure che il padre è morto di una cardiopatia (è importante l'anamnesi familiare).
Nel fare quella radiografia si vedeva che c'era un'alterazione del profilo dell'aorta, ma il nostro medico ha guardato solamente a livello vertebrale la discopatia.
Inoltre, avrebbe potuto mettere il fonendo sull'addome per sentire dei soffi.
La cosa grave in questo caso, l'errore fatto dall'ortopedico, è stato limitarsi alla propria visione settoriale della medicina.
La moglie di questo paziente va dal magistrato e accusa l'ortopedico di essere un assassino. In questo caso abbiamo due aspetti: riconoscere la colpa di qualcuno e capirne la conseguenza. Quindi si hanno in mente due cose: cosa ha fatto il medico e quello che è in discussione, cioè l'omicidio, la morte di questa persona. Quello che collega questi due aspetti è la <u>correlazione causale</u>.
Per esempio, se io passo con il semaforo rosso, mi si possono presentare diversi scenari:

- passo con il rosso ed investo una persona uccidendola;
- passo con il rosso e non uccido nessuno, quindi non posso essere accusato di omicidio;
- passo con il rosso e a terra c'è già una persona morta, non sono stato io ad ucciderla

Anche nel caso del nostro paziente sono stati visti tre scenari. C'è una correlazione causale, cioè il comportamento del medico ha determinato la morte del paziente, oppure la morte si si sarebbe ugualmente verificata?
Possiamo avere diversi casi: nel caso A visto sopra il paziente saluta il medico e quando sale in macchina muore per rottura di un aneurisma aortico. Il comportamento errato dell'ortopedico è evidente, ma facendo un ragionamento controfattuale, cioè se avesse fatto le cose giuste cosa sarebbe successo? L'ortopedico fa tutto quello che c'era da fare e chiama il cardiologo; se siamo al Pini, non c'è il reparto di cardiochirurgia e quindi va trasferito in un ospedale dove possano operarlo, quindi, per esempio, chiama il Niguarda. Se fosse stato operato sarebbero passate almeno 4 ore, ma se fosse morto dopo 2 ore (caso 1) sarebbe morto uguale, quindi l'ortopedico non avrebbe risposto di omicidio colposo.
Invece, se (caso C) muore dopo 10 ore (gli interventi per rottura di un aneurisma hanno una percentuale di successo che peggiora con il passare del tempo dalla loro fissurazione, riducendo le chance di sopravvivenza), il medico risponde di omicidio colposo (se dopo 3/4 ore lo avessero operato, ci sarebbero state ottime chance di salvarlo).
Se muore dopo 4/5 ore (caso 2), rientriamo nel discorso penale e civile: il penale deve avere la certezza, cioè una probabilità prossima alla certezza, mentre il <u>civile</u> è il concetto del "<u>più probabile che non</u>". È molto probabile che in ambito penale il medico non risponda di omicidio colposo perché non si riesce a costruire la certezza che un comportamento alternativo avrebbe permesso a quest'uomo di sopravvivere sicuramente dopo 4/5 ore, e per il caso C, in cui è passato

molto tempo, ce la si gioca con le percentuali. Stiamo parlando di chance di sopravvivenza, quindi a rigore nei casi caso B e C nel penale si riesce ad uscirne fuori illesi, mentre invece in ambito civilistico si paga in tutti e 3 i casi sopra citati.
Sempre in ambito civilistico se noi rubiamo delle chance al paziente dobbiamo corrispondere qualcosa economicamente, per cui, oltre a rispondere di una correlazione causale "è più probabile che non", cioè era più probabile che si salvasse, e allora si paga l'omicidio, in questo momento da un punto di vista anche giuridico si fa riferimento a quantificare economicamente anche la perdita di chance che noi abbiamo determinato in quel soggetto.
"più probabile che non"? è qualcosa che ha la probabilità di avvenire in più del 50% delle volte. Se c'è una colpa e non siamo arrivati a determinare un aspetto causale di più del 50%, ma abbiamo perdere il 20% di chance di sopravvivenza, è giusto che paghiamo questa perdita. Allora, in termini pratici, se in caso di correlazione causale piena si paga il morto 100000 euro, se gli abbiamo rubato il 20% di chance paghiamo 20000 euro.

Anche se vi chiamano a consulenza, non potete esimervi di essere dei medici: vi viene chiesto di essere specialisti, ma l'essere specialisti non cancella l'idea di essere dei medici, e questo è l'aspetto fondamentale.
L'aspetto anamnestico è quello che pesa di più in ambito di giudizio, perché non si può non scrivere niente; nella valutazione della responsabilità professionale tutto quello che non compare è aspetto probatorio a favore del paziente, cioè quello che non c'è scritto non è stato fatto. Tutto quello che è scritto è quello che si è fatto: è come avere una realtà non virtuale, ma una realtà "verbale", in cui poi a distanza di tempo evidentemente sia il medico legale sia il giudice si trovano il paziente che dice una cosa ed il medico che ne sostiene un'altra. L'unico aspetto probatorio vero è la cartella clinica con il certificato.
Spesso siamo chiamati a ricordare fatti accaduti diversi anni fa, ed è molto più facile che il paziente ricordi piuttosto che il medico. Se nel nostro caso in esame, il medico fa tutto correttamente, ma non diagnostica l'aneurisma dell'aorta addominale per scarsa esperienza professionale, lui comunque ha fatto il suo dovere. Magari non sente il soffio, però l'ECG è abbastanza esplicativo, quindi sarebbe un po' difficile escludere quel tipo di diagnosi.
Invece, scrivere il falso in un atto pubblico come la cartella è un reato con una pena maggiore dell'omicidio colposo. La cartella clinica è un atto di fede privilegiata, che significa che fa fede fino a dimostrazione del falso (cioè se sta scritto nella cartella bisogna dimostrare che è falso).
In un momento al di fuori del contenzioso, al di fuori della morte di un paziente, è strano che qualcuno abbia scritto qualcosa in difesa perché prevedeva che sarebbe stato messo a giudizio ed incolpato, quindi è difficile pensare che uno sul verbale di pronto soccorso scriva di aver fatto l'esame obiettivo quando non lo ha fatto, perché non c'è motivo che lo scriva, non può prevedere che il paziente muoia per rottura di un aneurisma.
Quando la morte di una persona succede ad una mancata azione l'accusa è quella di omicidio: vi sono in questo caso aspetti di carattere commissivo o omissivo. È più facile individuare l'errore commissivo (per esempio lesione di un'arteria durante un intervento), mentre invece in ambito omissivo ci si muove in una situazione in cui bisogna fare il ragionamento citato prima, cioè valutare cosa sarebbe successo nel caso in cui fosse stata compiuta l'azione omessa.

Invece, per quanto riguardo uno specializzando, questi non viene trattato al pari di uno strutturato: infatti esiste la responsabilità professionale dello specializzando, e non a caso prima abbiamo detto che, al di là di essere uno specialista, si è prima un medico. Lo specializzando ha un'attività che deve essere caratterizzata dal tutoraggio, e quindi si presume che ci sia qualcuno che vegli sul suo operato.

Quindi tornando al nostro esempio iniziale, se fosse morto appena uscito dall'ospedale rimaneva l'errore dell'ortopedico, ma non vi era una correlazione causale con la morte, la qualche si sarebbe ugualmente verificata, indipendentemente dall'azione omissiva, e di conseguenza il nostro medico non avrebbe risposto di omicidio colposo. Quindi non avrebbe risposto di nulla, perché mancavano il reato (omicidio) ed il danno - infatti civilisticamente non ha commesso un danno perché il paziente sarebbe morto ugualmente.
Ci potrebbe essere una terza via, che al momento non è gettonata che è quella invece della censura deontologica o amministrativa: vale a dire da un punto di vista deontologico dovrebbe essere l'ordine dei medici che ritiene che il medico abbia sbagliato, nonostante non abbia commesso un omicidio. Un po' come l'esempio del semaforo rosso: se passo con il rosso e ammazzo una persona sono accusato di omicidio, mentre se invece passo con il rosso, ma non investo nessuno non vengo accusato, ma mi danno comunque una sanzione. In realtà qualcosa di simile esiste da noi ed è rappresentato appunto dall'attività dell'ordine dei medici, ma ora è ben lungi da agire in tal senso.

Dalle slides

La **medicina legale** è la disciplina che studia la persona umana nei suoi rapporti con il diritto: comprende la medicina giuridica e la medicina forense.

- La *medicina giuridica* studia i fenomeni biologici di interesse medico, allo scopo di contribuire alla evoluzione del diritto.
    - Dal vecchio INAIL (DPR n° 1124 del 30/06/1965) al nuovo INAIL (DL 38/2000)
    - Quantificazione % del danno biologico permanente: DM 11/09/03 e tabella di legge in corso di elaborazione per la invalidità permanente da 10 a 100
    - Accertamento della morte nella legge sui trapianti d'organo
    - Idoneità all'attività sportiva agonistica
    - Procreazione medicalmente assistita (L. n°40 del 12/02/04) e relative procedure tecniche (DM 21/07/04)
- La *medicina forense* studia i problemi pratici che quotidianamente scaturiscono nell'applicazione delle leggi vigenti.

Medicina forense

Art. 62 C.D.M. (codice di deontologia medica) del 16.12.2006: "L'esercizio dell'attività medico legale è fondato sulla correttezza morale e sulla consapevolezza delle responsabilità etico-giuridiche e deontologiche che ne derivano e deve rifuggire da indebite suggestioni di ordine extratecnico e da ogni sorta di influenza e condizionamento.
L'accettazione di un incarico deve essere subordinata alla sussistenza di un'adeguata competenza medico-legale e scientifica in modo da soddisfare le esigenze giuridiche attinenti al caso in esame, nel rispetto dei diritti della persona e delle norme del Codice di Deontologia Medica e preferibilmente supportata dalla relativa iscrizione allo specifico albo professionale.
In casi di particolare complessità clinica ed in ambito di responsabilità professionale, è doveroso che il medico legale richieda l'associazione con un collega di comprovata esperienza e competenza nella disciplina coinvolta.
Fermi restando gli obblighi di legge, il medico curante non può svolgere funzioni medico-legali di ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza o di cura e nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro dipendente con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria.

La consulenza di parte deve tendere unicamente a interpretare le evidenze scientifiche disponibili pur nell'ottica dei patrocinati nel rispetto della oggettività e della dialettica scientifica nonché della prudenza nella valutazione relativa alla condotta dei soggetti coinvolti.
L'espletamento di prestazioni medico-legali non conformi alle disposizioni di cui ai commi precedenti costituisce, oltre che illecito sanzionato da norme di legge, una condotta lesiva del decoro professionale."
Sentenza Cass. Pen. , Sez. I, 10/05/1973: "La funzione del Medico Legale è non solo quella di osservare, descrivere e diagnosticare, in campo traumatologico, la natura, la sede, la forma assunta dagli effetti dei traumi sulla persona dell'offeso, ma pure di determinare le conseguenze, le cause e la gravità di essi: tutto ciò, però, sempre in relazione alle varie esigenze concrete dell'autorità giudiziaria che possono essere, di caso in caso, di carattere penale, civile o infortunistico".

Metodologia clinica e medicina legale

- L'esigenza del rigore delle prove in Medicina Legale
- Il lessico in clinica ed in Medicina Legale
- Possibilità, probabilità e certezza

"Se "nella scienza non vi sono certezze", se le leggi della scienza sono null'altro che delle ipotesi, la cui verità o falsità è una questione destinata a rimanere sempre aperta, se la scienza procede per tentativi ed errori, se i suoi paradigmi, i suoi programmi di ricerca, le opinioni diffuse nella comunità scientifica sono sempre "provvisori" e sempre superati da altri paradigmi, da altri programmi di ricerca, da altre opinioni della comunità scientifica, se la storia della scienza è la storia di ipotesi in un primo momento apparentemente confermate e in un secondo momento falsificate, diventa cruciale la domanda: nell'ambito del diritto penale della causalità del danno (diritto penale classico), il giudice può ritenere affidabili, "al di là del ragionevole dubbio", le ipotesi scientifiche prospettate dagli esperti dell'accusa?"(Federico Stella, "Giustizia e Modernità")
Ma può la scienz medica, attraverso i consulti medico-legali, arrogarsi il diritto di decidere per condanne o assoluzioni su questi presupposti? Ogni imputato deve godere della presunzione di innocenza, e spetta all'accusa provarne la colpevolezza al di là di ogni ragionevole dubbio. Qualsiasi paese democratico ritiene più accettabile avere un colpevole in libertà per assenza di prove che non un innocente condannato.
Si spiega dunque il diverso approccio del medico e del giudice al problema della causa. Il medico "… non può aspettare il meriggio… ha davanti a sé il paziente e spesso deve decidere subito. Il giudice deve aspettare il meriggio e ponderare per verificare se le ipotesi sono confermate." (Federico Stella, "Giustizia e Modernità")

Nesso di causa

"La ragione per cui la fisica ha smesso di ricercare le cause è che, di fatto, non esistono cose con questo nome." Bertrand Russel (Mysticism and logic, 1969)
Ma il valore di un concetto come quello di causa dipende in larga misura dalla sua utilità e dal ruolo che esso può svolgere in un certo campo di indagine: "è erroneo sostenere che questa nozione, per essere priva di utilità in certe zone della scienza, non possa avere un ruolo legittimo in altre sezioni dello studio scientifico." E. Nagel (The structure of science, 1961)

Alla base dello studio della causa

- **Art. 40 codice penale** (rapporto di causalità): Nessuno può essere 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.

- **Art. 2043 codice civile** (risarcimento per fatto illecito): Qualunque fatto doloso, o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno.

Il rigore della prova nel processo esige il rispetto della teoria della "conditio sine qua non", la sola che risponda ai dettami dell'art. 40 del c.p.

Teoria condizionalistica

Per sapere se una condotta umana è condizione contingentemente necessaria occorre chiedersi se, senza di essa, l'evento si sarebbe o non si sarebbe verificato ugualmente: occorre cioè anche un giudizio controfattuale.

Secondo la pretura di Padova "l'antecedente può essere configurato come condizione necessaria solo a patto che esso rientri nel novero di quegli antecedenti che, sulla base di una successione regolare, conforme ad una legge dotata di validità scientifica, la c.d. legge generale di copertura, portano ad eventi del tipo di quello verificatosi in concreto. Le leggi generali di copertura utilizzabili dal giudice (…) sono sia le leggi universali (secondo le quali la verificazione di un evento è invariabilmente accompagnata dalla verificazione di un altro evento), sia le leggi statistiche (che si limitano ad affermare che il verificarsi di un evento è accompagnato dal verificarsi di un altro evento soltanto in una certa percentuale di casi). Tutto ciò significa, in conclusione, che il giudice, avvalendosi del modello di sussunzione sotto leggi statistiche - ove non disponga di leggi universali - dirà che è probabile che la condotta dell'agente costituisca, coeteris paribus, una condizione necessaria dell'evento, probabilità che altro non significa se non probabilità logica o credibilità razionale, probabilità che deve essere di alto grado nel senso che il giudice dovrà accertare che senza il comportamento dell'agente l'evento non si sarebbe verificato con alto grado di probabilità".

Corte di cassazione

Le leggi scientifiche di copertura "sono sia le leggi universali, che sono in grado di affermare che la verificazione di un evento è invariabilmente accompagnata dalla verificazione di un altro evento, sia le leggi statistiche, che si limitano invece ad affermare che il verificarsi di un evento è accompagnato dal verificarsi di un altro evento soltanto in una certa percentuale di casi"; e le leggi statistiche "sono tanto più dotate di validità scientifica quanto più possono trovare applicazione in un numero sufficientemente alto di casi e ricevere conferma mediante il ricorso a metodi di prova razionali e controllabili".

Causa

Condizione contingentemente necessaria a produrre quell'evento nel rispetto di una legge scientifica di copertura e nel rispetto di verifica controfattuale.

Vi sono due nessi di causa. Il nesso di **causalità materiale** (competenza del medico) valuta il rapporto di causa-effetto fra gli elementi materiali del reato (cioè oggettivi).

- azione (omissione)
- evento dannoso

Il nesso di causalità psichica è invece competenza del magistrato. Verificato il nesso di causalità materiale il magistrato valuta gli elementi psicologici del reato (art.43 c.p.) cioè quelli soggettivi propri dell'agente:

- **Il dolo**
- **La preterintenzionalità**
- **La colpa**

Causalità materiale e causalità giuridica
Si parla di causalità giuridica ogni volta che l'interprete, muovendo dalla normativa o dalla giurisprudenza, prenda in considerazione un nesso di causalità materiale e lo qualifichi giuridicamente, facendone discendere appunto conseguenze giuridiche. Si tratta cioè di attribuire una veste giuridica al nesso causale.

Concorso di cause e concause
Art. 41 c.p. (concorso di cause): " … il concorso di cause non esclude il rapporto di causalità fra azione/omissione ed evento. Le cause sopravvenute escludono il rapporto di causalità quando sono state da sole sufficienti a determinare l'evento …"
Una concausa è da considerare tale anche se piccolissima

- Es. IMA allo stadio
- Es. lesione traumatica meniscale → bulimia → grande obesità

<u>Esempi sul nesso di causa</u>
Esempio 1
Incidente stradale: un'auto non frena in tempo ad uno stop. Qual è la causa dell'incidente?

- Comitato civico: stop mal segnalato (responsabilità del Comune)
- Polizia stradale: fondo stradale bagnato
- Ingegnere automobilistico: sistema frenante auto mal progettato
- Meccanico-gommista: battistrada usurato
- Psicologo: guidatore alterato per lite con la moglie
- Medico: attenzione e critica ridotte per alcoolemia superiore a 0,5 g/l

Esempio 2

Qual è la causa della polmonite?

- Epidemiologo: stato anteriore del soggetto, stagione fredda
- Infettivologo: microrganismo patogeno (agente eziologico)
- Medico legale: l'altrui fatto illecito (se vi è responsabilità di terzi nella esposizione al freddo del soggetto passivo)

Ciò che orienta l'attribuzione causale di un evento ad un determinato antecedente è esclusivamente il punto di vista o l'interesse che guida il ricercatore.
Il giudice penale è chiamato a stabilire se l'evento lesivo possa essere considerato *opera dell'uomo*, un accadimento di cui l'uomo possa essere ritenuto penalmente responsabile.

Di qui la necessità del ricorso a un *criterio di imputazione* che consenta di attribuire all'agire umano la conseguenza del penalmente rilevante. Il *rapporto di causalità* (art 40 c.p.) rende possibile l'imputazione dell'evento dannoso alla condotta del responsabile.

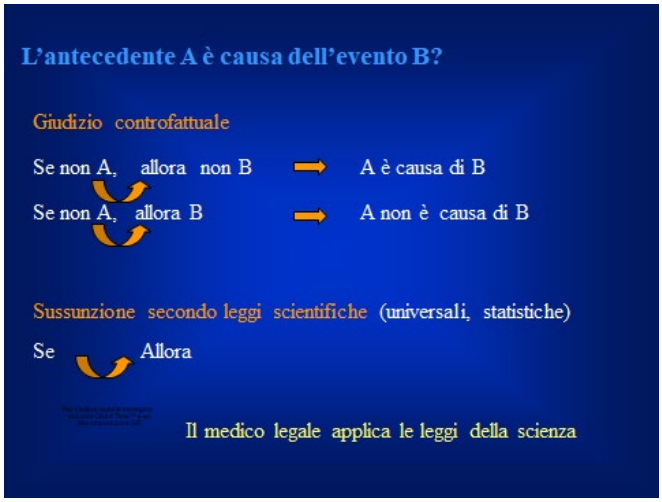
Esempio 3

Riguardo all'art. 40 del codice penale, occorre notare che non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo.

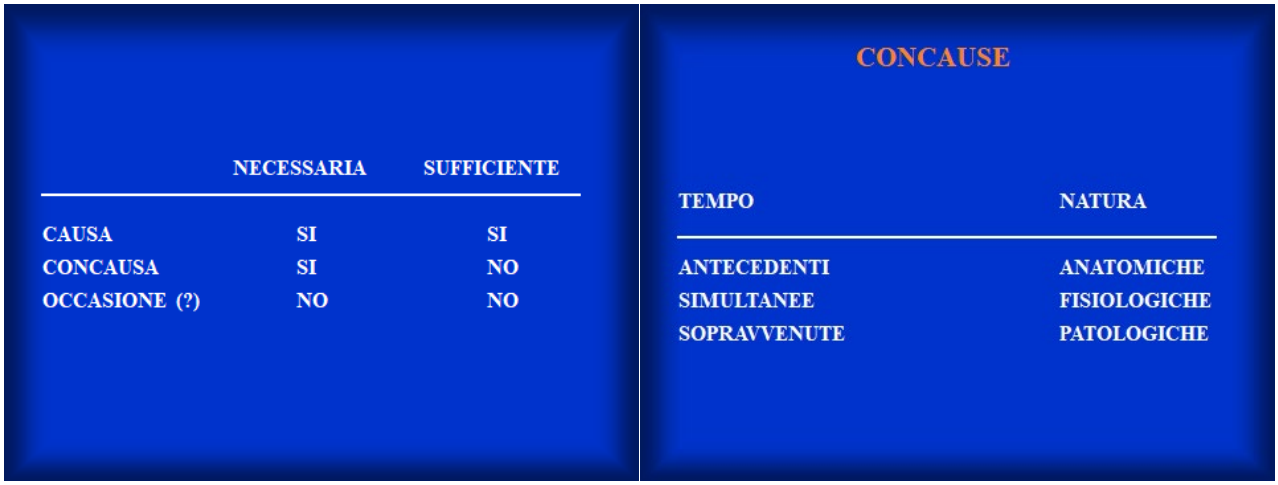
Nozione di causa penalmente rilevante

"Una causa è un oggetto seguito da un altro … dove, se il primo non ci fosse stato, il secondo non sarebbe mai esistito." David Hume

Necessità dei giudizi controfattuali: si pensa assente (contro i fatti) una determinata condizione e ci si chiede se, nella situazione così mutata, sarebbe "stata da aspettarsi", oppure no, la medesima conseguenza. Se la risposta è no, allora la condizione è causa cui deve essere imputata quella conseguenza concreta.



Riguardo invece l'art. 41 c.p., 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 sè 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.



Il caso dell'incendio dell'ospedale
Tizio investe Caio e gli cagiona la frattura del femore. Caio è ricoverato in ospedale; l'ospedale va a fuoco e Caio muore per l'incendio
La morte di Caio è stata causata da Tizio? o anche *la morte di Caio può essere imputata a Tizio?*

Teorie della causalità
Teoria dell'equivalenza o condizionalistica: il comportamento dell'agente è "condicio sine qua non".

Correttivi
Teoria della causalità adeguata: il comportamento dell'agente è condizione necessaria ed inoltre al momento dell'azione l'evento si configura come atteso in base alle circostanze di fatto conoscibili ex ante da un uomo avveduto.
Teoria della causalità umana: il risultato non deve essere dovuto al concorso di fatti eccezionali.

Il concetto di occasione

- Di entità esigua rispetto all'effetto
- Sostituibile
- Ultima degli antecedenti
- Equiparabile agli atti ordinari della vita
- Due significati possibili
  1 - Momento liberatore ("ultima goccia") = causa
  2 - Momento rivelatore = non causa

5. Assicurazioni sociali, 13-03-18 [Brandino]

Le assicurazioni sociali sono un argomento che conosciamo almeno per sentito dire, perché comprendono l'INAIL e l'INPS; anche se non destano particolare interesse, trattarle è importante perché ci riguardano e ci riguarderanno come medici. Quasi tutti, infatti, rientreremo nel circuito dell'INAIL, in quanto saremo alle dipendenze di una struttura sanitaria; solo pochi lavoreranno come liberi professionisti puri. Saremo quindi coperti dall'assicurazione dell'INAIL, che è un'assicurazione generale che tutela tutti i lavoratori. Oggi ci occuperemo di INAIL, INPS e invalidità civile: di solito un paio di domande su questi argomenti all'esame ci sono sempre.
Cos'è un'assicurazione? Prendiamo come esempio l'assicurazione della macchina: quella somma di denaro che si paga si chiama premio, e a fronte di quel premio l'assicurazione ci copre da alcuni rischi. Nel caso dell'automobile, il rischio è sostanzialmente quello di fare incidenti, quindi ledere persone o cose. In generale quindi, l'assicurazione è un sistema che funziona per il fatto che una persona pagando un premio, viene coperta per dei rischi, e se questi si verificano sarà l'assicurazione a ripagare i danneggiati.
Le assicurazioni sociali si differenziano in quanto cercano di tutelare cose diverse.
Partiamo dal presupposto che la nostra è una Repubblica fondata sul lavoro, e il lavoro è un elemento essenziale nella nostra società da diversi secoli. Le assicurazioni sociali hanno una storia antica, ed originano dalle società di *Mutuo Soccorso*, nate all'interno di categorie di lavoratori, per garantire alcuni rischi, quali l'invalidità al lavoro (per accidente o malattia) o l'impossibilità a lavorare per sopraggiunta vecchiaia (attualmente chiamata pensione); garantiva anche aiuti a vedove ed orfani e le spese funerarie (sec. XIX). Questo succedeva un po' in tutta Europa (in Austria nel 1884 e il Germania nel 1887 prime legislazioni statali in tema di previdenza sociale, in Italia dal 1898 con adattamenti successivi). In Italia, il testo che regola l'assicurazione sugli infortuni sul lavoro è il '*Testo Unico delle disposizioni per l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali*' del 1965 (dpr 30.6.1965, n. 1124). Ovviamente anche prima c'era qualcosa, ma oggi si fa riferimento a questo testo.
Secondo quanto afferma il TU, le assicurazioni sociali, compresa anche l'INPS, hanno 4 caratteri generali (da conoscere bene, perché potrebbe essere una domanda d'esame); sono:

- **Obbligatorie**: i lavoratori, in quanto tali, hanno questa assicurazione, e non possono decidere se averla o meno, a prescindere che venga pagato il premio o meno. Il pagamento del premio spetta al datore di lavoro e non al lavoratore. Per i medici in realtà c'è un ente previdenziale a parte che è l'ENPAM.
- **Collettive**: cioè non riguardano il singolo lavoratore, ma tutti i lavoratori di quell'azienda (o struttura ospedaliera).
- **Automatiche**: anche se il datore non paga il premio, il lavoratore è comunque coperto. Ciò deriva dall'ultimo carattere delle assicurazioni sociali, ossia dal fatto che si tratta di un intervento statale.
- **Finalità previdenziale con intervento statale diretto**.

Le assicurazioni sociali per eccellenza in Italia sono INAIL e INPS:

- INAIL (Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro) è quell'ente che tutela il danno da lavoro, cioè il danno dovuto a infortuni o malattie dovute al lavoro, ai lavoratori.
- INPS (Istituto Nazionale Previdenza Sociale) tutela l'invalidità e la vecchiaia (cioè la pensione).

INAIL
L'INAIL assicura:

- "Coloro che in modo permanente o avventizio prestano alle dipendenze e sotto la direzione altrui opera manuale retribuita; gli artigiani; gli apprendisti; gli insegnanti e gli alunni che attendano ad esercitazioni pratiche; i lavoratori addetti ai servizi domestici e familiari"
- "Agricoltori (lavoratori fissi o avventizi addetti ad aziende agricole o forestali; proprietari, mezzadri, affittuari che prestano opera manuale abituale nelle rispettive aziende)."

Ossia assicura tutti i lavoratori, sia nel mondo industriale che agricolo; ovviamente questi devono prestare la propria opera alle dipendenze del datore di lavoro che li retribuisce in modo lecito.
Ciò vuol dire che i liberi professionisti non sono coperti dall'INAIL: ad esempio i Chirurghi plastici o i medici di Medicina Legale non vengono tutelati dall'INAIL in quanto non c'è solitamente un datore di lavoro fisso, a differenza dei medici che lavorano in strutture ospedaliere, dove è la stessa struttura sanitaria a pagare il premio.
Anche adesso, come studenti, dovremmo essere tutelati dall'INAIL, in caso di infortunio ad esempio durante l'attività di tirocinio. In questo caso, è sempre opportuno recarsi in Pronto Soccorso, anche perché, per fini assicurativi, è conveniente avere qualcosa di scritto che afferma che ci siamo fatti male mentre stavamo lavorando.
L'INAIL copre gli infortuni e le malattie. L'**infortunio** è un *evento derivante da **causa violenta** e **fortuita** in occasione di lavoro dal quale consegua **morte**, **invalidità permanente** (parziale o totale), **inabilità temporanea assoluta** (> 3 giorni).*
Nella definizione ci concentriamo su alcuni termini:

- Causa violenta, ossia concentrata cronologicamente;

    - Violenza: concentrazione cronologica dell'azione lesiva, che non necessariamente deve essere istantanea (ma quasi). Convenzionalmente, si intende violenta la causa che agisce *entro un turno lavorativo*. In caso contrario, si ha **malattia**.
        - Esempio: un lavoratore che lavora in miniera è esposto ad una serie di polveri, e ad ogni turno lavorativo viene perciò esposto ad un certo quantitativo di polvere fino a sviluppare una malattia, estrinsecatasi perciò in più turni lavorativi (es. silicosi).
        - Un altro esempio è quello degli infermieri e della movimentazione dei carichi che può associarsi allo sviluppo di ernia lombare: è possibile che ci sia un evento scatenante, ma è il contesto globale che più probabilmente determina la patologia.
    - Secondo la legge, *le **concause** (preesistenti o sopravvenute) non escludono l'indennizzabilità del fatto, sempre che l'azione violenta abbia un effettivo ruolo patogenetico*.
        - Esempio: caduta in un soggetto osteoporotico (l'osteoporosi è quindi in questo caso una concausa di frattura). Tuttavia, anche se ci sono delle concause al verificarsi dell'infortunio, l'INAIL deve comunque risarcire il lavoratore, sempre che l'azione violenta abbia un effettivo ruolo patogenetico, ossia nel caso ci sia stata effettivamente la caduta.
- Fortuita, ossia non prevista altrimenti si parlerebbe di dolo;
- In occasione di lavoro, da intendersi in senso un po' più esteso, cioè anche mentre stiamo andando a/tornando dal lavoro.
    - **Occasione di lavoro**: *non si identifica con un rischio specifico per un certo tipo di attività, ma si espande a tutte le situazioni (anche se generiche) a cui il soggetto è esposto per il fatto che sta lavorando.*
        - Esempio: caduta per essere inciampato su un gradino, in azienda.
        - Prima si diceva che per essere coperto dall'INAIL, il lavoratore dovesse recarsi al lavoro con i mezzi pubblici; grazie a sentenze successive non è più così, a patto che il percorso sia veramente quello per andare al lavoro, senza deviazioni per altre attività. Per esempio: se durante il tragitto per andare al lavoro, il lavoratore passa ad accompagnare il figlio a scuola e si fa male in questa occasione, non può chiedere il risarcimento dell'infortunio all'INAIL.

Classicamente il **rischio** si suddivide in tre categorie:

- *Rischio generico*: esposizione generalizzata, rischio che abbiamo tutti, sia nel caso in cui lavoriamo sia che non lavoriamo. Esempio: l'insolazione è un rischio generico.
- *Rischio generico aggravato*: maggiore esposizione per taluni lavoratori, ossia rischio generico ma che aumenta per alcuni lavoratori. Esempio: se lavoriamo sui tetti, abbiamo un maggior rischio di insolazione, anche se questo è un rischio generico.
- *Rischio specifico*: esclusivo di una mansione lavorativa. Esempio: rischio di tagliarsi una mano in chi lavora con le seghe circolari.

L'INAIL copre sia per il rischio generico aggravato che per quello specifico, non per quello generico.

Finora abbiamo parlato di **indennizzo**: a fronte di un danno, verrà corrisposta una cifra per il grado di menomazione associato indipendentemente da chi sia la vittima del danno. Questo si distingue dal **risarcimento**, che dal latino 'risarcire' significa portare allo stato anteriore: in questo caso verrà corrisposta una cifra dedicata a quello specifico soggetto (esempio: una certa quota di denaro per un infortunio alla mano, specifica per il fatto che sono un tennista). Con l'INAIL, anche per una questione di semplicità, si parla di indennizzo.

Quali danni copre l'INAIL?

- **Morte**
- **Invalidità permanente**, ovvero la riduzione permanente della capacità al lavoro. Questo però non implica la impossibilità a lavorare. Esempio: un chirurgo che si fa male ad una mano compromettendo la sua piena funzionalità, avrà una invalidità permanente, di una certa percentuale, che riduce la capacità di svolgere il suo lavoro, per questo l'INAIL gli pagherà una certa somma di denaro. Tuttavia egli potrà lavorare ancora.

  L'invalidità, valutata da un Medico Legale, può essere:
    - **assoluta**: perdita definitiva e completa dell'attitudine al lavoro
    - **parziale**: perdita parziale, ma essenziale, dell'attitudine al lavoro

  per entrambe, la perdita deve essere permanente e riferita alla capacità generica: ossia a una generica persona che con una certa menomazione non riesce più a lavorare (assoluta), oppure ad una generica persona che, con una data menomazione, ha una capacità di lavoro ridotta, ad esempio, del 20% (parziale). La valutazione da parte del Medico Legale segue delle tabelle che indicano che quella menomazione (es. perdita di una mano) corrisponde ad una certa percentuale della perdita della capacità di lavorare, quindi ad una certa somma di denaro.

  Dal 2000, per una nuova legge, si parla anche in campo INAIL di **danno biologico** (al posto di capacità lavorativa generica), inteso come diminuzione dell'integrità psico-fisica, ossia la persona valutata nella sua

interezza. Tuttavia, a fronte di un riferimento al danno biologico (che per sua definizione dovrebbe essere specifico per una data persona), in campo INAIL il sistema è *indennitario*, e quindi tabellato, non inteso come in campo civilistico come risarcimento.

- **Inabilità temporanea assoluta**: per tutti i giorni in cui una persona non è riuscita ad andare a lavoro a causa di un infortunio. Esempio: cado, mi faccio male e sto a casa per un mese perché ho il gesso, perciò ho un'inabilità temporanea assoluta ossia non riesco ad andare a lavoro per un mese.
  C'è una franchigia di 3 giorni: si tratta dei giorni che non vengono dati come contributo economico, ovvero 'mi iniziano a pagare dal quarto giorno in poi'!

Come viene dato l'indennizzo?

- Anche in questo caso c'è una franchigia fino al 6% (perdita *essenziale*), ossia per una invalidità calcolata da 0 a 5%, il soggetto non prende nessuna liquidazione.
- Se l'invalidità valutata risulta compresa tra il 6 e il 16%, il lavoratore riceve una tantum (ossia pagamento a carattere straordinario fatto 'per una volta soltanto') un quantitativo economico che corrisponde alla percentuale di invalidità, sul presupposto di un ulteriore danno di natura prettamente lavorativa e patrimoniale, che è nella sostanza presunto.
  Nel dettaglio, tra il 6 e il 16%
  - con previsione di danno definitivo <16%, si conferisce un indennizzo in capitale: al lavoratore viene dato un certo corrispettivo economico.
  - con previsione di danno definitivo >16%, si conferisce una liquidazione provvisoria: il lavoratore verrà poi richiamato per ulteriore rivalutazione. Viene presa in considerazione perciò la possibilità di un aggravamento dell'invalidità.
- Se l'invalidità è maggiore del 16%, il lavoratore ha diritto ad una rendita.

È sempre possibile da parte del lavoratore richiedere un accertamento successivo per aggravamento dell'invalidità.
L'INAIL prevede anche delle situazioni più complesse: ad esempio quella di un lavoratore che subisce un infortunio, che però non stava bene già prima dell'infortunio, oppure quella di un lavoratore che si fa male e che ha la grande sfortuna di rifarsi male qualche anno più tardi.
Si parla di:

- *Menomazioni policrone*: ossia in più tempi, anche queste vengono valutate da una commissione con una valutazione complessiva che considera anche le menomazioni non liquidate perché in franchigia.
- *Menomazioni preesistenti*: per esempio un lavoratore zoppo che si fa male alla gamba durante un infortunio sul lavoro. Se concorrenti, si adotta la formula di Gabrielli (art. 79 TU), che è un artificio aritmetico per aumentare la valutazione del secondo evento (ciò vale per le menomazioni preesistenti extra-lavorative e per quelle lavorative non indennizzate perché in franchigia).

Prestazioni INAIL

- Indennità giornaliera per inabilità temporanea
- Rendita per invalidità permanente (se invalidità > 16%)
- Assegno di assistenza personale continuativa: nei casi di invalidità tanto grave da comportare la necessità di assistenza, l'INAIL paga anche una quota aggiuntiva per coprire queste spese.
- Rendita ai superstiti per morte
- Cure mediche*
- Fornitura apparecchi protesici*

* a carico del SSN

Le assicurazioni per definizione devono avere profitto, ma le assicurazioni sociali rappresentano una tutela sociale quindi non hanno come scopo il profitto anche se, essendo i pagamenti dell'INAIL foraggiati dalle tasse, è necessario che ci siano delle franchigie e delle limitazioni agli indennizzi.
Chi deve informare l'INAIL dell'infortunio?
La **denuncia** deve essere fatta dal **datore di lavoro**, e riguarda **qualsiasi infortunio** incolto ai dipendenti prestatori d'opera e prognosticato **non guaribile entro tre giorni**, indipendentemente da ogni valutazione della ricorrenza degli estremi di legge per la indennizzabilità (compito del Medico Legale e non del datore di lavoro).
La denuncia deve essere fatta entro due giorni da quello in cui il datore di lavoro ne ha avuto notizia e deve essere corredata da certificato medico. La copia consegnata al datore di lavoro non ha la diagnosi, per questioni di privacy.
Se si tratta di un infortunio che abbia prodotto la morte o per il quale sia previsto pericolo di morte, la denuncia deve essere fatta entro 24 ore dall'infortunio.

Malattie professionali

Fino a qualche tempo fa c'era un elenco specifico, una tabella che assegnava ad ogni tipo di lavoro le patologie associate: se la patologia era tabellata l'INAIL doveva pagare l'indennizzo al lavoratore, altrimenti no.

La tabella è una forma di presunzione causale, ossia se in un lavoratore che fa una data attività, c'è una patologia tabellata come malattia professionale per quella mansione, si dà per scontato che sia dovuta al lavoro (per esempio: esposizione ad asbesto e mesotelioma).
Oggi la definizione delle malattie professionali avviene ancora secondo elenco, ma questo viene integrato dalla possibilità di riconoscere una qualunque malattia se si dimostra la sua derivazione causale dal lavoro (sentenza Cost. 18.2.1988 n. 179). Si è passato così da una sistema chiuso ad un sistema aperto che consente al lavoratore di ricevere l'indennizzo dell'INAIL anche per una malattia non tabellata, se si dimostra l'associazione professionale.
Esempio di valutazione del danno biologico secondo l'INAIL, dopo una attenta valutazione del lavoratore:

- Se epatite cronica con alterazioni morfologiche ecografiche e cliniche di lieve entità, modifiche modeste degli indici bioumorali, assenza di fibrosi: fino all'8%.
- Se epatite cronica con segni di modesta fibrosi, alterazione costante degli indici bioumorali di necrosi e funzionalità, epatomegalia: fino al 25%.

Rispetto all'infortunio, la denuncia di malattia professionale deve essere fatta dall'assicurato al datore di lavoro entro il termine di giorni 15 dalla sua manifestazione. Deve essere trasmessa dal datore di lavoro all'INAIL, corredata di certificato medico, entro i cinque giorni successivi a quello nel quale il prestatore d'opera ha denunciato la manifestazione della malattia.

INPS

Prima norma RD 4.10.1935, n. 1827; ultima revisione l. 12.6.1984 n. 222.
Anche l'INPS copre i lavoratori e quindi non tutti i cittadini, ma non siamo più nell'ambito degli infortuni e delle malattie professionali. Si tratta di un'assicurazione automatica ed obbligatoria, in larga misura a carico del datore di lavoro, con contributo del lavoratore. L'ENPAM è istituto dei medici equivalente dell'INPS.

Prestazioni INPS

- Assegno ordinario di invalidità
- Pensione ordinaria di inabilità
- Assegno per assistenza personale continuativa ai pensionati per inabilità

Invalidità e inabilità

Definizioni di **invalidità e inabilità**:

- È **invalido** l'assicurato la cui capacità di lavoro in occupazioni **confacenti alle sue attitudini** (ossia valutazione per singolo caso) sia ridotta in modo permanente a causa di infermità o difetto fisico o mentale **a meno di 1/3** (ciò significa che il danno sia maggiore del 66% quindi l'integrità minore del 33%).
    - N.B: L'assegno ordinario è compatibile con la prosecuzione del lavoro.
- È **inabile** l'assicurato il quale si trovi nell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere qualsiasi attività lavorativa: si tratta di una condizione in realtà molto rara in quanto si riesce a lavorare da casa, o addirittura solo con il movimento degli occhi.
    - N.B: La pensione ordinaria di inabilità presuppone la cessazione del lavoro. Ed è quindi in sostanza un'anticipazione, per fatto morboso, della vecchiaia.

Invalidità civile

Si estende a tutti i cittadini ed è una forma di tutela per tutti i cittadini della propria nazione, in questo caso l'Italia.
Ha origini antiche: prima era valido solo per mutilati ed invalidi di guerra, con residuo di capacità lavorativa – secondo la legge 21/8/1921 n. 312 c'era l'obbligo per la pubblica amministrazione e imprese private di assumere quote prestabilite di tali persone. Dopo la II Guerra Mondiale, si è osservata una estensione progressiva di questa tutela, non più in senso di beneficialità, ma di diritto costituzionalmente garantito (art. 38 Cost.).

- **Articolo 38:** "*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale* [Chi non può lavorare ma è cittadino italiano ha diritto all'assistenza sociale, ossia al minimo garantito dalla società].
  I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria. [INAIL E INPS]
  Gli inabili ed i minorati hanno diritto all'educazione e all'avviamento professionale.
  Ai compiti previsti in questo articolo provvedono organi ed istituti predisposti o integrati dallo Stato.
  L'assistenza privata è libera."
- **Carta Sociale Europea** (1961) "*Diritto per le persone fisicamente e/o mentalmente minorate alla formazione professionale ed al riadattamento sociale, da attuarsi anche mediante la possibilità di un impiego garantito."*
- L. 5.10.**1962** n. 1539: Regolò *"l'assunzione obbligatoria al lavoro di coloro che, non avendo ancora superato i 50 anni, fossero affetti da minorazioni congenite od acquisite o da processi morbosi evolutivi, che riducevano la capacità lavorativa in misura non inferiore di un terzo (cioè di almeno 1/3),* ***non*** *dipendenti da causa di guerra, di lavoro o di servizio."*
- L. 6.8.**1966** n. 625:

- Assistenza sanitaria specifica per il recupero di motulesi e neurolesi, in stato di bisogno e suscettibili di recupero.
- Assegno mensile di assistenza, per mutilati ed invalidi civili di età >18 anni, con accertata "totale e permanente inabilità lavorativa", riferita ad un qualunque lavoro proficuo.

Altre leggi:

- L. 2.4.1968 n. 482: disciplina le assunzioni obbligatorie presso la pubblica amministrazione e aziende private
- L. 30.3.1971, n. 118: organizzazione definitiva del campo, indentificando i soggetti tutelati e le forme di tutela
- L. 11.2.1980, n. 18: individua i profili di invalidità civile per il minorenne
- DL 23.11.1988 n.509: individua i profili di invalidità civile per i soggetti di età >65 anni, per l'assistenza socio-sanitaria e assegni di accompagnamento

Oggi

- *Soggetti tutelati maggiorenni:*"i cittadini affetti da **minorazioni congenite o acquisite 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 riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore ad un terzo"
  - "Le minorazioni congenite o acquisite comprendono gli esiti permanenti delle infermità fisiche e/o psichiche e sensoriali che comportano un danno funzionale permanente' (art. 1 L. 509/1988). Queste incidono in una certa misura su:
  - **Capacità lavorativa**: generica validità fisico-psichica del soggetto, come fatto meramente potenziale e come parametro medio (variazione in più non superiore ai 5 punti nei casi in cui vi sia incidenza sulla capacità lavorativa semispecifica/specifica).
  - **Efficienza psicofisica a svolgere i compiti e le funzioni tipiche dell'età** (indipendentemente dall'entità di tale difficoltà).
- *Soggetti tutelati minorenni:* "che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età."
- *Altri soggetti tutelati: "*ai soli fini dell'indennità di accompagnamento, si considerano mutilati ed invalidi civili i soggetti ultrasessantacinquenni che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età."

Riassumendo si individuano 3 fasce (possibile domanda d'esame) che hanno diritto all'invalidità civile:

- **< 18 anni**: difficoltà persistenti a compiere atti e funzioni propri dell'età, affetti da minorazioni congenite o acquisite a carattere progressivo.
- **tra 18 e 65 anni**: capacità lavorativa ridotta almeno di 1/3
- **> 65 anni**: difficoltà persistenti a compiere atti e funzioni propri dell'età, come per i minorenni. In questo gruppo sono compresi ultrasessantacinquenni affetti dalle patologie più svariate, comprese anche obesità, cardiopatia, ipertensione… purché di entità tale da compromettere la loro funzionalità rispetto ai soggetti di pari età.

Anche in questo caso viene fatta una valutazione in termini di capacità lavorativa generica, in termini percentuali rispetto a delle tabelle indicative (DM 5.2.1992), che sono però diverse da quelle dell'INAIL e di quelle in ambito civilistico. A queste tabelle possono essere aggiunti dei punti in base al lavoro specifico svolto dal soggetto.

Come per l'INAIL, esiste una commissione dedicata anche per l'assegnazione dell'invalidità civile, distribuita su tutto il territorio nazionale. Chiunque pensa di possedere i requisiti può fare richiesta tramite il suo medico di base, che presenterà un certificato attestante l'invalidità e le sue cause, corredata da documentazione sanitaria. La documentazione sarà quindi inviata all'ASL per far partire l'iter di valutazione.

Criteri di accertamento

- *Menomazione unica*: si seguono le tabelle, tenendo conto che queste possono non contenere tutte le patologie, perciò si procede eventualmente per analogia.
- *Menomazioni multiple coesistenti*: nel caso in cui il soggetto abbia più problematiche in diversi distretti anatomici. In questo caso ci sono delle formule di calcolo che tengono conto della complessità del quadro: calcolo riduzionistico → IT = IP1 + IP2 – IP1xIP2.
- *Menomazioni multiple concorrenti*: quando il soggetto ha più problematiche in uno stesso distretto. In questo caso la valutazione complessiva, che non deve consistere nella somma aritmetica delle singole percentuali, ma in un valore percentuale proporzionale a quello tariffato per la perdita totale anatomo-funzionale dell'organo o dell'apparato. Esempio: secondo i valori in tabella, ad esempio il braccio destro in destrimane vale 45%, la mano 35%, la spalla 20% (valori inventati) - tuttavia non si fa la somma ma si valuta la funzionalità complessiva dell'arto, ad esempio pari al 40%. In ogni caso questo valore non dovrà superare la somma delle percentuali delle singole componenti.

Nuova tabella indicativa delle percentuali di invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti sulla base della classificazione OMS (art. 2 D.Leg. 23.11.1988, 509)

- Riferimento alla incidenza delle infermità sulla capacità lavorativa
- Percentuali "fisse" o "min-max": ad esempio per una data patologia es. anchilosi di caviglia, in tabella posso trovare una percentuale fissa che indica che a tutte le persone con quella menomazione viene assegnata quella percentuale, oppure un min-max, ossia un valore percentuale minimo e uno massimo da assegnare a quella menomazione. Quest'ultimo caso si osserva ad esempio nelle patologie cardiache della valvola aortica, nelle quali la percentuale finale assegnata dipende dalla sintomatologia del soggetto in questione.
- Percentuali non tabellate dedotte con criterio analogico
- +/- 5% a seconda dell'incidenza o meno sulla capacità lavorativa semispecifica/specifica
- Menomazioni concorrenti (valutazione complessiva)
- Menomazioni coesistenti (calcolo riduzionistico)
- il verbale deve contenere:
    - 1) dati anagrafici,
    - 2) qualifica professionale,
    - 3) anamnesi lavorativa, famigliare, fisiologica, patologica (remota e prossima),
    - 4) esame obiettivo completo,
    - 5) accertamento di laboratorio e strumentali,
    - 6) diagnosi clinica,
    - 7) prognosi (con particolare riguardo alla eventuale permanenza dell'infermità e del danno funzionale,
    - 8) percentuale singola menomazione + percentuale complessiva per menomazioni plurime,
    - 9) se trattasi di coesistenza d'invalidità, possibilità di applicazione protesi e conseguente variazione della percentuale,
    - 10) codice di riferimento,
    - 11) giudizio motivato in caso di accompagnamento.

<u>*Prestazioni*</u>

- < 18 anni: *assegno di frequenza*, incompatibile con ricovero o altra indennità. L'assegno di frequenza ha lo scopo ad esempio di garantire il pagamento di un insegnante di sostegno e tutto ciò che riguarda l'assistenza del bambino. L'incompatibilità con il ricovero implica che, in caso di ricovero, non venga conferito l'assegno di frequenza in quanto il ricovero stesso è a carico del SSN.
- 18-65 anni: *benefici economici* e non, piuttosto articolati: assistenza sanitaria specifica, fornitura protesi, graduatorie case popolari, servizi pubblici, collocamento mirato al lavoro, esenzione ticket (in caso di invalidità civile per quella patologia), assegno mensile di invalidità, pensione di inabilità, indennità di accompagnamento.

Esempi

I soggetti con **capacità lavorativa ridotta > 45% ed età < 55 anni** hanno diritto a:

- *collocamento obbligatorio al lavoro*
- *facilitazione in concorsi pubblici.*

In caso di **capacità ridotta > 74% e non vi sia possibilità di collocamento**, il soggetto ha diritto a:

- *assegno mensile di invalidità*

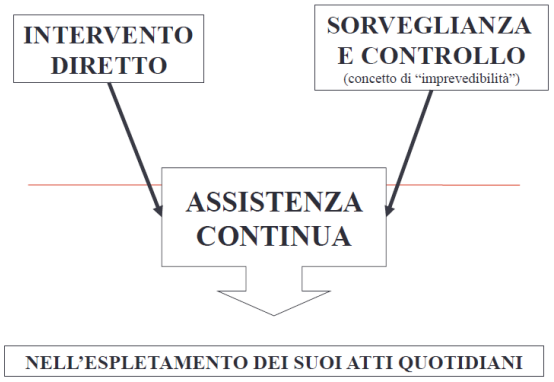
In caso di **capacità ridotta del 100%**, il soggetto ha diritto a:

- *pensione di invalidità* (quindi una maggior somma di denaro)*, che al raggiungimento del 65° anno è a carico dell'INPS (pensione sociale).* Oltre i 65 anni, non c'è più il calcolo percentuale, ma si parla, come abbiamo detto, di difficoltà rispetto ai soggetti di pari età.

In caso di *impossibilità a deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore o non siano in grado di compiere gli atti quotidiani della vita*, il soggetto ha diritto all'**indennità di accompagnamento.**

- *"Ai mutilati ed invalidi civili totalmente inabili per affezioni fisiche o psichiche...che si trovano **nell'impossibilità di deambulare senza l'aiuto permanente di un accompagnatore** o, **non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita, abbisognano di un'assistenza continua**, è concessa un'indennità di accompagnamento, non reversibile, al solo titolo della minorazione".*

Cosa si intende per atti quotidiani della vita?
"...Per atti quotidiani della vita devono intendersi quelle azioni elementari che espleta quotidianamente un soggetto normale di corrispondente età e che rendono il minorato, che non è in grado di compierle, bisognevole di assistenza… insieme di azioni elementari ed anche relativamente complesse non legate a funzioni lavorative, tese al soddisfacimento di quel minimo di esigenze medie di vita rapportabili ad un individuo normale di età corrispondente, così da consentire ai soggetti non autosufficienti, condizioni esistenziali compatibili con la dignità della persona umana". [Circolare del Ministero del Tesoro n. 14, 28.09.1992]
Si intende ad esempio lavarsi, vestirsi, fare la spesa, assumere la terapia farmacologica…tutte quelle attività per cui una persona non in grado di compierli, muore, ponendo così la necessità di una indennità di accompagnamento; tutto questo valutando sempre la persona in base all'età: è diverso il caso di un soggetto di 30 anni da uno di 100.



NON SOLO MOTRICITÀ

Cass. Sez. Lav. 22 gennaio 2002 n. 667
L'indennità di accompagnamento prevista dalla legge n. 18 del 1980 deve essere attribuita anche alla persona affetta da disturbi psichici che, pur essendo in grado di deambulare, di mangiare e di lavarsi da sola, **non abbia la capacità di organizzarsi autonomamente per la sopravvivenza**.

Sentenza N. 4389 del 27 marzo 2001
... tale bisogno di assistenza discende **non solo dall'incapacità materiale di compiere l'atto ma anche dalla necessità di evitare danni a sé o agli altri e può essere presente anche in chi ha un deterioramento delle facoltà psichiche.**

Spesso si pensa alla difficoltà come ad un problema motorio, in realtà non è detto e anzi spesso si tratta di un problema mentale e organizzativo. Ad esempio: una persona psichiatrica, o con capacità di giudizio alterata (es. alterato valore dei soldi).
Il concetto di "continuità" non deve essere riferito all'impossibilità di compiere gli atti quotidiani della vita, ma all'assistenza che l'invalido necessita per affrontarli.
Finora abbiamo parlato di **impairment e disability**, ossia una disfunzione degli organi che porta a disabilità; questi concetti però si distinguono da quello di **handicap**, che è una declinazione successiva.

- Esempio: una persona può avere una invalidità del 100% ma non essere handicappato. Una persona con una grave cardiopatia, obesa, ipertesa, magari zoppa per un incidente avuto da bambino può essere invalido al 100%, ma questa condizione differisce da una condizione più complessa e più ampia di svantaggio, che invece riguarda ad esempio un soggetto affetto da sindrome di Down.

L'handicap è associato a uno *svantaggio sociale* ed è definito dalla legge 104/1992; per valutare l'handicap ci sono delle commissioni dedicate.
Definizione: "*persona handicappata è colui che presenta una minorazione fisica o 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***" (L. 5.2.1992, n. 104).
È importante riconoscere l'handicap perché i portatori di handicap hanno delle altre agevolazioni, ad esempio la prima che viene in mente è quella del parcheggio. Inoltre ci sono delle leggi che riguardano i familiari, ad esempio chi fa assistenza a questi soggetti ha diritto ad una sede lavorativa più vicina a casa, oppure può assentarsi più volte da lavoro.
Ovviamente per evitare l'emarginazione di questi soggetti si cerca di integrarli nel mondo lavorativo. Non si tratta però di inventare nuove mansioni, ma di valutare all'interno di un'azienda, e quindi tra le attività necessarie, quelle che possono essere svolte da questi soggetti.

TUTELA DELL'HANDICAP
L. 5.02.1992, n. 104

- **Art. 8 (Inserimento ed integrazione sociale)**

Art. 17 (Formazione professionale)

Art. 18 (Integrazione lavorativa)

Art. 19 (Soggetti aventi diritto al collocamento obbligatorio)

LEGGE 104/92 — HANDICAP GRAVE

Accertamenti relativi a
- → minorazione
- → difficoltà
- → necessità intervento ass. permanente
- → capacità complessiva individuale

Commissioni mediche integrate da
- → operatore sociale
- → esperto nei casi da esaminare, in servizio presso la ASL

Mentre nella Legge 18/80 l'ASSISTENZA CONTINUA è mirata a superare delle DISABILITY (impossibilità di deambulare senza l'aiuto di un accompagnatore di compiere gli atti quotidiani della vita), nella Legge 104/92 l'INTERVENTO ASSISTENZIALE PERMANENTE, CONTINUATIVO E GLOBALE è mirato a superare l'HANDICAP

COLLOCAMENTO AL LAVORO

- **La l. 68/99, sul diritto al lavoro delle persone disabili.**

- **Ex art. 2 per collocamento mirato si intende "quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con DISABILITÀ NELLE LORO CAPACITÀ LAVORATIVE e di inserirle nel POSTO ADATTO, attraverso ANALISI DI POSTI DI LAVORO, FORME DI SOSTEGNO, AZIONI POSITIVE e soluzioni dei problemi …".**

- **Art. 8 (Elenchi e graduatorie)**

"… per ogni persona, l'organismo … (preposto all'accertamento, vale a dire il Comitato Tecnico) … annota in una apposita scheda le CAPACITÀ LAVORATIVE, le ABILITÀ, le COMPETENZE e le INCLINAZIONI, nonché la NATURA e il GRADO DI MINORAZIONE e analizza le caratteristiche dei posti da assegnare ai lavoratori disabili, favorendo l'incontro tra domanda e offerta di lavoro".

6. Approccio sicuro alla sicurezza del paziente, 14-03-18

Cerco di presentarvi una sintesi degli orientamenti della ricerca e della pratica clinica che mirano ad avere un approccio sicuro alla sicurezza. Il professore ha diverse collaborazioni a livello internazionale in particolare all'interno del laboratorio di responsabilità sanitaria con il professor Genovese e in varie parti del mondo anche in Cina e India. In particolare si occupa delle attività di simulazione avanzata. I sistemi di simulazione avanzata in ambito clinico derivano da quelli della aviazione che sono obbligatori per tutti i piloti che devono svolgere la loro professione. I sistemi di simulazione stanno iniziando a entrare sempre di più anche nel percorso di formazione medica.

Gestione del rischio

Quando siamo in presenza di condizioni di incertezza dobbiamo definire un approccio strutturato e sistemico per valutare il rischio che dobbiamo affrontare e sviluppare strategie per gestirlo, per non essere in balia degli eventi e per metterci nelle condizioni di mitigarne, per quanto possibile, le conseguenze. Queste strategie includono:

- Trasferimento del rischio, in modo tale da poter continuare la nostra attività senza doverci preoccupare eccessivamente delle condizioni che determinano il rischio.
- Eliminazione del rischio.
- Ridurre l'effetto negativo e le conseguenze non desiderate.
- Accettare le conseguenze rischiose che dovessero verificarsi.

In ambito sanitario la gestione del rischio non consiste solo nell'attenuare un contezioso medico-legale che può derivare anche da errori che si commettono nella pratica professionale, ma è piuttosto uno strumento per gestire e migliorare la qualità e la sicurezza delle cure del paziente.

Problematiche relative alla qualità e sicurezza delle cure del paziente

Parlando di errori che si commettono nella professione sanitaria e medica nello specifico ci facciamo aiutare da chi ne ha saputo più di noi e ne ha scritto.

- Proust era uno scrittore ma conosceva bene la medicina perché soffriva di asma e il padre era medico. Ha scritto della medicina e l'ha considerata "Un compendio di errori successivi e contraddittori dei medici… appellandosi ai migliori di essi abbiamo ottime probabilità di trovare una verità. Verità che sarà ritenuta falsa dopo qualche anno. Dimodoché credere alla medicina sarebbe però una suprema follia, senonché non credervi sarebbe una ancora più grande. In quanto da questo accumulo di errori si sono sprigionate alla lunga alcune verità".
- Ovidio: "gli errori derivano dalla incertezza". È vero, anche se forse non così immediato da comprendere.
- L'incertezza è una caratteristica della evoluzione e del cambiamento come emerge da dei frammenti di Eraclito: "alcune cose cambiano proprio per essere e per rimanere se stesse".
- A proposito del cambiamento Darwin dice: "non è la specie più forte che sopravvive, nemmeno la più intelligente, bensì quella che si adatta meglio al cambiamento".

Queste sono le parole chiave che cercheremo di seguire durante la nostra lezione: l'errore, il cambiamento e l'incertezza che sono le costanti nello svolgere delle attività umane e in particolare delle attività mediche. In medicina l'avanzamento delle conoscenze si fonda sull'essere in grado di avere un atteggiamento critico e di rivalutazione di quello scoperto prima. Non si può prescindere dal fatto che qualsiasi atto si debba porre in essere non bisogna rendere la situazione peggiore di quanto non fosse prima ("primum non nocere"). Bisogna essere cauti prima di svolgere ogni atto medico, considerando che nulla accade senza una ragione. Il sapere medico si evolve anche grazie a errori che si commettono anche senza esserne pienamente consci. Le conseguenze possono essere a volte trascurabili altre catastrofiche. Alcuni errori li possiamo e dobbiamo evitare, altri sono inevitabili, altri ancora sono colpevoli.

Possiamo e dobbiamo attuare azioni per prevedere, evitare e correggere gli errori. Dobbiamo comprendere e avvalerci anche dell'esperienza degli altri colleghi, quindi condividere gli errori commessi da parte nostra e da parte dei colleghi e imparare dagli errori degli altri: serve un atteggiamento di apertura mentale. Dobbiamo in particolare cercare di comprendere i meccanismi per cui questi errori si verificano, e la precondizione è un atteggiamento critico verso il proprio operato e verso quello dei colleghi. Purtroppo questa apertura mentale e atteggiamento critico e riflessivo non è sempre condivisa e presente. È importante comprendere che la fallibilità nella pratica medica è ancora in parte non considerata, perché ci sono atteggiamenti di scotomizzazione, ignoranza o trascuratezza.

Tuttavia, devono essere analizzate le cause degli errori. Quando prendiamo atto che è successo qualcosa dobbiamo porci nelle condizioni di chiederci perché è accaduto, riflettere su questo e parlarne con i colleghi.

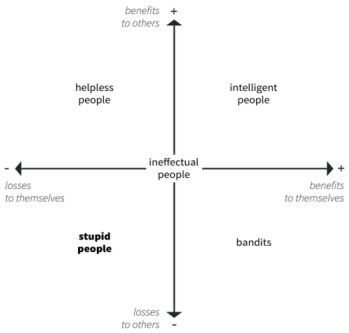
L'attitudine critica in medicina

Un lavoro di qualche anno fa ("The critical attitude in medicine: the need for a new ethics" di McIntyre e Popper) sintetizza in maniera valida e tuttora attuale l'atteggiamento dell'attitudine, che dovrebbe essere critica, in ambito medico. È un consiglio di lettura. È importante comprendere i processi mentali e cognitivi che determinano l'accadere degli errori e delle conseguenze non volute. L'etica della professione sanitaria è fortemente condizionata anche dalla conoscenza e dalle idee del tempo. Il progresso medico si evolve grazie anche alla applicazione del metodo scientifico,

che però non è totalmente applicabile all'ambito medico, come lo può essere in altre discipline come la fisica. L'attività sanitaria è una prassi scientifica che per essere svolta richiede anche un certo grado di attività "artistica".
Non ci possiamo più permettere il lusso di imparare direttamente sul malato: nessuno al giorno d'oggi farebbe da cavia ad un giovane medico. Le aspettative della società rispetto alla prestazione sanitaria sono cambiate, e potremmo anche discutere fino a quanto siano accettabili, però di fatto ci dobbiamo fare i conti. Il cambiamento di queste condizioni ha determinato anche un diverso rapporto medico-paziente.

Rapporto medico-paziente

Carlo M. Cipolla sintetizza su un piano cartesiano il rapporto che può instaurarsi tra diversi interlocutori. Può esserci utile nella definizione del rapporto medico-paziente.



Conseguenze degli atti medici

Le conseguenze di un singolo atto medico vanno ben oltre l'atto in sé, ma si ripercuotono sia nel tempo che nello spazio in misura a volte anche indeterminata. Dobbiamo prenderne coscienza e agire per prevenire qualsiasi conseguenza indesiderata e soprattutto agire in modo responsabile affinché l'outcome delle cure sia il migliore possibile considerata la situazione.

Cultura della sicurezza

I criteri di oggettività e di critica possono esserci utili per insegnarci come porci in relazione con il paziente e con i colleghi. Possiamo prendere spunto dal singolo individuo per prendere coscienza del fatto che la nostra abilità e conoscenza deriva sia dai nostri errori che da quelli dei colleghi.
La gestione del rischio comprende diversi strumenti anche cognitivi e pratici e in particolare le tecniche e le modalità di simulazione avanzata finalizzate a migliorare la sicurezza del paziente e a consolidare e migliorare la formazione dei professionisti della salute. Sicurezza delle cure è anche il titolo della riforma introdotta dalla legge Gelli che prende nel titolo le "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". Inizialmente si trattava di un disegno di legge sulla responsabilità professionale. Il legislatore ha rilevato e sentito la necessità di porre un forte accento sulla sicurezza delle cure della persona: la sicurezza è una parola chiave del codice di deontologia medica e non solo, per esempio anche del codice di deontologia infermieristico. La sicurezza è un processo di analisi e schematizzazione che insieme alla qualità delle cure è collegato alla soddisfazione (percepita o reale) del paziente ed è centrata sul risultato della cura del paziente. Il paziente deve essere al centro del trattamento e dei nostri interessi. Non possiamo avere cure di un livello di qualità soddisfacente se queste non sono sicure per paziente e lavoratore.
Ci sono varie strategie a disposizione per perseguire questi obbiettivi di gestione del rischio clinico e quindi di miglioramento della sicurezza del paziente e della qualità delle cure:

- Sistemi di simulazione avanzata;
- CRM (crisis resource management), ausili cognitivi;
- Sistemi di digitalizzazione per la gestione dei dati e delle informazioni del processo di cura.

Crisi

CRM è un acronimo che non è esclusivo dell'ambito sanitario, in quanto trova applicazione anche in ambito gestionale e commerciale e relazionale in genere. Ci concentriamo sulla gestione delle risorse in condizione di crisi: sono condizioni determinate dallo stato di evoluzione delle cose e dallo stato di incertezza. Crisi ha un etimo che deriva dal greco. Ci mette nella condizione di dover distinguere ciò che sta accadendo, analizzarlo, per essere nelle condizioni di scegliere e decidere. Scegliere e decidere comporta inevitabilmente delle responsabilità: infatti esiste il laboratorio delle responsabilità sanitarie.
In cinese la parola crisi, in una traduzione molto semplificata, significa contemporaneamente pericolo e opportunità. In effetti crisi ha diverse accezioni, e quello che è importante considerare in questo contesto è che fa riferimento a un momento incidente di indeterminazione che è in continua evoluzione, dinamico, in una fase di cambiamento verso un risultato positivo o negativo: sta a come noi gestiamo questa situazione di rischio determinare l'outcome.
Un breve inciso sul modello di analisi: consideriamo un piano di realtà tangibile che è percepita attraverso i sensi e l'esperienza, analizzata tramite una misura che viene sintetizzata e rappresentata da dei dati, che sono a loro volta funzionali per definire e formare i contenuti delle informazioni, che a loro volta diventano il bagaglio che determina il nostro grado di conoscenza. Conoscenze che acquisiamo con il nostro percorso formativo e di aggiornamento, e che sono funzionali a prendere delle decisioni che hanno a loro volta come outcome determinate azioni che sfociano in risultati che hanno delle conseguenze sulla nostra realtà, in modo tale che il ciclo prosegua e ci sia una evoluzione.

Gestire le risorse in una situazione di crisi

Affrontiamo più nel dettaglio in cosa consiste gestire le risorse in una situazione di crisi, quindi in una situazione di rischio. Un anestesista, il dr. David Gaba, definisce il CRM "la capacità di tradurre la conoscenza di ciò che deve essere fatto in attività efficace di team nel complesso e mal strutturato mondo reale della sanità".
In cosa consiste questo percorso di utilizzo ottimale delle risorse a disposizione?

- Noi stessi siamo un elemento importante nelle condizioni critiche e dobbiamo essere consci che noi stessi siamo una risorsa disponibile;
- Altre persone;
- Attrezzature, strumenti tangibili, pratici;
- Aiuti cognitivi, che consistono nel nostro bagaglio di conoscenze culturali e in quello delle persone che ci sono accanto;
- Risorse esterne in senso lato e anche ambientale.

Dobbiamo quindi portare tutte le nostre conoscenze a livello cosciente.
Il modello mentale che dobbiamo cercare di attuare e trasformare in modo tale che possa fare la differenza deve essere reso il più possibile sopraliminare in modo che possiamo reagire in modo razionale a tutto quello che accade in superficie senza trascurare tutto quello che avviene al di sotto del livello di coscienza. Questi due livelli, l'emerso e ciò che è al di sotto dello strato di consapevolezza, vengono definiti come competenze e abilità *tecniche* e *di vita* (chiamate in molti nomi come non technical skills o conoscenze profonde). In pratica si tratta di:

- Consapevolezza della situazione che dobbiamo affrontare;
- Lavoro di gruppo: nessuno di noi è un'isola, ma lavoriamo con altre persone in stretta relazione;
- Codice di comunicazione efficace;
- Leadership (conduzione del lavoro di gruppo);
- Le decisioni devono avvenire attraverso un processo decisionale razionale di valutazione delle alternative;
- Gestione dello stress emotivo e fisico.

Elementi in sintesi della CRM, quindi della gestione delle risorse in situazioni critiche:

- Conoscenza adeguata dell'ambiente;
- Abilità di comprendere la necessità di richiedere aiuto tempestivamente;
- Essere in grado di anticipare e pianificare le nostre azioni;
- Usare tutte le informazioni disponibili a nostro favore;
- Testare la nostra attenzione in modo assennato in modo da concentrarsi sull'aspetto più critico del momento;
- Mobilizzare tutte le risorse disponibili, con l'ausilio anche degli strumenti cognitivi;
- Comunicazione ben strutturata e condivisa per essere comprensibile a tutti;
- Evitare che il carico di lavoro sia distribuito in modo disomogeneo;
- Ruoli ben chiari e i passaggi efficaci;
- La leadership nelle dinamiche sia ben chiara e definita;
- Evitare errori di distrazione, per fare questo dobbiamo anche svolgere controlli incrociati (es. protocolli per la somministrazione del sangue e degli emoderivati);
- Rivalutare ripetutamente quanto stiamo facendo in questo contesto dinamico.

Siamo arrivati a considerare queste strategie di gestione delle risorse nelle situazioni di rischio perché abbiamo preso coscienza che dobbiamo porci in diverse prospettive e liberarci dai bias cognitivi che ci limitano nella professione.
Strumenti cognitivi e di analisi storicamente si sono sviluppati nei primi anni '90.. Sono stati fondamentali per porre in evidenza l'esistenza di questi problemi. In seguito a questo si è sviluppata la disciplina del risk management. Caratteristica di questi sistemi di analisi era quella di considerare i processi causa effetto come semplificazioni di sistemi lineari (per esempio come rappresentato dalle caselle del domino).
Dai primi anni 90 a oggi nonostante sforzi e impegni di ricerca e di concentrazione sugli aspetti di criticità sulla sicurezza del paziente i progressi ci sono stati, me non sono stati rispondenti alle aspettative considerate all'inizio. La semplificazione delle analisi negli anni '90 prendeva in esame dei sistemi lineari con un grado di complessità ridotto per cui tutto era in qualche modo gradualmente prevedibile. Invece dobbiamo cercare di cambiare l'approccio e considerare le complessità dei sistemi che sono in evoluzione e adattamento, quale è sempre più emerso essere il sistema sanitario. Non è facile approcciare queste nuove visioni, ma dobbiamo prendere coscienza del fatto che dobbiamo adeguarci ad un mondo complesso, mutevole che noi non possiamo cambiare direttamente: dobbiamo cercare di sviluppare strumenti per correggerlo per quanto possibile. Abbiamo a disposizione diversi strumenti di analisi per definire le complessità del sistema sanitario.
La rappresentazione grafica è uno schema delle relazioni tra le persone che sono all'interno di un ospedale: è molto oltre un sistema lineare sequenziale e deterministico. Vengono mostrati due grafici: uno delle dinamiche all'interno dell'ospedale, e una delle dinamiche tra le persone all'interno di un reparto ospedaliero. Data la complessità delle dinamiche che si realizzano in questo sistema non possiamo pensare di risolvere i problemi semplificando a un sistema lineare. Dobbiamo porci su un altro piano di analisi che viene considerato "Sicurezza 2".
Dobbiamo spostare l'attenzione dal sistema tradizionale, che consisteva nell'evitare che le cose andassero male, ma piuttosto agire perché le cose vadano bene. Sembra una sottigliezza, ma può fare la differenza.
Nella definizione anche delle linee guida bisogna considerare, piuttosto che il lavoro immaginato da chi è seduto in un ufficio e ha minima cognizione di quelle che sono le attività pratiche all'interno di un reparto, la nostra pratica per come il lavoro viene svolto. Dobbiamo anche umilmente prendere atto della variabilità delle prestazioni e quindi non

cercare di incasellare tutto all'interno di una struttura rigida e vincolata, ma essere in grado di accettare le variazioni e la flessibilità delle dinamiche del sistema perché la sicurezza del paziente non può essere migliorata imponendo carichi di lavoro burocratico e amministrativo. Dobbiamo cercare di comprendere quello che è il lavoro clinico quotidiano e accettare che è possibile ridurre il numero di errori, ma se (come abbiamo visto da Popper a Proust) vogliamo eliminare in modo assoluto gli errori non riusciremo mai a conseguire il nostro obiettivo. Dobbiamo quindi piuttosto prestare attenzione su come sostenere le cure cliniche in modo che il numero di risultati desiderati e accettabili diventi il più alto possibile. La sicurezza, da questo schema di analisi, viene quindi riconsiderata come la capacità di fare le cose in modo tale che vadano bene e non semplicemente come l'assenza di errori e eventi avversi.
Con l'approccio "Sicurezza 2" si cerca di concentrarsi sulla globalità del processo di cure in modo da considerare gli outcome come rischio e opportunità. Dobbiamo accettare che tutte le prestazioni nascono dalla stessa fonte, sia quando l'outcome è positivo, sia quando è negativo. Le prestazioni si basano sugli stessi comportamenti e sulle stesse pratiche. Dobbiamo cercare di capire dove avvengono eventi indesiderati, errori o malpratice.
La sicurezza è meglio misurata da quanto spesso il lavoro quotidiano va bene rispetto a quanto spesso il lavoro quotidiano va male. Il nuovo orientamento ci costringe a essere più proattivi che reattivi, affinché siamo in grado di prestare attenzione a come gli operatori sanitari si adattano e regolano il proprio comportamento rispetto alle variabili del contesto. Diventa uno stimolo a porre in essere una cultura in cui non si biasima o punta il dito contro le persone che commettono uno sbaglio, ma piuttosto si affronta la problematica con lo scopo di comprendere perché qualcosa è accaduto cercando di avere come precondizione il fatto che gli accadimenti non desiderati non succedono per volontà espressa dell'operatore, ma piuttosto per una serie di cofattori della situazione e del sistema. Tuttavia, nel caso ci siano delle azioni determinate da espressa volontà colpevole queste devono essere perseguite a norma di legge (purtroppo accade anche questo).
Dobbiamo comprendere come il personale che lavora in reparto gestisce il lavoro in modo flessibile e sicuro inglobando il rischio, e comprendere che il lavoro così come è fatto ci consente di definire quelle che sono le strategie e le buone prassi affinché le conseguenze non desiderate siano evitate e gestite nel caso in cui ci sia un evento avverso.

Modelli di analisi per la gestione dei rischi e delle situazioni critiche
Sono schemi di analisi sviluppati in letteratura.
Uno di questi è il sistema di evoluzione, erosione, espansione. Comprende diverse zone:

- Evoluzione: considera lo sviluppo tendenzialmente positivo del sistema. Mira a valorizzare, quando il sistema si rafforza, le difese e le condizioni intrinseche per migliorare e rispondere in modo proattivo alle condizioni inattese.
- Erosione: si verifica in tutte le situazioni in cui gli strumenti precedenti non sono in grado di far fronte a quelle che sono le minacce emergenti e emerse che infieriscono sull'outcome.
- Sicurezza nell'emergenza: area in cui gli effetti sia positivi che negativi influenzano la sicurezza e l'evoluzione del sistema.

Rispetto a questo modello la sicurezza è una proprietà emergente del sistema sanitario e clinico, deve essere considerata in un contesto dinamico e deve essere bilanciata in relazione ai diversi obiettivi.
L'altro modello che analizziamo è il modello di misurazione e monitoraggio della sicurezza. Comprende diversi elementi: il danno passato, l'affidabilità del sistema, la sensibilità alle operazioni che si svolgono all'interno del sistema clinico e sanitario, l'anticipazione e la prevenzione di quello che può pregiudicare la sicurezza del paziente. Dobbiamo essere noi i primi attori che pongono in essere gli strumenti di analisi e gestione del rischio clinico.

Tecnologia applicata alla sicurezza del paziente
Nell'ultima parte della lezione trattiamo dei sistemi avanzati di simulazione in ambito medico per la sicurezza del paziente e lo sviluppo delle competenze di formazione per gli operatori.
Mostra slide con foto del modello di un centro che è in realizzazione e in cooperazione con l'università di Milano. È una struttura avanzata con simulazioni che vanno dalle competenze più semplici come prendere una vena, piuttosto che una intubazione su manichino a scenari di simulazione avanzata.
Perché avere dei sistemi di simulazione avanzata? La tecnologia fa passi da gigante per cui la possibilità di usare device avanzati in ambito medico sarà sempre più disponibile.
Mostra un video di un esempio di sviluppo della tecnologia per la sicurezza del paziente. Mostra un ecografo che permette di effettuare una ecografia sull'ambulanza, e uno specialista dall'ospedale segue in diretta l'esame in modo da poter dare indicazioni su diagnosi e trattamento.
Ci sono simulatori che simulano varie condizioni in situ che riproducono le diverse aree di vita vissuta con anche manichini che possono rappresentare diversi modelli dall'adulto al neonato. Sono sistemi che cercano di riprodurre in modo realistico (non reale) le situazioni in modo che chi riceve il training sia coinvolto. È un ambiente sicuro in cui uno degli scopi principali è quello di sbagliare in un ambiente protetto e non direttamente sul malato. Poi con un processo di riflessione, autocritica e con l'aiuto di esperti che affiancano la simulazione, si possono migliorare le proprie abilità

sia di tipo tecnico che non tecnico, in modo che quando ci si trova al letto del paziente si abbia già un bagaglio di riferimento per essere in grado di muoversi con maggior sicurezza e competenza.
I contesti in cui si possono realizzare gli scenari di simulazione sono detti "in situ" sull'ambulanza, in condizioni di grave rischio ambientale, in sala operatoria, in aereo, in terapia intensiva, in condizioni di trasporto di emergenza.
Diversamente dalle condizioni in situ, ossia in tutti quei contesti ricostruiti che riproducono le diverse aree di vita vissuta, la struttura di simulazione si articola in ambienti collegati tra loro da sistemi di audiovideo e una sala regia collegata con un vetro a visione singola. La sala regia controlla e gestisce in diretta tutto quello che avviene durante lo scenario: ci sono per esempio comandi che possono far svolgere al manichino azioni e reazioni fisiologiche in conseguenza di quello che compiono le persone che svolgono lo scenario. Il tutto è rivelato da videocamere e sistemi di registrazione e trasmessi nell'ambiente di debriefing, ossia di analisi di quanto accaduto durante lo svolgimento dello scenario.
Gli scenari tendono a ricreare condizioni critiche per sviluppare abilità cliniche, tecniche e anche di lavoro di squadra, facendo riferimento ai punti del CRM che abbiamo visto in precedenza.
Al termine dello scenario i partecipanti vengono raccolti insieme e ridiscutono con i facilitatori e gli esperti che hanno creato lo scenario definendo quelli che sono gli obiettivi di apprendimento in modo che ci sia una riflessione sui comportamenti e i processi di decisione che si sono avuti. È una esperienza di autoriflessione, introspezione ed autocritica che non serve solo a svolgere l'attività lavorativa, ma può fare la differenza in tutti gli ambiti della vita quotidiana perché ci mette nelle condizioni di analizzare in modo critico perché compiamo determinate azioni e perché il processo decisionale si svolge in un modo piuttosto che in un altro.
Si tratta di scenari realistici e verosimili, e sono delle situazioni protette in cui qualsiasi azione compiuta ha un outcome per definizione positivo. Si entra in queste attività per sbagliare, non volontariamente, ma per tutta una serie di dinamiche su cui si va poi a riflettere durante la discussione. Si testano quelle che sono le condizioni operative dei professionisti per migliorare i propri margini di competenza, di abilità e di buone prassi in particolare nei contesti non pianificati e non pianificabili.
Tra gli scopi formativi ci sono: le competenze individuali e di gruppo, il riconoscimento delle situazioni di rischio, il prendere coscienza delle situazioni difficili e di cambiamento dinamico in corso d'opera, l'essere in grado di reagire nelle situazioni di minaccia e quindi di evoluzione verso una situazione critica non desiderata.
Se ci ricolleghiamo alla definizione di sicurezza data da "Sicurezza 2", abbiamo diversi livelli di svolgimento con le metodiche di simulazione: partiamo dalle condizioni di base fino ad arrivare all'autoapprendimento critico. Si va da tecniche di intubazione, tecniche di laparoscopia a tecniche di svolgimento di attività di gruppo e di sistema. Anche la validità e affidabilità dei sistemi può essere testata in simulazione prima di essere attuata in condizioni reali. Ci sono simulazioni a bassa tecnologia come le attività su arance, frutta o parti di animale, e ricostruzioni ad alta tecnologia in cui si ha la ricostruzione di una sala operatoria intera, attività di tipo chirurgico-robotico. Una nuova prospettiva è quella della realtà virtuale: sono sistemi di simulazione non tangibili, in quanto il paziente è un artefatto virtuale, ma viene percepito dagli operatori che indossano gli strumenti di realtà aumentata che consentono di svolgere dinamiche operative particolari difficilmente attuabili con i sistemi tradizionali.
Vi sono anche attività di simulazione che hanno riscontro anche in termini molto pratici che utilizzano in vivo tessuti biologici che permettono di sviluppare abilità tecniche specifiche. Ci sono anche situazioni in cui gli scenari sono digitali e l'interfaccia è un software, altre in cui il paziente simulato è interpretato da un attore.
Come accennavamo all'inizio i sistemi di simulazione sono derivati dalla aeronautica e dalla aviazione.

7. La lesività, 15/03/2018 [Del Sordo]

Introduzione

La medicina legale è lo studio di tutto ciò che ha a che fare con il diritto e la persona umana, ed un oggetto di studio è appunto quello della lesività. La lesività è l'incontro tra una causa esterna e l'integrità psico-fisica della persona. Si riconoscono tre step, che determinano il danno dal punto di vista civilistico o una lesione personale dal punto di vista penalistico:

- La causa lesiva, ovvero ciò che lede l'integrità psico-fisica (e può essere di tipo contusivo piuttosto che da fuoco o da taglio).
- La lesione, cioè ciò che si manifesta (esempio dello schiaffo, dove la causa lesiva è la lesività contusiva dello schiaffo, mentre la lesione è l'arrossamento a livello della guancia), ossia l'alterazione in acuto dell'integrità psico-fisica che si può documentare in quel momento.
- La menomazione invece è il passaggio successivo: la lesione ha fatto il suo corso, evolvendosi verso la morte o verso la guarigione, dove quest'ultima può essere o una completa restitutio ad integrum (caso dello schiaffo con arrossamento che si risolve in poche ore) oppure, in caso di danni, evoluzione nella menomazione (esempio della frattura di gamba in cui una volta tolto il gesso può esserci una restitutio ad integrum incompleta, soprattutto se il soggetto è giovane e la frattura è diafisaria, oppure in caso di soggetto anziano con frattura più compromessa può esserci una menomazione deambulatoria a carico dell'articolazione del ginocchio o della caviglia). La menomazione è poi oggetto di studio della medicina legale, per il risarcimento del danno civilistico o per lesioni personali in ambito penalistico.

Per capire quali sono la causa lesiva, la lesione, e la menomazione, ci si affida al buon senso e a tre tipi di criteri:

- Cronologico: ovvero la causa lesiva deve precedere temporalmente sia la lesione che la menomazione. Non sempre la risoluzione di un singolo caso può essere così immediata; alcune cose sono di per sé evidenti, come nel caso di incidente con caduta dal motorino ed impatto contusivo del ginocchio, in cui dopo un paio d'ore il paziente in PS dove si fa diagnosi di frattura di rotula (il criterio cronologico si auto-soddisfa), mentre altre volte ci sono situazioni che da un punto di vista anatomo-clinico non prevedono un criterio cronologico così immediato (come nel caso di rottura di un ematoma subdurale cronico nell'anziano, per cui si ha sanguinamento).
- Topografico: può essere evidente come nel caso di impatto al ginocchio con frattura della rotula, o altre volte meno evidente come nel caso degli ematomi cerebrali con lesione da colpo piuttosto che da contraccolpo.
- Di adeguatezza quali-quantitativa: l'entità del traumatismo deve essere concorde con il tipo di lesione e menomazione che ne residua, fatto salvo il caso in cui ci sia una particolare predisposizione del soggetto o sue comorbidità (come nel caso dell'ematoma subdurale nel soggetto anziano, il quale può essere scoagulato e quindi un traumatismo di entità inferiore può causare una lesione maggiore rispetto al soggetto sano).

Le cause lesive e le tipologie di lesività possono essere:

- Lesività da energia chimica come nel caso della tossicologia o dei farmaci o veleni, oppure a reazione biodinamica come nell'iperidratazione o nel caso di sostanze (non direttamente tossiche) che causano squilibri idrodinamici o idroelettrolitici.
- Lesività da energia fisica in cui si riconoscono quella:
    - Meccanica, in cui si intende la presenza di un corpo che va contro ad un altro (quello del soggetto, ledendo l'integrità psico-fisica) che comprende:

        - corpo contundente (azione contusiva)
        - strumento puntuto
        - strumento tagliente
        - punta e taglio (commistione dei due precedenti)
        - fendente (tipo di arma bianca)
        - proiettile di arma da fuoco
        - esplosione (mista, perché è presente l'onda d'urto per l'esplosione dei gas, in più in un ambiente chiuso può provocare la proiezione di oggetti oltre a frammenti di vetro o schegge di legno, che simulano uno strumento da punta o punta e taglio)
        - vibrazione, difficilissima da diagnosticare
    - Barica
    - Termica
    - Elettrica e radiante

Lesività contusiva

L'azione contusiva è l'incontro violento del corpo del soggetto contro una superficie resistente piana od ottusa, e quest'ultima precisazione sulla superficie è di esclusione perché nel momento in cui la superficie di impatto avesse un angolo acuto rientrerebbe nelle lesioni improprie da punta.
Il corpo contundente è per esclusione qualsiasi oggetto non pungente, non tagliente, non fendente, che, per accidente o volontà di qualcuno, prende contatto violento con l'organismo; i corpi contundenti possono essere infiniti:

- Mezzi da difesa o offesa naturali (ginocchiata, testata, pugno, gomitata)
- Strumenti da difesa o offesa personale (manganello, mazza)
- Strumenti di uso comune e usati occasionalmente (padella, sedia)
- Strumenti da lavoro
- Superfici resistenti (pavimento, muro, acqua in caso di precipitazione da una certa altezza)

Dalla lesività contusiva possono derivare a seconda della localizzazione:

- Lesioni viscerali
- Lesioni scheletriche
- Lesioni tegumentarie divise in:
    - **Reazioni** sul cadavere: negli anziani e nei neonati lo strato superficiale è più sottile rispetto all'adulto, e così possono essere evidenti a qualche ora dal decesso per un fenomeno di essicamento post-mortale. Nel morto non si ha una cascata di coagulazione con formazione della crosta, bensì l'essicamento, grazie al contatto degli strati più profondi dell'epidermide con l'aria (l'area giallastra con l'essicamento diventa più arancione-rossastra).
    - **Reazioni cutanee** sul vivente in cui, se la forza lesiva non eccede i limiti di resistenza dei singoli tessuti, si ha una risposta vasomotoria di maggiore o minore gravità (arrossamento transitorio e fugace che si esaurisce in un arco temporale abbastanza ristretto); mentre se il trauma contusivo è reiterato con impatto tangenziale o da sfregamento od obliquo, la cute si indurisce e si ha l'edema duro policontusivo (il callo dei lavoratori o il padiglione auricolare dei pugili i cui a furia di prendere cazzotti prima c'è una prima fase di edema liquido e successivamente duro)
    - **Escoriazioni**, nel caso in cui venga applicata una lesività contusiva trasversalmente rispetto alla superficie del corpo, con:
        - asportazione degli strati superficiali della cute

- compromissione delle papille dermiche
- formazione di una crosta sierosa od ematica a seconda della profondità
- meccanismo di compressione ma l'azione è tendenzialmente tangenziale (classica sfregata del gomito al muro)
- arrossamento circostante
- da non confondere con le abrasioni determinate dall'azione tangenziale di una lama che lede superficialmente e parallelamente all'asse maggiore della cute
- caratteri salienti sono:
    - forma che può essere a unghiatura (in genere sono tre/quattro e con forma abbastanza definita) o i morsi (abbastanza caratteristici)
    - sede, soprattutto meritano attenzione quelle al collo (strozzamenti), alle cosce (casi di violenza sessuale o maltrattamenti in famiglia)
    - direzione, in cui se le escoriazioni sono grandi possono avere dei lembi epidermici che possono indicare la direzione da cui è avvenuto lo strisciamento

Sembrano classificazioni di tipo didattico, ma dal punto di vista medico-legale nel momento in cui bisogna analizzare un caso a posteriori è importante la descrizione di determinati reperti tra cui la distinzione tra escoriazione ed abrasione, soprattutto per la ferita da taglio o ferita lacero-contusa, per esempio in caso di omicidio in cui ci possono essere delle ferite da accoltellamento che se vengono descritte come non ferite da taglio mandano in crisi il medico legale, oppure in caso di incidente del traffico la lesività satellite escoriativa ha un certo rilievo, come nel motociclista i segni a livello del collo che interpretiamo come da allaccio del casco.

A lato si vedono alcune foto di lesioni escoriative che sembrano essiccate (interessano solo gli strati più superficiali del tegumento che nel suo complesso rimane integro) perché oltre ad essere rossastre si ha un ispessimento del tessuto;

- nella prima immagine vi sono escoriazioni a livello del collo (potrebbe essere il caso di un motociclista che ha avuto un impatto frontale) dovute allo strisciamento del laccio del casco;
- nell'immagine a fianco potrebbe essere un altro incidente del traffico di un motociclista che cade per terra e ha una fase di trascinamento dell'arto superiore (che coinvolge sia braccio che avambraccio) sull'asfalto;
- nell'immagine centrale sotto vi sono lesioni meno specifiche (difficile capire da cosa siano state prodotte, anche perché non sempre abbiamo dei dati circostanziali completi) che sono delle escoriazioni di forma irregolare sul capo;
- in basso a sinistra abbiamo un'escoriazione sulla superficie anteriore dell'addome che suggerisce una cintura di sicurezza che produce attrito e sfregamento;
- nell'immagine in basso a destra invece una lesione escoriativa della superficie anteriore della coscia.

- **Ecchimosi**, nel caso in cui la forza applicata non sia soltanto tangenziale bensì di entità maggiore, in cui la cute può non rompersi, ma i vasi sottostanti si rompono determinando l'ecchimosi, che è la manifestazione macroscopica dell'infiltrazione tissutale che traspare attraverso la cute integra (il meccanismo non è più di compressione e sfregamento, bensì di compressione e di suzione). Alcune sono patologiche e drammatiche, e in alcuni casi nei bambini da parte del medico legale si può sospettare maltrattamento, mentre il pediatra sospetta primariamente una porpora o una diatesi emorragica, ma in ogni caso l'aspetto macroscopico (sia in caso di episodio traumatico che di episodio più lieve in un contesto di predisposizione) ha le stesse caratteristiche.
    - Merita attenzione la forma delle ecchimosi (è raro trovare delle ecchimosi realmente formate, cioè che riproducano la forma del corpo che le ha prodotte), perché in alcuni casi, come le ecchimosi digitali da afferramento che si possono trovare sulla superficie delle braccia, la forma è rotondeggiante e le dimensioni sono di 1 cm - 1,5 cm (e nell'afferramento sono evidenti quelle lasciate dalle dita lunghe e dal pollice); in altri casi lo pneumatico lascia delle ecchimosi invertite abbastanza caratteristiche con l'impronta del battistrada, cioè nel momento in cui si ha il sorpassamento del veicolo sul soggetto si ha suzione della forma dello pneumatico al negativo, cioè suzione nel vuoto che si crea tra le scanalature dello pneumatico (non bisogna pensare che dalla forma dello pneumatico si possa risalire al veicolo, ma comunque danno delle indicazioni). In alcuni casi le ecchimosi possono essere vibici, cioè il classico segno della frusta, di forma allungata, che potrebbe ricordare l'applicazione di un corpo contundente (come una mazza) ma di per sé la mazza non dà una lesione formata, a differenza delle vibici che essendo molli danno una lesione formata.
    - Le ecchimosi, in base al tempo di produzione, hanno una variazione cromatica essendo inizialmente blu-violacee, e poi in base al riassorbimento del sangue e alla conversione delle emo-siderine e dei diversi sub-componenti, variano il colore dal verdastro al giallastro per poi scomparire.
    - Alcune ecchimosi in alcune sedi sono abbastanza caratteristiche perché danno indicazioni di ulteriori elementi: è il caso soprattutto delle ecchimosi periorbitarie del cadavere, il cosiddetto occhio da procione (occhi neri), che si può ritrovare o per un trauma diretto (più infrequente e tipicamente monolaterale) o più frequentemente da colatura da una lacerazione in sede frontale o parietale anteriore per cui il sangue passa attraverso i tessuti cutanei e si accumula in sede periorbitaria, ma ancora più di frequente l'ecchimosi periorbitaria bilaterale è dovuta ad una frattura della fossa cranica anteriore da colatura. Ispettivamente all'esame esterno del cadavere, soprattutto nei grandi traumi da precipitazione, l'ecchimosi periorbitaria bilaterale indirizza quindi verso un sospetto di frattura della fossa cranica anteriore che si approfondirà in sede autoptica. Anche le ecchimosi in sede retromastoidea (segni di Battle) sono indicative di una frattura della fossa cranica media, della rocca petrosa, con colatura in sede retromastoidea.

Nell'immagine in alto a destra ecchimosi da schiaffo, in cui si va oltre alla reazione vasomotoria (perché in questo caso il trauma è stato abbastanza violento) e c'è una colorazione violacea ed è una di quelle ecchimosi che si potrebbe definire formata perché riproduce la forma dell'oggetto che l'ha prodotta proprio perché in negativo (come nel caso dello pneumatico) si è creato il vuoto e si ha una riproduzione dello strumento che l'ha prodotta.

In basso a destra ci sono le ecchimosi digitate da afferramento in un arto superiore, che per dimensione non sono tutte uguali (c'è da dire che l'arto superiore non è perfettamente piano ma ha le sue convessità).
In alto a sinistra una lesione escoriativa essiccata con presenza di una crosta ematica, e una ecchimosi con al centro una colorazione blu-violacea, concentricamente una zona giallastra, e ancora più esternamente un'area verdastra.
In basso a sinistra una ecchimosi formata, che rispecchia la forma di una griglia (precipitazione di un soggetto che ha impattato contro una griglia sul pavimento).

- **Ferite lacere/lacero-contuse** in cui non si ha più sfregamento tangenziale o una semplice compressione, ma alla compressione si associa un meccanismo di trazione, per cui viene meno la resistenza della cute e si ha discontinuazione del tegumento; le caratteristiche delle lacerazioni sono:
  - avere dei margini irregolari (non precisi come nelle lesioni da taglio o da punta-taglio)
  - avere un alone ecchimotico, per il loro meccanismo di produzione in cui si associano trazione e compressione (la trazione è data dallo strappamento dei tessuti)
  - avere in alcuni casi dei ponti di tessuto residuo integro da una parte all'altra della lesione

In alto a sinistra una lacerazione in sede cranica in cui i margini sono irregolari con diastasi dei margini stessi (e una caratteristica nel cadavere è andare a valutare la vitalità dei margini) e in questo caso essi sono rossi e infiltrati di sangue, e ciò indica che il colpo è stato inferto a cuore battente (altrimenti non avremmo avuto l'arrossamento dei margini) e sono ben diastasati, con l'osso che rimane integro e i margini che si allontanano (differenza di resistenza tra la cute e ciò che c'è al di sotto).
Nella figura destra c'è un'altra soluzione di continuo con parecchio sangue che rende poco visibile la lesione.
In figura in basso i margini sono poco infiltrati ma comunque lo sono (perché se non lo fossero macroscopicamente un eventuale approfondimento che possiamo fare da cadavere è un prelievo per fare un controllo istologico per valutare la vitalità dei margini) ed è l'immagine di un ciclista investito da una autovettura, probabilmente anziano, coi margini parecchio divaricati con un piccolo ponte di tessuto residuo (in questo caso la lacerazione è profonda, con esposizione dei muscoli e delle fasce).

Finora abbiamo parlato delle lesioni di natura contusiva sul tegumento, ma ovviamente aumentando l'intensità della forza lesiva, si possono provocare **lesioni fratturative** a vari distretti ossei:

- A livello delle ossa lunghe degli arti con meccanismo di:
  - compressione
  - flessione
  - torsione
  - strappamento

  Nelle fratture artuali vediamo sia macroscopicamente l'alterazione del profilo anatomico, che poi ispettivamente sul cadavere la frattura con la movimentazione dei segmenti artuali. In questo caso abbiamo sia l'alterazione del profilo anatomico del braccio, che escoriazioni e una lacerazione del tegumento e una ferita lacero-contusa.

- Rachidee:
  - per iperflessione
  - per iperestensione
- Alla gabbia toracica (rivestono parecchia importanza da un punto di vista medico legale) in cui la sede può dare indicazioni sull'impatto e sulla direzione del trauma e possono essere:
  - seriate, da traumatismo
  - da rianimazione (pre-mortali) che per sede e caratteristiche sono abbastanza distinguibili, con solitamente frattura del corpo sternale o fratture bilaterali lungo la linea parasternale

  In quelle della gabbia toracica uno schiacciamento in senso latero-laterale provocherà fratture in sede paravertebrale e lungo la linea scapolare lungo la distribuzione delle linee di forza; invece in quegli impatti che avvengono in senso antero-posteriore avremo fratture seriate lungo la linea ascellare media (in questi casi si parla di grandi traumatismi, ma ci possono anche essere fratture singole per traumatismi minori come quelli da arma bianca).
- Fratture craniche, sono quelle più studiate perché sono quelle in cui più facilmente si può risalire alla forma del mezzo che le ha prodotte, così come determinare la direzione dell'impatto. Si dividono in:
  - per urto contro superfici ridotte (esempio del martello) divise in:
    - fratture a stampo (a tutto spessore) in cui la perdita di sostanza ossea riproduce fedelmente il mezzo che l'ha prodotta
    - fratture a terrazzo (non sono a tutto spessore, si ha soltanto un affondamento)

  - per urto contro ampie superfici (con diametro maggiore a quello della testa) si può avere:
    - una transitoria deformazione, in cui non si ha una frattura
    - un'incrinatura limitata alla lamina interna
    - in caso di fratture esse possono essere:
      - lineari (meridianiche) con deformazione in toto dell'ovoide cranico, e in base alla direzione del colpo si ha un meccanismo di strappamento tangenziale

- a bersaglio, concentriche, singole o plurime, che indicano la sede di impatto (che è di maggior entità rispetto a quello delle fratture meridianiche)
- una commistione delle precedenti, cioè sia una frattura lineare che delle fratture concentriche (detta a tela di ragno), dovuta ad un impatto di entità maggiore rispetto alle fatture lineari e a bersaglio

FRATTURE CRANICHE

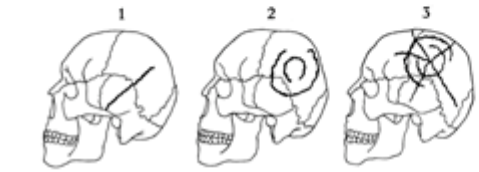
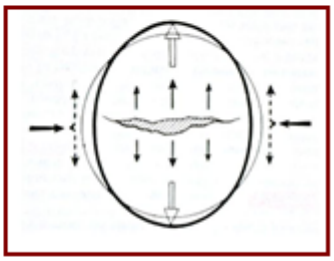
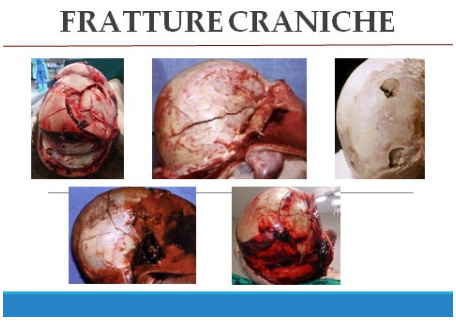


Fig. 3. – Fratture craniche. 1: Frattura meridianica; 2: Frattura «a bersaglio», costituita da due fratture equatoriali concentriche; 3: Frattura «a tela di ragno».

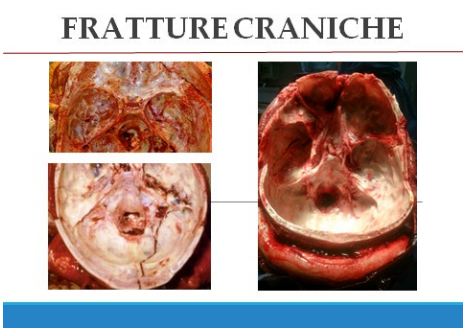


- **Fratture meridianiche:** deformazione in toto dell'ovoide cranico con meccanismo di strappamento
- **Fratture equatoriali**: frattura circolare per appiattimento locale della teca
- **Fratture a bersaglio**: equatoriali concentriche
- **Fratture a mappamondo**

In alto a sinistra frattura concentrica con una frattura lineare ed impatto in sede parietale destra con una linea di frattura autonoma e una diastasi della sutura (soprattutto nei bambini e negli anziani quest'ultimo è un evento abbastanza frequente).
A fianco altra frattura lineare in sede temporale.
In alto a destra altra frattura da impatto contro una superficie ampia in sede parietale destra con un frammento che si distacca.



Infine due fratture da stampo in questo caso, che riproducono fedelmente le dimensioni e la forma del mezzo che le ha prodotte. Nelle fratture di maggiore entità si riesce a ricostruire il punto di impatto, ma poco si sa dire sulle dimensioni (cioè sappiamo si che si tratta di un'ampia superficie, ma non possiamo distinguere se si tratta di una scrivania piuttosto che di un pavimento piuttosto che un muro).



Per quanto riguarda invece le fratture della base cranica, in questo primo caso abbiamo una frattura della base cranica anteriore; nel secondo caso invece una diastasi in sede etmoidea con coinvolgimento fratturativo della fossa cranica media; nel terzo caso invece un coinvolgimento della fossa cranica temporale. Le fratture che coinvolgono più spesso la fossa cranica

posteriore sono le cosiddette fratture ad anello concentriche attorno al forame magno, che indicano un impatto in sede glutea tendenzialmente, o in sede coccigea per trasmissione della forza lungo la colonna e si spaccano appunto concentricamente (sono comunque abbastanza rare da vedere).

Si possono verificare anche **lesioni viscerali** e spesso, soprattutto nei grandi traumatismi, la lesività che si vede all'osservazione esterna del cadavere non è particolarmente indicativa, anche perché i vestiti offrono una grande protezione per quanto riguarda la lesività escoriativa.

Una grossa differenza è data macroscopicamente dalla consistenza dell'organo stesso: la consistenza parenchimatosa tipica è quella del fegato e nelle lesioni da scoppio il parenchima si lacera in maniera importante. Invece gli organi cavi come l'intestino, sono molto più resistenti ciò facilmente si comprimono ma difficilmente si lacerano (si lacerano soltanto in caso di impatti molto importanti come il caso di trascinamento oppure di franco schiacciamento da parte di un veicolo dove ci possono essere sia lacerazioni degli organi cavi che diaframmatiche con erniazione degli organi addominali in cavità toracica).

Tra le lesioni viscerali abbiamo:

- Contusioni cerebrali, che possono essere di varia sede e dimensione (da emorragie puntiformi a focolai disfattivi intraparenchimali). Non sempre una lesione si vede soltanto nella sede del colpo, ma anche nella sede di contraccolpo. Ci sono degli articoli, che però non hanno una buona affidabilità da un punto di vista tecnico, che cercano di distinguere una lesione da colpo da una contraccolpo sulla base della sede; ovviamente è molto più facile riconoscere una lesione da colpo se è in sede di frattura o se è una sede facilmente accessibile, ma se abbiamo soltanto due focolai cerebrali intraparenchimali o focolai puntiformi in due poli opposti, soltanto sulla base di quei dati è molto più difficile capire quale possa essere stato il colpo e quale il contraccolpo.
- Contusioni cardiache: essendo il cuore un viscere cavo è meno frequente il suo coinvolgimento lesivo, ma quando viene coinvolto si provoca una lacerazione soprattutto lungo le linee di minore resistenza, che possono essere il setto interventricolare o il solco atrioventricolare di destra o di sinistra
- Contusioni polmonari
- Lacerazioni arteriose e venose
- Lacerazioni epatiche, renali, spleniche
- Scoppio di organi cavi
- Lacerazioni diaframmatiche

La prima immagine mostra una lesione a scoppio del fegato: essendo un organo molto compatto, quando si verifica un urto contusivo si provoca questa lacerazione da scoppio epatico. A fianco un'altra lacerazione epatica con i margini infiltrati di sangue. Sotto invece due parenchimi cerebrali con una soffusione ematica subaracnoidea.

Esempi di frequente riscontro di grande traumatismo contusivo sono:

- la precipitazione
- gli incidenti del traffico
- schiacciamento
- esplosioni

Ovviamente siamo avvantaggiati dai dati circostanziali, cioè le circostanze in cui il corpo è stato rinvenuto, il luogo, la sede, e il perché. Se avessimo due cadaveri uno affianco all'altro, sulla base

del solo dato macroscopico e poi anche microscopico, essendo la lesività contusiva molto generica, non si riuscirà mai a capire se il meccanismo è stato la precipitazione o un incidente del traffico.
Una caratteristica dei grandi traumatismi è produrre lesioni che sono:

- molteplici, in più sedi del corpo
- multiformi
- multipolari

Nella *precipitazione* abbiamo:

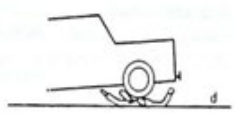
- passaggio del corpo da un piano superiore ad uno inferiore per effetto della forza di gravità
- l'esame esterno non è molto indicativo sia per la sua aspecificità e sia perché le lesioni cutanee possono non esserci
- spesso si associano ad un quadro lesivo importante degli organi interni
- ciò che viene chiesto al medico legale è di dare degli indizi sulla modalità che può essere:
    - spesso suicidaria, e in tal caso aiutano i dati circostanziali (come un biglietto lasciato o una sedia trovata sotto la finestra)
    - omicidio, ma da un punto di vista macroscopico è fuori discussione l'idea di trovare la manata sulla schiena
    - evento accidentale da infortunio sul lavoro

Altra tipologia è *l'incidente del traffico*, ossia un evento comportante conseguenze dannose per cose/persone (incidenti) che deriva dalla circolazione di veicoli (tipicamente in strada, ma anche nello spazio aereo o in mare). Gli incidenti della strada comprendono:

- investimento di pedone/ciclista/motociclista da parte di veicoli in movimento
- scontro di veicoli
- incidente stradale vero e proprio (veicolo contro un ostacolo fisso)

L'investimento di pedone prevede alcune fasi:

- la prima fase è quella dell'urto, cioè il veicolo prende contatto con il corpo del pedone
- seguono differenti fasi a seconda che il veicolo prenda contatto sopra o sotto al baricentro dell'individuo:
    - abbattimento, in cui il pedone cade al suolo, e può esaurirsi o proseguire con la proiezione
    - proiezione, in cui il corpo viene proiettato sulla parte superiore del veicolo (ma può essere proiettato o al davanti o di lato, a distanza del veicolo)
    - altrimenti caricamento, se il veicolo urta il corpo al di sotto del baricentro e quest'ultimo viene caricato sulle parti superiori del veicolo e poi viene proiettato indietro rispetto all'urto)
- terza fase di accostamento, se il contatto è al di sopra del baricentro, e l'individuo viene buttato a terra (sono le ruote e le strutture antistanti che prendono contatto con il pedone
- quarta fase di arrotamento, che può non esserci
- quinta fase di trascinamento, se c'è un impigliamento delle strutture corporee o dei vestiti nella superficie inferiore del veicolo così che il soggetto viene trascinato (finché l'autista non si rende conto di aver investito una persona)



A seconda delle varie fasi avrò un quadro lesivo più o meno indicativo; è

evidente che l'arrotamento darà un quadro abbastanza caratteristico sia sui vestiti che sul tegumento del soggetto; così come la fase di trascinamento potrà dare un quadro escoriativo più importante rispetto a quanto non faccia la fase di proiezione del soggetto.
Per quanto riguarda la modalità degli incidenti del traffico essa può essere:

- investimento di pedone a scopo di omicidio, che si sente spesso nella cronaca nera
- meno frequente a scopo suicidario (solitamente si verifica con la metropolitana)
- nella maggior parte dei casi eventi accidentali

Le problematiche medico-legali degli incidenti del traffico possono essere:

- l'investimento di cadavere, la prima da escludere, dove l'infiltrazione dei margini dà già dei buoni indizi all'esame esterno, così come la presenza di franco sanguinamento sulla scena o all'interno delle cavità corporee
- l'identificazione del veicolo: è più complessa sulla base dei soli dati macroscopici (utile in alcuni casi trovare dei frammenti, ad esempio di fari, o altri residui all'interno dei vestiti)
- il problema della guida in stato di ebbrezza/effetto di sostanze stupefacenti, soprattutto anche alla luce della nuova legge, e in tal caso il nostro contributo sul cadavere prevede dei prelievi dei liquidi biologici, con le analisi tossicologiche per verificare se il guidatore o il pedone fossero in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti

Lesività da arma bianca

Si chiama così perché in passato, quando era ancora grezzo l'alluminio, il metallo rifletteva la luce del sole e l'arma si vedeva bianca. La modalità lesiva di un'arma bianca (per esempio un coltello) può essere da:

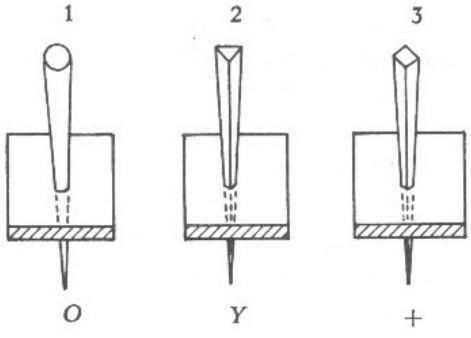
- punta
- taglio
- punta e taglio, azione combinata
- da fendente, come le asce, che combina l'azione da punta e taglio con la lesività contusiva

Le ***punte*** possono essere le classiche punte della siringa, oppure altre punte improprie come quelle di una cancellata oppure le viti o le corna di un animale. Le azioni lesive che può provocare una punta sono:

- azione di divaricazione dei tessuti
- punta di grosse dimensioni:
    - darà lesioni di grosse dimensioni
    - attorno alla lesione ci può essere un alone ecchimotico, perché la punta, entrando nei tessuti, lede la cute creando attrito sulle pareti stesse, e quindi entrando si crea un attrito sulla superficie esterna della cute, che però in quel momento è all'interno della lesione da punta che si sta creando
    - ovviamente se la lesione è stata inferta ad un soggetto vivente si avrà l'infiltrazione dei margini
- punta di piccole dimensioni:
    - lesioni di piccole dimensioni, non sempre evidenti macroscopicamente
    - l'infiltrazione dei margini non sempre si vede
    - si può vedere più spesso un alone ecchimotico nel caso delle lesioni da agopuntura in cui si ha un piccolo stravaso emorragico

A seconda dell'elasticità della cute si possono creare delle lesioni a stampo che variano in base alla forma della punta stessa:

- se è circolare sulla cute si avrà una lesione circolare



- se è quadrangolare, una volta retratta la punta, sulla cute darà una lesione a croce a causa dell'elasticità della cute
- se è triangolare sarà una lesione a tre bracci

Dove invece il tessuto non è elastico (caso tipico è quello dell'osso) si ha una riproduzione più o meno fedele della forma della punta.

In questo caso abbiamo un'arma a tre bracci, che però non vengono riprodotti perché l'osso si spacca completamente. In questo caso, visto solo sull'osso, può essere complesso discriminare se è stata una lesione a punta piuttosto che una lesione a stampo da martello; ovviamente nel caso della punta, quello che prevale è la profondità della lesione rispetto che all'estensione su altri piani. In questo caso ci sono due/tre lesioni da punta perché sono degli aghi a livello del gomito.

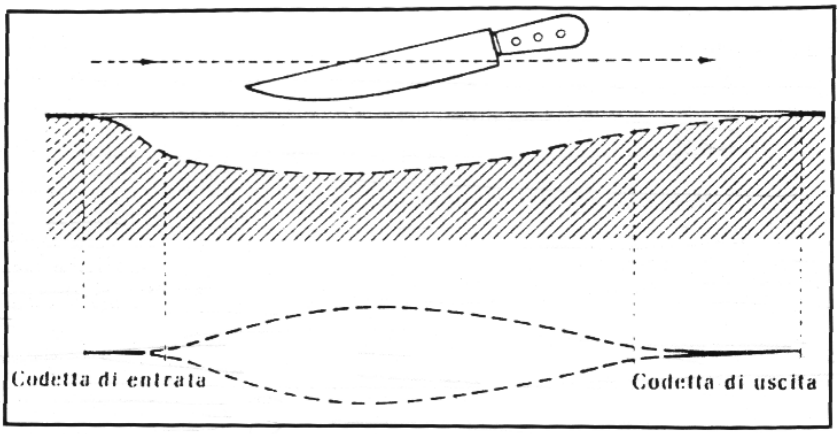
Lesioni ***da taglio*** vengono invece date da strumenti da taglio come coltelli, rasoi, o altri impropri come frammenti di vetri. Nelle lesioni da taglio abbiamo:

- pressione e scorrimento longitudinale dei tessuti (che prevalgono sulla profondità), che permettono di distinguerle dalle lesioni da punta
- lesioni che si possono osservare che sono:
    - abrasioni (da distinguere dalle escoriazioni), che derivano dal passaggio a piatto della lama
    - ferite lineari
    - ferite a lembo, quando l'azione della lama è tangenziale e si approfonda
    - ferite francamente mutilanti

Le caratteristiche delle lesioni da taglio sono:

- avere margini lineari, senza ponti di tessuto (come invece avveniva nelle lacerazioni e ferite lacero-contuse), e netti
- prevale la lunghezza sulla profondità della lesione, al contrario delle lesioni da punta
- mancano i ponti di tessuto
- non ci sono segni contusivi o escoriativi, proprio perché l'azione si esaurisce nel taglio
- gli estremi sono tendenzialmente ad angolo acuto
- si verificano le codette, gli estremi della lesione da taglio

Supponendo di vedere una sezione assiale del taglio, si riconoscono una codetta di entrata e una di uscita (dove il taglio si superficializza): quella di entrata è più corta di quella di uscita perché la pressione iniziale è maggiore di quella finale (in cui si ha semplicemente uno sfregamento).



Esempi di alcune lesioni da taglio: una a livello della superficie volare del polso, dove si distinguono i margini che sono acuti in cui c'è la codetta con la lesione che si sta

superficializzando; in un altro caso il margine acuto c'è ma non è perfettamente appuntito come nell'altro estremo; in basso immagine di ferita a lembo, perché l'azione non è perfettamente perpendicolare, bensì lievemente inclinata e si ha l'asportazione di una parte di tessuto.

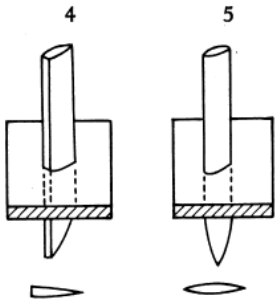
In questo caso invece una ferita da taglio principale al volto con altre ferite satelliti e si vede la codetta della struttura che si superficializza.

L'interpretazione delle codette non è sempre facile, perché in alcune sedi del corpo, soprattutto quelle molto convesse nei soggetti in sovrappeso, alla superficie volare degli avambracci (dove per altro più frequentemente si ritrovano ferite da taglio) ci può essere il fenomeno dell'inversione delle codette appunto perché subentra la convessità del tessuto: la pressione è minore, ma la convessità del tessuto fa sì che la lama strisci in uscita. Si dice che nelle sedi convesse le codette vengano sempre invertite, ma in realtà nelle sedi convesse la presenza delle codette rende molto più difficile se non impossibile capire con certezza quale sia stata la direzione del taglio.

Il taglio può essere profondo, nel primo caso è superficiale e non oltrepassa la fascia; nell'altro caso va ad intaccare in modo importante lo strato adiposo; nell'ultimo caso a destra va ad esporre tessuti più profondi.

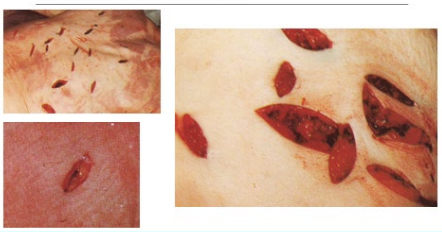
Le due azioni spesso si combinano con sia l'azione francamente da punta con approfondamento nei tessuti, che da taglio; gli strumenti da ***punta e taglio*** possono essere numerosissimi (dalle forbici, alle cesoie, alle spade, al machete) e le caratteristiche della lesione sono:

- la profondità prevale sulla lunghezza
- la forma della lesione all'esame esterno è tendenzialmente variabile a seconda dei movimenti della mano dell'aggressore (durante una colluttazione è difficile che le menti siano calme e una volta che il coltello entra la mano dell'aggressore può fare dei micro-movimenti che vanno a sporcare i margini della lesione e a creare delle piccole intaccature)
- la forma è variabile a seconda che la lama sia:
    - monotagliente (con una costa non tagliente):
        - lesione ad angolo acuto dalla parte del tagliente
        - lesione ad angolo ottuso dalla parte dell'altra costa o comunque piatto
    - bitagliente (lama da entrambe le parti): aspetto superficiale simile a quello delle ferite da taglio (aspetto a mandorla) con la distinzione che nelle ferite da punta e taglio c'è l'approfondamento (in quelle solo da taglio no)



PUNTA E TAGLIO – MONOTAGLIENTE

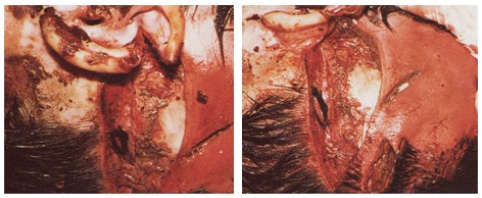
PUNTA E TAGLIO – BITAGLIENTE



Alcuni esempi di lesione da punta e taglio monotagliente e bitagliente; nel primo caso monotagliente (angolo ottuso da un lato dovuto alla parte non tagliente) con colpi plurimi, con forme irregolari dovuti ai movimenti (nel momento in cui il colpo viene inferto) della lama e della mano da parte dell'aggressore; nel secondo caso lesione bitagliente per la presenza di angolo acuti ai due estremi della lesione. In alcuni casi si riescono a dare anche indicazioni sulla direzione di provenienza del colpo e anche sull'angolo di incidenza sulla cute (in questo caso il colpo non è perpendicolare al corpo ma è tangenziale).
Invece nelle lesioni da ***fendente*** (sciabola, mannaia) si va a combinare sia l'azione da punta e taglio (cioè lo strumento ha una porzione tagliente) sia il peso complessivo dello strumento che dà delle lesioni contusive (cioè si combina l'azione d'arma bianca con l'azione contusiva); un esempio di fendente è quello della ghigliottina, in cui oltre alla lama di quest'ultima si ha anche la gravità della ghigliottina stessa, per cui si vanno a combinare le due lesioni. Ovviamente le lesioni da fendente sono molto più gravi e importanti rispetto a quelle solamente da punta e taglio o da strumento contusivo puro, e macroscopicamente si mischiano le caratteristiche dei due, per cui si avranno:

- margini contusi e divaricati, per l'azione contundente
- ponti di tessuto da strappamento irregolare
- angoli acuti per la componente da punta o da taglio della lama
- assenze di codette

FENDENTE



Questo è un esempio di colpo da fendente in cui si vede l'azione da taglio dello strumento stesso, che ovviamente ha delle dimensioni importanti e un'irregolarità dei margini con anche intaccature ossee e profonde.

Problematiche medico-legali in caso di utilizzo di arma bianca

- la diagnosi differenziale tra omicidio/suicidio/evento accidentale (quest'ultimo si tende ad escludere o comunque a considerare dopo esclusione degli altri due)
- la distinzione tra omicidio e suicidio non può prescindere sia dai dati circostanziali che da quelli autoptici
- elementi indicativi sono il numero e la sede dei colpi (una coltellata alla schiena è improbabile che sia suicidaria; nel suicidio ci sono sedi abbastanza tipiche che sono la

superficie volare dei polsi ma anche la sede precordiale, così come c'è un numero limitato di colpi)

- ferite da difesa
- "ferite da assaggio", sono tipiche del suicidio e sono date dalla timidezza del suicida a dare inizialmente un unico colpo secco (e quindi si vedono delle piccole ferite superficiali sempre nelle stesse sedi, non così definitive come il risultato finale, in cui invece la lesione mortale è tendenzialmente una)
- il tipo di arma, che se rinvenuta in prossimità del cadavere può far propendere per un suicidio; così come orienta l'arma in base alla facilità con cui il soggetto riesce a reperirla.

Esempi di ferite d'assaggio: sono tante, riusciamo a definirle come tali anche per i dati circostanziali del caso; sono, a parte una, tutte ferite superficiali, e si vedono anche i tentativi di prova nel capire sia la sede che la direzione del taglio.

L'altra invece è una ferita da difesa, in un caso di aggressione con un coltello, in cui ciò che viene spontaneo fare è cercare di afferrare la lama con gli arti superiori, per cui si vedono più ferite da difesa e una ferita da taglio con un lembo e parzialmente amputante il dito per il tentativo di afferramento della lama.

Un'altra sede non così rara di lesione da taglio in caso di suicidio è quella cervicale anteriore, sia come lesione da punta che come franca lesione da taglio, ed è abbastanza profonda, e nel distretto del collo c'è la possibilità di lesività vascolare così come delle vie respiratorie, anche con un meccanismo combinato tra franca emorragia e meccanismo asfittico, sia con impossibilità dell'aria di entrare che con annegamento interno per il sangue che entra in trachea e nell'albero bronchiale.

8. Lesività da arma da fuoco e lesività asfittica, 20-03-2018 [Del Sordo]

Le armi da fuoco si classificano come segue:

- Armi a proiettile unico: tendenzialmente piccole e portatili
- Armi a proiettile multiplo: hanno una canna o molto più lunga, un esempio sono i fucili da caccia.

Il principio di funzionamento è sempre lo stesso: c'è una carica di gas (la cui composizione varia a seconda del tipo di proiettile utilizzato) che viene fatta esplodere dalla percussione sul fondo della cartuccia. L'esplosione di questa miscela di gas determina quindi la propulsione del proiettile.

Lesività da arma da fuoco

Rifacendoci alla definizione di lesività, il proiettile è il corpo estraneo che viene espulso e quindi incontra l'integrità del soggetto.

Azione lesiva dei proiettili sui tessuti:

- Inizialmente avremo una azione di *percussione* (o azione di martello): la lesività caratteristica di questa fase percussiva è una lesività contusiva..
- La seconda azione in ordine temporale (seppur strettamente ravvicinata alla prima) è di *divaricazione* (o azione di cuneo): il proiettile rompe la cute, dilata i margini cutanei.
- Azione di *trapanazione*: il proiettile, passando per la canna dell'arma, acquisisce un movimento rotatorio che ha un potenziale destruente sui tessuti. Questo avviene soprattutto quando la canna dell'arma è rigata o dotata di un rilievo a spirale al suo interno. In effetti le armi a canne lisce stanno scomparendo vista la loro minore entità lesiva.

Problematiche medico-legali in caso di lesività da arma da fuoco

- Modalità di inizio:
    - omicidio
    - suicidio
    - evento accidentale

Le informazioni per dirimere la modalità derivano dall'autopsia, ma anche dai dati circostanziali, e - quando predisposto dall'autorità giudiziaria - dal sopralluogo medico legale sulla scena del crimine.

- Distanza di sparo: le informazioni a riguardo derivano soprattutto dall'autopsia. Non si riesce ad avere una precisione al centimetro, ma si può capire se il colpo è stato sparato da una distanza di 30-50 cm o da più lontano.
- Tipo di arma: analizzando i residui combusti o incombusti della polvere da sparo che si possono depositare sui vestiti della vittima o sulla cute.

<u>Arma da fuoco a proiettile singolo</u>

Caratteristiche della lesività da arma da fuoco

- Lesione di ingresso: il foro di ingresso
- Tramite: percorso intracorporeo del proiettile. Unisce il foro di ingresso con la lesione di uscita nel caso in cui la lesione sia trapassante, oppure con la nicchia terminale.
- Lesione di uscita/nicchia terminale
    - nicchia terminale: area del corpo dove si ferma il proiettile nel caso in cui questo non esca, tipico caso del proiettile ritenuto. Tendenzialmente la nicchia terminale è

localizzata o contro una struttura dura come un osso o contro una struttura con una certa elasticità come un organo parenchimatoso abbastanza compatto come il fegato o il polmone. La probabilità di ritenzione del proiettile dipende sia dalla distanza di sparo sia dalla composizione dei gas della cartuccia.

- Lesione a "semicanale" o a "setone" (traiettoria tangenziale rispetto alla superficie cutanea): in alcuni casi la lesione non è penetrante, ma si forma una lesione a semicanale o a setone, che è il classico caso del proiettile di striscio che passa tangenzialmente alla superficie cutanea
- Effetti secondari: oltre alle tre caratteristiche fondamentali ci possono essere degli effetti secondari dati dai gas che aiutano a distinguere se il colpo è stato sparato a contatto con la cute della vittima o da una distanza più o meno ravvicinata.

Lesione di ingresso

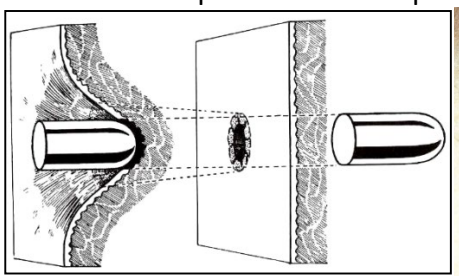
È una soluzione di continuo della cute (o foro o buco) che ha una forma variabile a seconda dell'angolazione del proiettile rispetto alla superficie cutanea. Se il proiettile arriva perpendicolarmente alla superficie cutanea, il foro è rotondo, se invece arriva con un angolo acuto, il foro tende ad avere una forma ovalare

Ha dimensioni inferiori a quelle del proiettile penetrato a causa di un effetto dato dall'elasticità della cute e da una certa retrazione dei margini del foro. Dunque non deve stupire se il calibro del proiettile è maggiore rispetto a quello del foro di ingresso.

I margini del foro sono finemente frastagliati e lievemente introflessi (deviati verso l'interno), proprio perché non è una lesione da taglio ma è una azione di percussione e divaricazione.

Nel foro di ingresso si trova sempre un orletto ecchimotico ed escoriativo. Prima si crea l'orletto ecchimotico dato dall'azione contusiva di martello del proiettile; poi la cute si lacera e nel momento in cui il proiettile penetra nella cute, i margini cutanei del foro strisciano sul proiettile stesso per cui si forma un'escoriazione (asportazione degli strati superficiali della cute). Quindi in definitiva avremo sia un orletto ecchimotico che un orletto escoriativo.

Nell'immagine sotto si vede il foro di ingresso, cioè la soluzione di continuo della cute. Attorno al foro si vede l'orletto escoriativo con l'asportazione degli strati superficiali della cute, ancora più esternamente si può vedere l'orletto ecchimotico con la cute ancora integra e violetta. Per colpi con direzione obliqua anche l'orletto escoriativo, così come il foro, diviene ovale ed è più esteso sul versante di provenienza del proiettile.



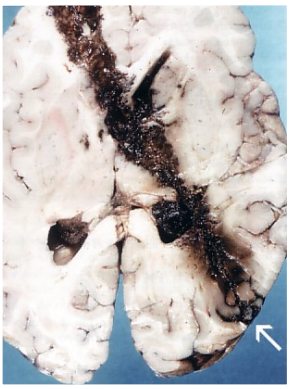
Tramite

È il tragitto compiuto dal proiettile all'interno del corpo, in genere unico per proiettile. In alcuni casi, tipicamente se entra in contatto con strutture ossee, il proiettile si frammenta all'interno del corpo con conseguente formazione di plurimi tramiti e fori di uscita a fronte di un solo foro di ingresso.

Se il tramite è trapassante si avrà il foro di uscita, se tramite è a fondo cieco si avrà il proiettile indovato con la nicchia terminale.

È impossibile ricostruire il verso del colpo dal tramite come dimostra l'immagine di sezione cefalica riportata, nella quale non si può dire se il proiettile ha viaggiato da occipitale a frontale o vice

versa. Questo tipo di considerazione si fa invece con l'analisi delle caratteristiche del foro di ingresso e di quello di uscita. Questo encefalo è stato fissato in formalina quindi il tramite appare più scuro rispetto al resto del parenchima e quindi è molto evidente. La fissazione in formalina richiede almeno una settimana nella quale il tessuto assume una compattezza sufficiente ad essere tagliato. Tale intervallo di tempo è troppo lungo per le esigenze dell'autorità giudiziaria, che richiede l'autopsia per la tempestiva localizzazione delle lesioni mortali. Quindi, di solito, in corso di autopsia l'encefalo non viene fissato in formalina, ma si effettuano delle sezioni seriate di circa 1 cm delle strutture encefaliche, per cui vedremo delle singole sezioni del tramite che non risulterà così ben evidente come nell'immagine proposta. Quello che si vede è comunque un tramite sfacelativo-emorragico all'interno delle strutture che attraversa.



Lesione di uscita

Si trova sulla cute, al termine dei tramiti trapassanti. È una soluzione di continuo della cute in genere più grande rispetto al foro d'ingresso. ed ha anche delle caratteristiche di maggiore irregolarità.

I margini possono essere sfrangiati ed estroflessi. L'estroflessione è rara da apprezzare a causa dell'elasticità della cute.

Non è mai presente l'orletto escoriativo, in quanto l'escoriazione si forma quando qualcosa entra nel corpo dall'esterno all'interno e così facendo striscia sulla cute.

È possibile avere una colorazione ecchimotica di significato contusivo quando la cute circondante il foro di uscita collide con un corpo esterno duro, ad esempio una cintura o un giubbotto molto spesso o nel caso in cui la vittima sia appoggiata a un muro o una superficie rigida.

Nelle immagini, il primo esempio è un foro di uscita molto regolare nel quale si può vedere un piccolissimo alone ecchimotico nella parte inferiore. Il secondo esempio è una lesione di uscita molto irregolare difficile da distinguere da una ferita lacero contusa: tale diagnosi differenziale è agevolata dai dati circostanziali, dal resto della sezione cadaverica, dalla sottostante frattura cranica e dalla presenza della lesione di ingresso.

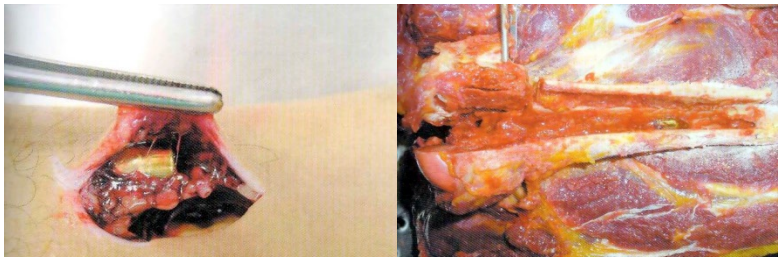
Nicchia terminale

È una infissione del proiettile al termine di un tramite; può trovarsi ovunque.

Il proiettile viene spesso arrestato da tessuti elastici o resistenti (cute, osso, polmoni, intestino)

Il proiettile che non esce o conteneva in cartuccia dei gas poco propulsivi o è stato sparato da un'arma che si inceppa o è stato sparato da una distanza abbastanza importante; quindi ha la forza di entrare ma non quella di uscire.

Nelle immagini: proiettile indovato nel sottocute di un braccio, e proiettile indovato in un osso lungo.



Tragitti a semicanale o doccia o setone
Il proiettile arriva con una direzione tangenziale e va a coinvolgere solo le strutture superficiali della cute.
Nell'immagine: classico colpo di striscio che interessa il cuoio capelluto. Assenti foro di ingresso e di uscita.

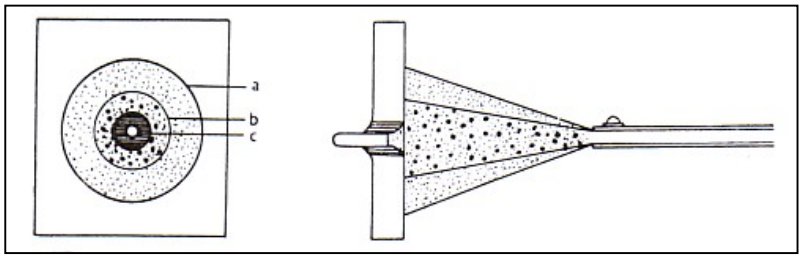
<u>Effetti secondari</u>
Aiutano a ricostruire la distanza di sparo

- Sono gli effetti di gas, fumi o particelle di polvere incombusta o parzialmente combusta che si possono ritrovare solo in prossimità della lesione di ingresso e aiutano a valutare la distanza di sparo
- Non si trovano mai a livello della lesione di uscita perché si esauriscono in un raggio centimetrico abbastanza contenuto

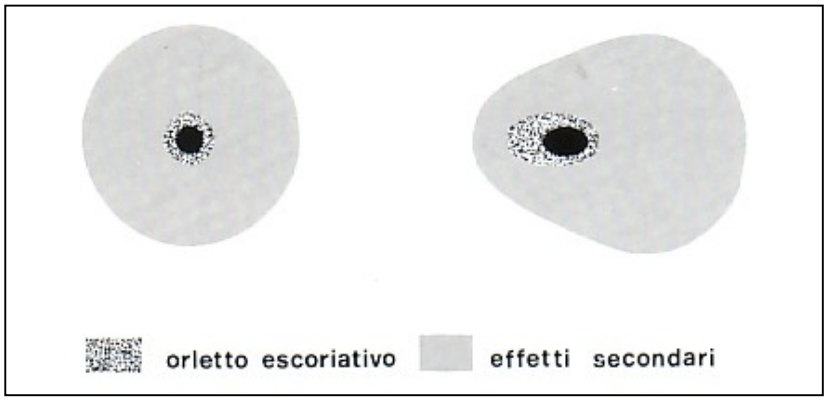
Sono:

- Affumicatura: deposito dei fumi che sono più leggeri e quindi si depositano entro un raggio più ampio
- Tatuaggio: deriva dal deposito di residui incombusti o parzialmente combusti
- Ustione: effetto del calore che esce dalla bocca dell'arma

Per quanto riguarda la forma, al pari della del foro e dell'orletto escoriativo/ecchimotico, per colpi ortogonali sono concentrici alla lesione di ingresso e tondeggianti, mentre per colpi obliqui hanno una forma ovalare che ha una disposizione opposta rispetto a quella dell'orletto escoriativo/ecchimotico, cioè si estendono maggiormente dalla parte opposta rispetto a quella maggiormente interessata dall'orletto escoriativo/ecchimotico.



Per colpi obliqui, area ovale: opposta rispetto all'orletto escoriativo/ecchimotico



Ustione

È una vera e propria lesione da calore. È un'area disepitelizzata, giallastra o arancione causata dall'alta temperatura dei gas liberati dall'esplosione. Si forma se la distanza tra la bocca dell'arma e la cute è molto piccola, al di sotto di 5-10 centimetri.
In questo caso il foro di ingresso è tondeggiante, quindi si supporrebbe un colpo ortogonale. L'ustione è però polarizzata da una parte, probabilmente a causa di caratteristiche specifiche della sezione della canna dell'arma.

Affumicatura

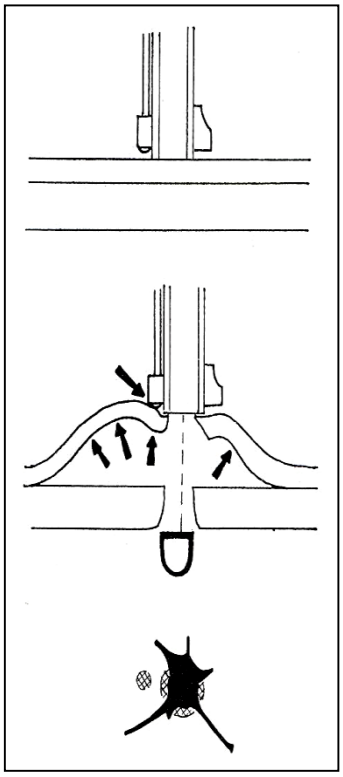
È un deposito di residui carboniosi della combustione (fumi) che si depositano sulla cute.
Appare come un imbrattamento nerastro, è un po' untuosa e lavandola è asportabile totalmente o parzialmente. Indica una distanza di sparo inferiore a 10-15 cm.
L'area nerastra nell'immagine è un'area di affumicatura

Tatuaggio

Infissione negli strati superficiali della cute e nel derma di particelle di polvere incombusta o parzialmente combusta .
Si tratta di lesioni puntiformi millimetriche rosse (per microemorragie che si possono creare) o rosso-nerastre (per infissione di particelle di polvere negli strati superficiali della cute), non asportabili con il lavaggio a differenza dell'affumicatura.
Indica una distanza di sparo inferiore ai 30-50 cm

Ustione, affumicatura e tatuaggio si formano quando la distanza di sparo è ravvicinata, ma l'arma non è a contatto con la cute.

Effetti secondari del colpo sparato a contatto con la cute



Se il colpo è stato sparato con l'arma a contatto con la cute si possono avere degli effetti diversi, soprattutto se la cute è adesa a un sottostante piano rigido, che tipicamente è rappresentato dalla teca cranica.

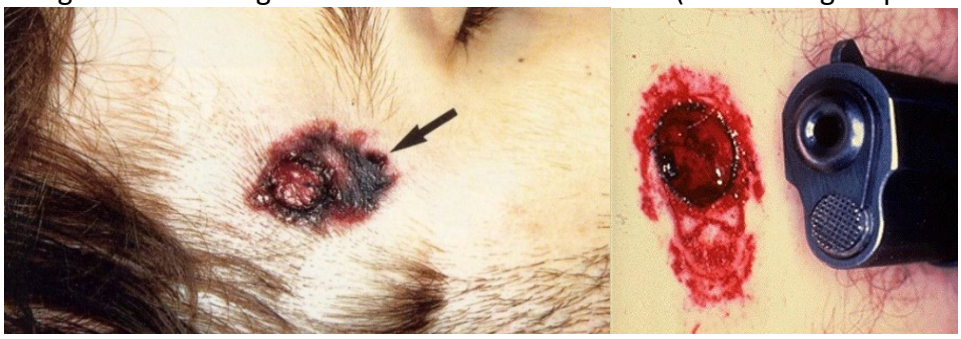
Si verifica una penetrazione dei prodotti dello sparo (proiettile, particelle di polveri, fumi, gas) nel tramite, per cui si ha assenza di effetti secondari esternamente sulla cute.

Gli effetti secondari non si formano sulla cute ma si formano all'interno delle strutture, e i gas che vengono liberati tendono a scollare la cute circondante il foro di ingresso dal sottostante piano osseo.

I gas esplodono tra il sottocute e l'osso e si ha quindi uno scollamento tra la cute e il sottostante piano rigido. Se tra cute e osso c'è uno strato di parti molli (tipico caso del colpo alla tempia, in cui tra la cute e l'osso si interpone il muscolo temporale) si ha un assorbimento parziale dell'espansione dei gas. Se la cute è invece intimamente adesa all'osso, la forma della lesione sarà molto più irregolare, avremo infatti un'ampia lesione stellata.

Alcune caratteristiche della bocca dell'arma possono essere riprodotte sulla cute.

Se tra cute e osso c'è uno strato di parti molli (assorbimento parziale di espansione dei gas), il foro d'ingresso può essere circondato da una lesione (escoriazione e contusione, ecchimosi) *a stampo* raffigurante l'immagine del vivo di volata dell'arma (vedi immagini qui sotto).



Nella seconda immagine escludiamo che la lesione escoriativa-contusiva presente sia un orletto escoriativo in quanto il foro di ingresso è rotondo, e quindi un eventuale orletto escoriativo dovrebbe essere concentrico e tondeggiante. È invece una lesione escoriativa contusiva prodotta dal vivo di volata dell'arma appoggiata sulla cute al momento del colpo.

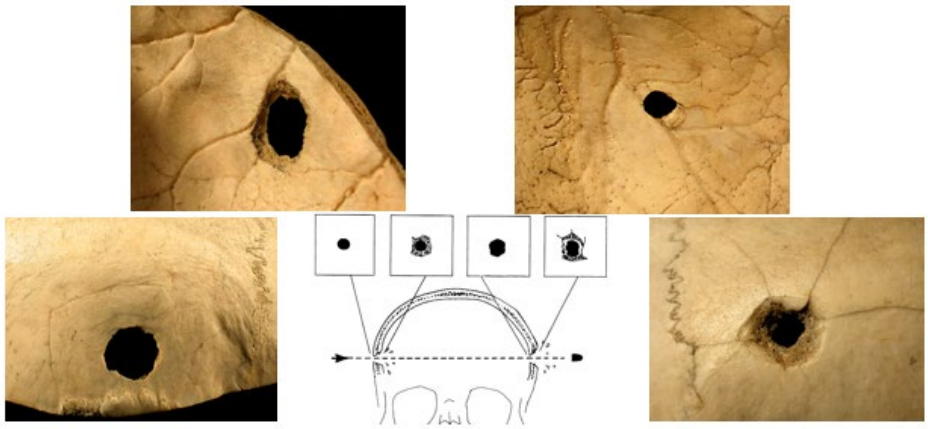
Se il colpo è stato sparato al cranio nella vittima, si troverà una lesione di ingresso ampia, a forma stellata/irregolare perché non c'è interposizione di tessuti molli tra cute e osso. Nella seguente immagine siamo in sede temporale di un soggetto magro.

Questa lesione di ingresso potrebbe venire scambiata per una lesione contusiva vista la sua irregolarità: la presenza di depositi di affumicatura mi aiuta nella diagnosi differenziale.
Nelle lesioni da arma da fuoco che interessano le ossa piatte del cranio, è possibile capire la direzione del colpo analizzando le caratteristiche di svasatura dei margini delle lesioni delle ossa stesse.
I margini all'interno dell'osso sono infatti svasati:

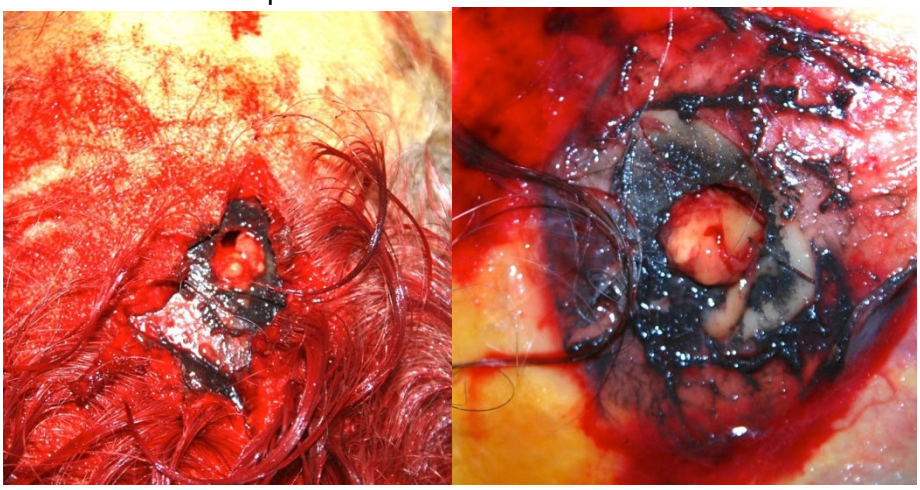
- verso l'interno per la lesione di ingresso
- verso l'esterno per la lesione di uscita

L'analisi di tali margini è utile soprattutto nei casi in cui le lesioni sulla cute siano particolarmente irregolari e non consentano di capire con chiarezza se si tratta del foro di ingresso o di uscita.

Il cranio



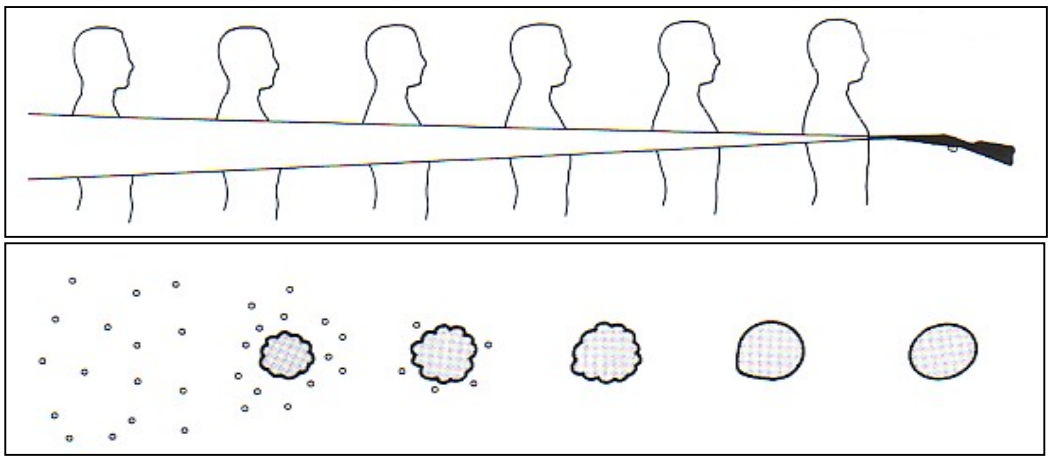
Nell'immagine si vede un foro di ingresso con grande imbrattamento ematico del cuoio capelluto e dei capelli. La galea capitis è esposta, e si vede il deposito dei residui di affumicatura che interessa il primo tratto del tramite e non la cute. Si può quindi supporre che il colpo sia stato sparato a contatto con la cute. A destra la stessa lesione scollato il cuoio capelluto: si vedono i residui di affumicatura sulla superficie esterna dell'osso.



Lesioni di uscita. Si vede una soluzione di continuo del cuoio capelluto molto irregolare. Sotto traspare il parenchima encefalico. L'assenza di alone escoriativo/ecchimotico e di depositi secondari, l'irregolarità dei margini e la svasatura verso l'esterno dei margini ossei fanno deporre a favore di un foro di uscita.

<u>Arma da fuoco a proiettile multiplo</u>

L'arma a proiettile multiplo dà delle lesioni sulla cute che variano a seconda della distanza di sparo. Il fucile è caricato a pallini, quindi più il colpo è sparato vicino al soggetto, più i pallini si comportano come un unico proiettile. Invece più il colpo è sparato lontano dal soggetto, più i singoli pallini hanno lo spazio per disperdersi e quindi, in questo caso, danno una rosata di piccole lesioni.



Lesione di ingresso

La massa dei pallini rimane "compatta" entro 1 metro, quindi se il soggetto si trova entro il metro dalla bocca dell'arma avrà una lesione di ingresso singola compatta. Aumentando progressivamente la distanza si avrà dapprima una lesione compatta circondata da piccole lesioni satelliti; infine si avranno multiple lesioni singole autonome senza massa centrale riconoscibile.

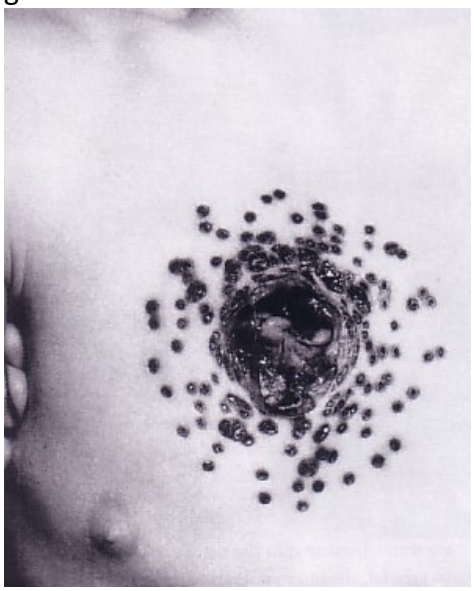
Nel caso in cui i pallini si disperdano, ognuno avrà la sua lesione di ingresso, il suo tramite e la sua lesione di uscita o la sua nicchia terminale. Più aumenta la distanza più è probabile che i singoli pallini non abbiano energia sufficiente ad uscire dal soggetto e rimangano quindi indovati nelle nicchie terminali.

In generale le armi a proiettile multiplo danno una grossa esplosione iniziale, ma hanno una forza propulsiva e un raggio di azione inferiore di quelle a proiettile singolo.

Se la distanza di sparo è entro 1 m, si avrà quindi una grossa soluzione di continuo della cute tondeggiante come in immagine qui sotto. L'orletto escoriativo/ecchimotico è poco sviluppato.

Per una distanza di sparo tra 1 e 4 metri, si forma una massa di pallini al centro con dei piccoli fori "autonomi" in periferia, ognuno dei quali ha le caratteristiche della lesione di ingresso con soluzione di continuo della cute ed orletto ecchimotico/escoriativo

Oltre i 4 metri di distanza tra bocca dell'arma e vittima si hanno lesioni "autonome" senza la grossa lesione centrale



Tramite

I tramiti sono sempre multipli (anche se a contatto) perché ogni pallino entrato all'interno del corpo avrà un suo tramite autonomo, anche nei casi in cui la lesione di ingresso è unica per tutti i pallini. Ogni tramite ha le stesse caratteristiche di quello di un proiettile unico.

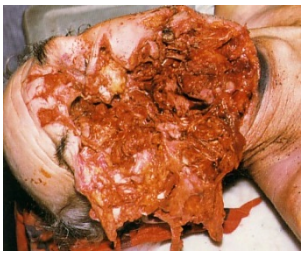
Lesioni di uscita/nicchie terminali

Le lesioni di uscita sono rare (rapido esaurimento). È molto più è probabile trovare proiettili trattenuti. Nei casi in cui si trovano, le lesioni di uscita si presentano come ampie soluzioni di continuo molto destruenti con diametro maggiore della lesione di ingresso.

In immagine (sede parietale destra): lesioni di uscita molto destruenti.

Effetti secondari da colpo a distanza ravvicinata

Si possono trovare gli stessi effetti secondari della lesione da arma da fuoco a proiettile singolo.
Il tatuaggio viene spesso mascherato dalla rosata di pallini.
Una caratteristica dei colpi di fucile da caccia sparati da una distanza inferiore a circa 50 cm è la possibilità di trovare la **borra** in sede di lesione. La borra è uno stoppaccio di feltro o altri tessuti che viene interposto tra pallottola e carica esplosiva durante il caricamento dell'arma e viene trascinato dallo sparo. Lo si trova all'interno della lesione.



Effetti secondari da colpo a contatto
La grande quantità di gas liberata nella lesione di ingresso causa delle lesioni da "esplosione" molto destruenti.
Sulla sede di appoggio della bocca dell'arma ci possono essere delle lesioni secondarie da affumicatura (nella immagine sono presenti residui di affumicatura in sede sottomentoniera).
Si vede un sottile orletto escoriativo/ecchimotico.

<u>Risoluzione delle problematiche medico legate correlate alla lesività da arma da fuoco</u>
Problematiche:

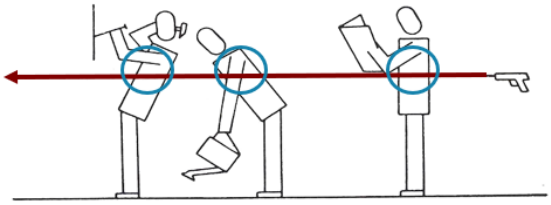
- identificazione dell'arma in base alle lesioni
- numero di colpi e loro successione cronologica
- orientamento dei tramiti, direzione dei colpi, posizione reciproca di feritore e vittima
- distanza di sparo
- diagnosi differenziale tra suicidio, omicidio ed evento accidentale
- indagine autoptica + eventuale sopralluogo medico-legale

Identificazione dell'arma
Si può risalire all'arma dal tipo di proiettile ritenuto o dalla borra utilizzata anche con l'ausilio di una indagine balistica. Tuttavia la stessa arma può venire caricata con proiettili differenti.
Il diametro del foro sulle ossa piatte dà indicazioni sul calibro della munizione. Infatti il foro di ingresso non è un buon indicatore del calibro del proiettile visti gli effetti dell'elasticità della cute.
Si può risalire al tipo di arma a partire dall'eventuale lesione figurata del vivo di volata. È possibile inoltre capire se è stato utilizzato un silenziatore durante il colpo a contatto ricercando un eventuale orletto contusivo attorno al foro di ingresso.

Numero di colpi e successione cronologica
La conta del numero di colpi si basa sull'identificazione dei fori di ingresso e dei rispettivi tramiti.
In alcuni casi (osso) il proiettile può frantumarsi ed ogni frammento darà un tramite e una lesione di uscita/nicchia terminale.
Eventuali differenze di intensità di infiltrazione ematica (segni di vitalità): in alcuni casi ci possono essere differenze di intensità di infiltrazione ematica dell'orletto escoriativo/ecchimotico e del tramite sfacelativo-emorragico che ci suggeriscono la successione. Ad esempio nel caso in cui sia stato sparato un primo colpo che ha compromesso la funzione cardiaca, e poi - dopo un certo intervallo di tempo abbastanza consistente - un secondo colpo, il primo avrà una infiltrazione ematica maggiore del secondo, visto che al momento del secondo colpo la funzione cardiaca e quindi la perfusione periferica era già compromessa.
La successione cronologica è complicata da ricostruire in quanto durante un omicidio i colpi solitamente vengono sparati in rapida successione.

Orientamento dei tramiti, direzione dei colpi, posizione reciproca di feritore e vittima

La posizione reciproca tra feritore e vittima è molto difficile da ricostruire perché con l'autopsia si può descrivere solo l'orientamento del tramite rispetto alla posizione anatomica (cadavere supino) del cadavere e quindi ai piani del corpo. Il soggetto avrebbe però potuto assumere infinite posizioni rispetto ai piani dello spazio al momento del colpo.
Indicazioni sulla direzione del colpo possono venire dalla forma (circolare od ovalare) dell'orletto ecchimotico-escoriativo del foro d'ingresso.
Si procede comunque all'integrazione di altri dati (indagini di polizia scientifica, balistica…)



Nel caso del paziente sporto in avanti, in sede di autopsia si rileverà un tramite da postero-caudale ad antero-craniale, come se il proiettile fosse stato sparato dal basso verso l'alto.

Distanza di sparo
Ci si basa sulle caratteristiche della lesione:

- Colpo a contatto: caratteristiche particolari del colpo sparato a contatto con la cute soprattutto se presente piano rigido al di sotto della cute.
- Colpo sparato da meno di 50 cm: effetti secondari (ustione, affumicatura, tatuaggio) che si esauriscono tutti entro 50 cm.
- Colpo sparato da oltre 50 cm: indagini specifiche
    - istologia: analisi dei residui di sparo non visibili macroscopicamente
    - indagini balistiche: presenza microscopica di residui di polvere da sparo sui vestiti

Diagnosi differenziale tra omicidio, suicidio ed evento accidentale
Non c'è nessuna regola costante, si segue il buonsenso e la logica

- **Omicidio**
    - nessuna regola costante
    - sedi incompatibili con il suicidio (colpo alla schiena, colpi agli arti)
    - colpi multipli e distanza superiore a 50 cm tendenzialmente mi fanno escludere il suicidio
    - spesso più di un colpo esploso, in genere non a contatto
    - ferite agli arti superiori per difesa
    - dati circostanziali
- **Suicidio**
    - colpo unico, a contatto
    - sede caratteristica (tempia, fronte, bocca, mento, torace)
    - residui di affumicatura o combustione sulla mano che ha impugnato l'arma
    - rinvenimento dell'arma in prossimità del cadavere
    - dati circostanziali: lettera di commiato, cadavere rinvenuto a casa sua senza segni di effrazione delle porte o finestre
- **Evento accidentale**: colpo unico (incidenti di caccia o durante pulizia arma)

Asfissia meccanica
Processo per cui è impedita la penetrazione o il rinnovamento dell'aria nei polmoni, oppure il contatto di essa con le superfici alveolari in modo da aversi una sospensione del respiro e conseguentemente della ematosi. In sintesi è l'ostacolo alla dinamica in/espiratoria.

Si parla di asfissia meccanica quando c'è un ostacolo meccanico al processo respiratorio, e si escludono tutte le cause patologiche naturali, e le asfissie tossiche come l'intossicazione da CO in cui non c'è un impedimento vero e proprio della meccanica respiratoria.

Classificazione delle asfissie meccaniche

- Soffocazione esterna: per mezzo di un agente esterno, che agisce dall'esterno del paziente
  - Soffocazione esterna diretta: da occlusione degli orifizi respiratori (mano sul naso e bocca..)
  - Soffocazione esterna indiretta: da impedimento degli atti respiratori per immobilizzazione del mantice toracico (morte nella folla, seppellimento, sospensione, crocifissione...)
- Soffocazione interna: da ostruzione delle vie respiratorie dall'interno: annegamento, asfissie da aspirazione, sommersione interna…
- Compressione delle vie respiratorie: strozzamento, strangolamento, impiccamento. Non occlusione degli orifizi ma delle vie respiratorie.
- Da carenza di ossigeno nell'aria respirata: confinamento

Fenomenologia del processo asfittico

La fenomenologia del processo asfittico è sempre la stessa a prescindere dalla fattispecie e si distingue in tre fasi

- I fase (periodo irritativo): dispnea inspiratoria/espiratoria caratterizzata alterazioni della coscienza e movimenti convulsivi
- II fase (periodo di pausa o della morte apparente): pausa respiratoria e rilassamento muscolare
- III fase (periodo terminale): non si ha una ripresa della coscienza ma si hanno degli atti riflessi di boccheggiamento, e infine si arriva all'arresto cardio-respiratorio. Descritta solo in alcuni casi.

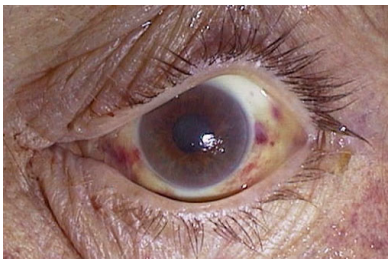
Note Asfittiche

Lesioni caratteristiche che si trovano sia all'esterno che all'interno del cadavere nella maggior parte dei processi asfittici meccanici.

Esterne: indicative di un processo asfittico e più in generale di una morte rapida.

- *Ipostasi* intense ed estese: le ipostasi sono una colorazione particolare della cute che deriva dall'arresto dell'attività cardiaca per cui il sangue per decombenza va a raccogliersi in sede declive per gravità; si trovano su tutti i cadaveri a prescindere dalla causa di morte. Quindi nel decesso di un soggetto in posizione supina le ipostasi andranno a formarsi sulla schiena. Nel caso di una morte asfittica le ipostasi sono più estese ed intense rispetto alla norma a causa di un generico stato di ipocoagulabilità del sangue: se in genere nel soggetto morto supino le ipostasi arrivano all'ascellare media, nel soggetto morto supino per asfissia meccanica le ipostasi arrivano all'ascellare anteriore.
  Invece nei morti per dissanguamento (es incedente stradale) le ipostasi saranno logicamente meno rappresentante (ad es. nel cadavere supino, arriveranno all'ascellare posteriore o si raccoglieranno solo in sede periscapolare).
  Nelle morti agoniche in cui si ha una fase terminale molto lunga il sangue nel cadavere tende a "raggrumarsi" in coaguli per cui avremo ipostasi meno marcate. In generale quindi le ipostasi ci aiutano anche a capire se la morte è stata più o meno rapida.

Non è chiaro perché ci sia questo stato di ipocoagulabilità nelle morti asfittiche, si pensa ad una lisi cellulare con liberazione di catecolamine.



- Cianosi del volto
- Congestione congiuntivale
- Punteggiature ecchimotiche di petecchiali cutanee e congiuntivali o sottocongiuntivali (petecchie sottocongiuntivali in immagine)

<u>Interne</u>

- Fluidità ematica, sangue abbondante fluido, senza coaguli, che si raccoglie nei grossi tronchi venosi
- Sovra-replezione dei grossi tronchi venosi
- Congestione viscerale (fegato, encefalo e polmone congesti)
- Petecchie sottosierose (sottopleuriche, sottomesoteliali, sottopericardiche): le petecchie sono una punteggiatura submillimetrica o subcentimetrica. Sono indicative di morte rapida e asfittica.

Ipostasi estese in figura: colorazione rosata-rossastra, sangue raccolto. Si nota il segno dell'elastico delle mutante, il quale fa collabire i vasi a quel livello e impedisce la formazione della ipostasi.

<u>Soffocazione esterna diretta</u>

Ostruzione diretta delle aperture aeree fisiologiche (naso e/o bocca)

- per apposizione delle mani dell'aggressore soprattutto nel caso di bambini o neonati
- per interposizione di oggetti più o meno grandi (cuscini, coperte, asciugamani…)

Se attuata su soggetti che oppongono poca resistenza o con oggetti "morbidi" si troveranno minime tracce all'esame esterno a parte le note asfittiche generiche. Fare diagnosi di soffocazione esterna diretta è estremamente difficile.

<u>Soffocazione esterna indiretta</u>

- dovuta all'impossibilità di espandere il mantice toracico
- ad esempio in caso di crolli o schiacciamenti (morte nella folla), seppellimenti, crocifissioni, sospensioni (le ultime due sono anche dette asfissie posizionali)…

Talora è evidente la maschera ecchimotica, ovvero una cianosi dei tegumenti di capo, collo e parte superiore del torace con ecchimosi puntiformi di cute e congiuntive. Questo perché, venendo schiacciato il torace, si formerà una congestione dei distretti craniali.

<u>Soffocazione interna</u>

Ostruzione che agisce dall'interno delle vie aeree

- Corpi di natura eterogenea:
    - Alimenti: morte da bolo alimentare o per intasamento. Un alimento compatto, solido non viene incanalato nel tubo digerente ma si blocca a livello tracheale

alto o a livello dell'epiglottide (soprattutto in caso di patologie neurologiche, soggetto anziano, bambino)
    - Oggetti, neoplasie, liquidi

Sommersione interna:

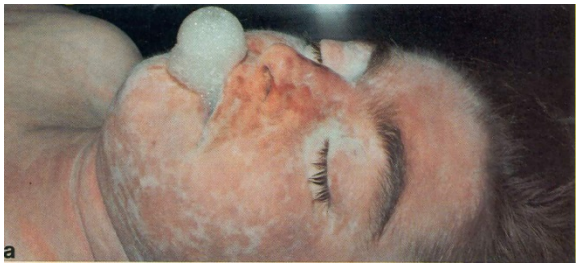
- Inondamento delle vie respiratorie da parte di un fluido proveniente dall'interno dell'organismo (sangue, pus, vomito) fino all'occlusione delle stesse.
- Evento secondario a scannamento suicida/omicida. Si ricorda che per scannamento si intende l'apertura delle "canne" della gola, quindi trachea e vasi del collo. Quindi in questi casi la causa di morte è combinata: scannamento e sommersione interna.

Annegamento

- Rientra nelle soffocazioni interne
- Ingresso di un mezzo liquido esterno all'organismo, nell'albero respiratorio
- Sostituzione del contenuto aereo dei polmoni ed impedimento dei normali scambi gassosi
- Morte in acqua (*idrocuzione*): morte per immersione in acqua che non riconosce una franca genesi asfittica (impedimento normali scambi di gas), ma si suppone ci sia un meccanismo di inibizione nervosa o di soppressione circolatoria in soggetti con preesistenti patologie o iperreattività. Descritta in letteratura un po' datata, non è tuttavia una diagnosi che si può fare al tavolo autoptico. È possibile però avere casi di morti in acqua nei quali mancano i segni classici dell'annegamento, e quindi si può supporre una causa diversa.
- L'annegamento entra in diagnosi differenziale con la sommersione di cadavere nella quale la morte è avvenuta precedentemente per una causa diversa.

Segni esterni di anneggamento: dati circostanziali e segni asfittici generici

- Cute anserina: pelle macerata
- Rinvenimento di materiale estraneo nelle cavità naturali, tra i capelli, sotto le unghie (sabbia, alghe)
- Fungo schiumoso/mucoso: vera e propria schiuma composta principalmente da acqua e aria che fuoriesce dalla cavità orale dopo alcune ore dalla estrazione del cadavere dall'acqua. La sua fuoriuscita è favorita sia da fenomeni putrefattivi, sia dal fatto che l'espansione dei gas intestinali comprime il torace e quindi i polmoni. Ha consistenza abbastanza compatta e dopo alcuni giorni scompare per disidratazione, lasciando eventualmente un alone biancastro intorno alla bocca. È molto più raro a livello delle cavità nasali.


a

Segni interni di annegamento

- Congestione mucosa laringo-tracheale
- Schiuma/corpi estranei (sabbia, alghe contenute nel liquido annegante) nel lume tracheo-bronchiale
- Polmoni iperespansi perché pieni di liquido annegante, oppure perché con gli ultimi atti inspiratori forzati si rompono i setti alveolari con incremento della quota aerea: si parla di iperaeria o iperidria. I polmoni iperespansi coprono l'aia cardiaca. Molto evidente all'apertura del torace.
- Liquido annegante in stomaco e intestino

Cadavere in acqua

- Il corpo in acqua può risalire in relazione a processi putrefattivi (fase enfisematosa): il corpo risale e affiora dall'acqua perché si gonfia di gas. In caso di lesioni superficiali della cute, i gas putrefattivi escono dal corpo per cui il corpo stesso può riaffondare.
- Un soggetto morto per annegamento in acqua spesso si provoca delle lesioni cutanee per raschiamento con elementi del fondale del mare/fiume/lago che sia. Tali lesioni si differenziano da eventuali lesioni provocate al soggetto prima che morisse perché non hanno caratteristiche di vitalità.

La permanenza in acqua influenza i fenomeni tananotologici/trasformativi

- raffreddamento
- ipostasi
- macerazione cutanea
- putrefazione

Diatomee

Le diatomee sono alghe microscopiche unicellulari, con guscio siliceo formato da due valve che possono diffondersi nel cadavere annegato proliferando soprattutto a livello della diafisi femorale. Contenute nel liquido annegante, sono assorbite a livello gastrico e si diffondono quindi nel cadavere. Sono un elemento diagnostico di annegamento.

Sono state studiate delle tecniche di confronto tra le diatomee contenute nel cadavere e le diatomee che proliferano nell'acqua del luogo del presunto annegamento in modo da capire dove è annegato il soggetto. In realtà ci sono moltissimi fenomeni di contaminazione per cui anche sugli strumenti autoptici e nell'acqua del rubinetto della sala autoptica possono esserci diatomee che andrebbero quindi a contaminare il cadavere inficiando i risultati dello studio.

Diatomee in sede periferica (diafisi femorale): elemento diagnostico per annegamento.

Compressione delle vie respiratorie

- Impiccamento
- Strangolamento
- Strozzamento

Il meccanismo si basa sulla chiusura delle vie aeree. Ma il meccanismo finale che porta alla morte non è chiaro se sia unicamente riflesso/nervoso o vascolare o asfittico.

Impiccamento

- sospensione del corpo mediante laccio al collo
- costrizione cervicale per effetto del peso del corpo

Il peso del corpo va a gravare sul collo dove c'è un laccio, che quindi si chiude con conseguente costrizione cervicale.

Classificazione:

- Completo: il corpo è completamente sospeso e il laccio chiude completamente le strutture del collo.
- Incompleto: vi è un appoggio dei piedi o delle ginocchia. Anche se c'è un minimo scarico, il peso di tronco e arti superiori porta comunque alla costrizione delle strutture cervicali e al decesso.
- Tipico: classico in cui il nodo è in sede nucale
- Atipico: il nodo è a destra o a sinistra o più raramente davanti

Problematiche medico legali relative all'impiccamento

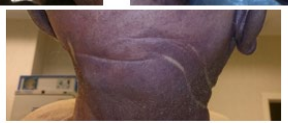
- Suicidio o omicidio? Difficile esprimersi sulla base dei soli dati autoptici.
- Sospensione di cadavere: mancanza delle caratteristiche di vitalità delle lesioni

Caratteristiche dell'impiccamento

Solco: impronta lasciata dal laccio sul collo

- Quasi sempre sovralaringeo o sovratiroideo: infatti in qualsiasi punto si metta il laccio, nel momento in cui il peso del corpo grava sul nodo, il laccio scorre verso l'alto arrestandosi in sede sovralaringea/sovratiroidea.
- Soprattutto in caso di impiccamento tipico, il solco è obliquo dall'alto verso il basso e da posteriore ad anteriore
- Discontinuo perché dove c'è il nodo non rimane l'impronta
- Può essere figurato/escoriato/più o meno profondo e riprodurre la natura del mezzo
- A singola voluta

In immagine: solco da impiccamento escoriato (asportazione degli strati superficiali della cute) rossastro, in sede sovralaringea, obliquo dall'alto al basso.
Nella figura sotto: stesso solco visto da dietro. Posteriormente è interrotto perché c'è il nodo della corda che non lascia l'impronta. Specularmente al nodo, in sede anteriore il solco sarà più profondo in quanto in questo punto viene applicata la massima pressione.



La forma del solco può riprodurre la forma del mezzo è stato usato per impiccarsi. in questo caso riproduce due binari biancastri in quanto è stata usata la corda della tapparella.
Se il mezzo è morbido (es cravatta, sciarpa) il solco è molto meno evidente

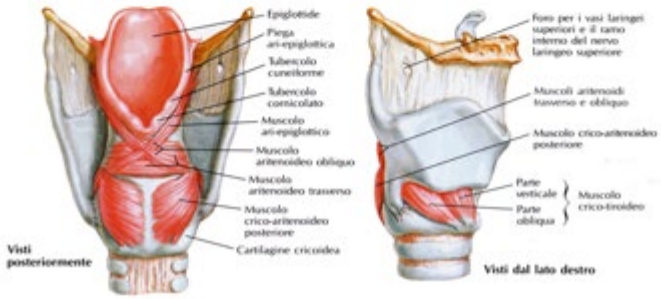
Segni esterni di impiccamento

Note asfittiche generiche interne e esterne

- Ipostasi in sede tipica: a calza e a guanto
- In alcuni casi protrusione della lingua
- Petecchie in sede congiuntivale o ipostatica
- Solco

Segni interni di impiccamento

- Note asfittiche generiche
- L'effetto costrittivo del laccio sul collo causerà due tipi di lesioni:
    - Infiltrazione emorragica dei fasci muscolari cervicali (segno di vitalità cioè il cuore funzionava nel momento in cui è stato applicato il laccio)
    - Rottura cornetti superiori della cartilagine tiroidea della laringe e/o dei cornetti dell'osso ioide (infiltrazione): più frequente se il laccio è di un materiale duro rigido (ad es catena), meno se morbido. In caso di sospetto impiccamento, la dissezione delle strutture del collo si effettua con particolare attenzione mediante scollamento dei vari piani.



Infiltrazione emorragica dei muscoli del collo e frattura dei cornetti superiori della cartilagine tiroide.

L'impiccamento è da distinguere dall'impiccagione

- L'impiccagione è una pratica di impiccamento usata come pena. Un tempo si usava botola e tirapiedi al di sotto del condannato.
- Dà lesioni molto più destruenti perché oltre al peso del corpo si aggiunge l'accelerazione del corpo che cade nella botola, che causa spesso la rottura del dente dell'epistrofeo e/o altre vertebre cervicali.

Strangolamento

Costrizione del collo mediante laccio.

Simile all'impiccamento, ma in questo caso non si ha il peso del corpo che grava sul collo e stringe il laccio. Il laccio può venir stretto con le mani o in altro modo, eccetto che dal peso del corpo della vittima.

Cause:

- Evento accidentale: infortunistica del lavoro, per sciarpa o cravatta che si incastra in un macchinario e viene quindi tirata.
- Omicidio

Vi sono alcune differenze rispetto all'impiccamento, in sede di esame esterno:

- Il solco è spesso sottolaringeo perché non c'è il peso del corpo che sposta verso l'alto il laccio. In generale se trovo un solco sottolaringeo tendo ad escludere l'impiccamento.
- Il solco può essere multiplo per la presenza di più volute. È trasverso o lievemente obliquo, non ha la classica disposizione del solco da impiccamento; è continuo per assenza del nodo. Se il mezzo è soffice come un asciugamano o un lenzuolo, il solco sarà poco

evidente. Può essere figurato/escoriato/più o meno profondo e mostrare la natura del mezzo soprattutto se si tratta di stringhe o cavi elettrici o corde

Segni esterni simili a quelli dell'impiccamento

- Petecchie congiuntivali
- Solco
- Ipostasi estese ed iperintense

Segni interni

- Note asfittiche generiche
- Infiltrazione emorragica dei fasci muscolari cervicali (segno di vitalità)
- Presenza di lesioni alle strutture cartilaginee laringo-tracheali e non alto-cartilaginee come nel caso dell'impiccamento

Strozzamento

Costrizione manuale del collo con compressione delle vie aeree e vascolo/nervose. La costrizione è causata dalle mani, o da qualsiasi altro mezzo che non sia né un laccio (strangolamento), né il peso del corpo che agisce su un laccio (impiccamento).

Anche in questo caso non è chiaro se la morte avvenga per costrizione delle vie aeree o dei vasi del collo o per inibizione nervosa.

Possono essere entrambe le mani ad afferrare la circonferenza del collo oppure – soprattuto nei bambini – pollice ed altre dita ad afferrare laringe e trachea.

Segni esterni

- Petecchie congiuntivali e altre note asfittiche
- Lesioni ecchimotiche/escoriate al collo dovute a dita/unghie dell'aggressore
- Lesioni da difesa: unghiature della stessa vittima che cerca di staccare le mani dell'aggressore
- Segni sulle mani e materiale al di sotto delle unghie della vittima: in sala autoptica durante l'autopsia per omicidio "si fanno le unghie" alla vittima, cioè le si tagliano le unghie per eventualmente ricercare materiale biologico dell'aggressore al di sotto di queste sul quale svolgere indagini genetiche.

Segni interni

- Note asfittiche generiche
- Infiltrazione emorragica dei fasci muscolari cervicali (segno di vitalità e indice generico di azione costrittiva)
- Lesioni di strutture cartilaginee laringo-tracheali: le lesioni quindi possono essere sia laringee-alte come nell'impiccamento, che tracheali come nello strangolamento.

I segni non sono così chiari; lesioni aspecifiche escoriative in sede sottomandibolare e alla radice del collo.

Confinamento

Altra forma di lesività asfittica in cui non si ha una compressione delle strutture del collo né l'ostruzione di orifizi naturali, ma si ha il consumo di ossigeno nell'aria senza ricambio.

Si chiama confinamento perché dopo un determinato periodo di tempo variabile a seconda delle dimensioni del luogo, finisce l'O_2 e si continua a respirare CO_2 con conseguente asfissia.

Cause:

- Evento accidentale
- Omicidio
- Suicidio: raro, tranne casi particolari combinati come la reclusione nell'abitacolo dell'automobile con tubo di scappamento deviato nell'abitacolo della macchina stessa. La morte avviene per intossicazione da gas di scarico combinata al confinamento.

Plastica bag suffocation

Pratica raramente accidentale, molto più frequentemente suicidaria, in cui si combinano diverse modalità lesive. Consiste nell'apposizione di un sacchetto di plastica intorno al collo e nella sua chiusura con dello scotch o con un laccio.

Si combinano diverse modalità lesive:

- Soffocazione esterna diretta in quanto il sacchetto nelle fasi terminali va a occludere gli orifizi naturali
- Confinamento
- Strangolamento perché il sacchetto è chiuso attorno al collo con un laccio
- Lesività chimica da intossicazione se nella plastic bag viene introdotto del butano (bombolette di gas da campeggio), pratica utilizzata dai carcerati.

9. Omicidio, Percosse e Lesioni personali, 21-03-2018 [Genovese]

Ripasso della lesività

Differenza tra ferita lacero-contusa e ferita da taglio: le ferite da taglio sono uno tra gli incidenti domestici più comuni e sono dovute a oggetti affilati come coltelli o vetri. Si presentano in genere come ferite lineari e dai margini netti.

Le ferite lacero-contuse sono lesioni contusive che si determinano quando la compressione esercitata sulla cute è particolarmente violenta, sì da determinare una discontinuazione dei tessuti. Nelle ferite lacero-contuse vi è una prevalente azione di compressione ed una coesistente azione di trazione (nelle ferite lacere, invece, prevale il meccanismo di stiramento). Le ferite lacero-contuse presentano margini irregolari, finemente sfrangiati ed ecchimotici e non riflettono la morfologia dello strumento che le ha prodotte. Inoltre tra i margini della ferita si interpongono sottili ponti di tessuto fibroso, il che consente di effettuare un'agevole diagnosi differenziale con le lesioni da taglio.

Differenza tra impiccamento e strangolamento: l'impiccamento rappresenta una forma di asfissia provocata dalla compressione del collo da parte di un laccio fissato ad una estremità e stirato verso il basso dal peso del corpo, completamente o incompletamente sospeso.

Un laccio (corda, cinghia, lenzuolo, asciugamani) viene in genere fissato con un estremo ad un punto elevato, l'altra estremità viene annodata ad ansa fissa o mediante nodo scorsoio. L'individuo si pone in una posizione più alta rispetto al suolo (ad esempio, salendo su una scala), fa passare il capo dentro l'ansa (ponendo quindi il cappio intorno al collo), e si abbandona nel vuoto.

NB: Per palare di impiccamento il laccio deve essere messo in trazione dal peso del corpo.

La lesività che si vede nell'impiccamento è legata ai cornetti tiroidei e a quelli ioidei. In uno studio condotto su 100 impiccati dal prof agli inizi della sua carriera, tramite un'apertura del collo un po' più complicata ma che ormai è diventata prassi in istituto di medicina legale, si è andati a vedere il collo in situ e non facendolo asportare al tecnico, perché l'idea che si era ipotizzata è che il tecnico, tirando giù il collo ed il torace, potesse manipolare e rompere questi cornetti. Si è così scoperto che la frattura dei cornetti ioidei (che sono quelli che più facilmente si rompono) è legata all'età della persona (nell'anziano è più facile che nel giovane, per un'ovvia questione di elasticità dei tessuti) e che non sempre è associata ad infiltrati di sangue, proprio per via dell'azione costrittiva che, forse, va ad interferire sul normale afflusso di sangue in regione cervicale. La diagnosi differenziale tra una lesione in vita ed una lesione non in vita è data proprio dall'infiltrazione emorragica.

Un esempio di impiccamento accidentale (evento raro) è dato nella cronaca recente da una ragazzina di 13 anni di Bollate che, svenendo in bagno, rimane impigliata con il colletto di una T-shirt al gancio di un porta-rotolo di carta igienica.

Altri esempi simili, riportati in letteratura (anche questi rarissimi), descrivono di bambini norvegesi che, andando sull'altalena, con la sciarpa che gli rimaneva impigliata al gioco e, cadendo dall'altalena, morivano impiccati.

Lo strangolamento si determina per compressione del collo mediante un laccio o altro mezzo idoneo (spesso avvolto con più giri) mediante una forza esterna (diversa da quella del peso corporeo) applicata generalmente secondo un piano perpendicolare rispetto all'asse maggiore del collo. Di solito la forza estranea che effettua la trazione del laccio è quella muscolare delle braccia dell'aggressore che si pone o al davanti o, più spesso, alle spalle della vittima. Talvolta, invece, la costrizione viene esercitata mettendo in trazione il laccio attorno ad un'asta (garrottamento).

Le *lesività da arma bianca* si dividono in:

- Da punta: esempi di lesioni da punta sono il fioretto, la freccia, il cacciavite, l'ago ed il chiodo.
- Da taglio
- Da punta e taglio
- Da fendente: sono più che altro le caratteristiche dello strumento a definire la lesività fendente. Deve essere uno strumento affilato e pesante e deve usare la forza di gravità come modalità d'azione. La sciabola è un tipico esempio di lesione da fendente.

L'*impalamento* consiste nella penetrazione di un palo acuminato che, lacerando il perineo, viene forzato nelle cavità corporee, solitamente limitandosi a quella addominale ma talvolta interessando anche quella toracica. Generalmente i soggetti muoiono sul colpo perché il palo lacera l'intestino in più tratti, ed eventualmente può provocare lesioni dell'aorta o dilaniare il diaframma ed arrivare al cuore o ad organi nobili, lesionandoli.
Esempi:

- Un signore mentre raccoglieva i fichi dall'albero è caduto e si è impalato su un palo acuminato.
- Un imprenditore aveva progettato un sistema di carrucole (dotato di palo) con cui si dava all'autoerotismo, e, una volta, si ruppe la fune con cui si alzava e morì sul colpo (impalato).
- Secondo la leggenda Dracula fece impalare i nemici (e infatti veniva chiamato "Vlad l'impalatore").

Il *fucile a canne mozze* è un tipo di fucile in cui si sono accorciate le canne per far sì che, aprendosi prima la rosa, si abbia una maggior probabilità di colpire la vittima (forse non di ucciderla, ma di colpirla). Veniva utilizzata come arma in ambito mafioso perché più facilmente occultabile sotto impermeabili o cappotti, e, dava una maggior probabilità di ferire/uccidere la vittima.

Omicidio

L'**articolo 575 del Codice Penale** dice che: *"Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno."*
Chiunque vuol dire chiunque, compresi ad esempio gli agenti di polizia. Con questo articolo si è sancito che in Italia non si possono uccidere le persone, in senso generale. Questo sta a significare anche che in Italia non è riconosciuta la pena di morte.
Nel concetto di reclusione, inteso in maniera primordiale, c'è una situazione di difesa del gruppo nei confronti di qualcuno che compie qualcosa di grave (di cui uccidere rappresenta l'apoteosi).
Il prof si è interrogato su questa durata di ventuno anni, ed ipotizza che essendo al tempo in cui è stata scritta questa legge la maggior età sancita proprio a ventuno anni fosse come se si mandasse il messaggio di "trascorrere" un'altra maggiore età in carcere.
Naturalmente se alla condanna base si aggiungono delle aggravanti, come una strage, l'uccisione di un bambino (intendendo per questa una persona indifesa) ed altre, la pena (in termini di anni) aumenta.
Al di là dell'aspetto biologico del fatto, ad un gruppo sociale interessa anche l'evenienza. Se come gruppo sociale bisogna pensare di difendersi nei confronti di qualcuno, bisogna pensare anche come questo qualcuno non aderisce ad una norma che si era stabilita. Cioè, in parole povere, bisogna vedere "come è stata uccisa" la persona.
Tre esempi di differenti omicidi:

- Ragazza che, guidando in macchina, si distrae per rispondere al cellulare ed investe un'anziana che stava attraversando sulle strisce pedonali, uccidendola. Questo è il tipico caso di omicidio colposo, che si identifica in un'imprudenza, in una negligenza e che deriva dalla non osservanza di leggi/norme che hanno fatto in modo che venisse compiuto ciò che

non si voleva succedesse (ovvero uccidere l'anziana signora). Questo è un omicidio **contro l'intenzione**.

- *"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 uno a cinque anni.
- 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 dodici.

- Ragazzo che si ferma in un casolare in campagna e violenta un'anziana e poiché questa si dimena ed oppone resistenza, la percuote violentemente e la uccide. Questo, invece, è il tipico caso di omicidio doloso (volontario), infatti il ragazzo voleva uccidere l'anziana signora. Questo è un omicidio **secondo l'intenzione**. Per quanto concerne il concetto di causalità (e delle concause), bisogna sottolineare anche come, se il ragazzo avesse seviziato una anziana affetta da cardiopatia e questa fosse morta, non tanto per via delle percosse, quanto per un qualcosa che viene amplificato dalle condizioni naturali della signora, il ragazzo risponderà sempre di omicidio volontario: le concause non possono essere portate a difesa.
  - Di fronte a questi due eventi biologici identici (ovvero la morte di due anziane signora che presenta lesioni al bacino), la reazione della comunità è diversa. Nel primo caso infatti, si cercano delle attenuanti per difendere la ragazza, mentre nel secondo caso, no, il ragazzo è visto come un "animale".
- Ragazzo che, tirando uno schiaffo ad un altro ragazzo (non con l'intento di ucciderlo), lo fa cadere, e cadendo, questi batte la testa e muore. In questo caso si parla di omicidio **preterintenzionale**, infatti il primo ragazzo non voleva uccidere l'altro ragazzo con uno schiaffo, ma è andato "oltre l'intenzione". Questo è un omicidio **oltre l'intenzione**.
  - *"Chiunque, con atti diretti a commettere uno dei delitti preveduti dagli articoli 581 e 582, cagiona la morte di un uomo, è punito con la reclusione da dieci a diciotto anni."*

Articolo 585. - <u>Circostanze aggravanti</u>.

"Nei casi preveduti dagli articoli 582, 583 e 584, la pena è aumentata da un terzo alla metà, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti prevedute dall'articolo 576; ed è aumentata fino a un terzo, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti prevedute dall'articolo 577, ovvero se il fatto è commesso con armi o con sostanze corrosive.

Agli effetti della legge penale, per armi s'intendono:

1) quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa alla persona;

2) tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto in modo assoluto, ovvero senza giustificato motivo.

Sono assimilate alle armi le materie esplodenti e i gas asfissianti o accecanti."

Questi aspetti secondo l'intenzione influenzano il pensiero, e la pena che si infligge, infatti, ne tiene conto.

In caso di omicidio volontario la pena non può essere inferiore a ventuno anni, se l'omicidio è preterintenzionale la reclusione varia dai dieci ai diciotto anni, mentre, se l'omicidio è colposo, la reclusione varia dai sei mesi ai cinque anni.

Per quanto concerne la difesa, bisogna sempre considerare che la difesa deve sempre essere proporzionale all'offesa. Se si reagisce ad un'offesa, come uno schiaffo, con un colpo di pistola, ovviamente la difesa non è più proporzionale all'offesa e quindi si cade nel torto.
Questo riconduce alle polemiche sulla legittima difesa: infatti chi spara all'aggressore quando questi sta scappando non si sta più difendendo, ma sta "offendendo"(o comunque sta assumendo un'attività che, per legge, compete a terzi).

Esempi sull'omicidio

- Storia del delitto "perfetto": si tratta di una signora che muore per colpo d'arma da fuoco al petto, a causa del marito. Il marito nel puntare per scherzo la pistola (regolarmente denunciata) che stava pulendo alla moglie, che ne è sempre stata intimorita, preme il grilletto e la colpisce in pieno petto uccidendola.
  Questo è un omicidio che si muove tra il colposo ed il doloso, infatti il marito adduceva al fatto che fosse sicuro di aver puntato l'arma scarica contro la moglie. Questo "delitto perfetto" sembra molto differente dalla storia della ragazza che ha investito distrattamente l'anziana signora sulle strisce pedonali, ma in realtà i due omicidi sono molto simili.
  Ciò che cambia è la suggestione che la storia evoca in noi. Infatti, in caso di omicidio colposo, il signore ha sbagliato a non essere prudente e diligente, ed a non aver seguito in maniera scrupolosa le regole di pulizia dell'arma, ma per dire che si tratta di omicidio volontario bisogna dimostrare che l'uomo ha alzato l'arma per uccidere la moglie. Le indagini volute dal PM sono state poi eseguite in maniera dettagliata e logica. Infatti bisogna cercare testimonianze: di liti tra i coniugi (tramite vicini o figli), valutare eventuali polizze sulla vita redatte recentemente, eventuali amanti… Tutte le indagini hanno poi portato a dire che l'uomo aveva commesso un omicidio colposo.
  Generalmente l'omicidio colposo non viene punito con il carcere, a causa di una serie di situazioni, tra cui il sovraffollamento dei carceri, e infatti l'uomo era a piede libero. Questo vale anche per il medico che uccide, in maniera colposa, un paziente.
- Naturalmente le situazioni a contorno fanno cambiare le suggestioni che evoca un racconto; se infatti, al posto di una giovane ragazza, ad investire l'anziana signora sulle strisce fosse stato un pregiudicato, la suggestione della storia avrebbe cambiato la nostra visione dell'omicidio (molto spesso l'opinione pubblica viene influenzata anche dai media o dalla politica). Il tutto ha avuto inizio con il delitto di Cogne, in cui, il mezzo televisivo ha permesso di affrontare un tema che interessava alla gente e ha fatto sì che molte persone (opinionisti, consulenti, …) non "addette ai lavori" esprimessero un giudizio su questioni francamente molto complicate dal punto di vista giuridico. Un esempio è rappresentato dalla storia di padre e figlio che, oltre a gestire un bar, la sera, possiedono un furgoncino con il quale vanno a vendere i panini. Una sera, verso le cinque, mentre padre e figlio stavano scaricando la merce dal furgoncino nel loro bar (che era stato aperto), accade che tre ragazzi nigeriani entrano nel bar e poi si danno alla fuga. Il padre, pensando che i ragazzi avessero rubato il suo borsello che aveva lasciato dentro al bar, decide con il figlio (munito del bastone ad uncino con il quale chiude la serranda dell'esercizio) di inseguire i tre ragazzi e, mentre due di questi si erano dati alla fuga, l'altro ragazzo viene continuamente inseguito dai due, che lo insultano ripetutamente con frasi razziste. Ad un certo punto il figlio colpisce con il bastone il ragazzo da dietro, ed il gancio del bastone penetra nel cranio del ragazzo e lo uccide sul colpo. Sulla base della lezione tenuta, questo è un esempio di omicidio preterintenzionale, infatti, pensare che lo strumento utilizzato fosse un arma è difficile, come è difficile anche pensare che la volontà del ragazzo fosse quella di uccidere più che di tramortire. In realtà la storia si è conclusa con la condanna per

omicidio volontario. Questa storia, ai tempi, suscitò grande clamore mediatico, con organizzazione di manifestazioni anti-razziste, ed è anche un esempio di come un evento di questo tipo, che sembra a tutti gli effetti essere un omicidio preterintenzionale, è stato poi giudicato volontario (sulla scia dell'opinione pubblica).

Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale

"*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.

Omicidio del consenziente

"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 alcooliche o stupefacenti;
  3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.

Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto

"Quando da un fatto preveduto come delitto doloso deriva, quale conseguenza non voluta dal colpevole, la morte o la lesione di una persona, si applicano le disposizioni dell'articolo 83, ma le pene stabilite negli articoli 589 e 590 sono aumentate."

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 trecentonove euro."*

La percossa cagiona una sensazione dolorosa con possibile reazione vasomotoria transitoria; non provoca malattia. Vi è l'elemento psicologico rappresentato dalla consapevole volontà di percuotere (dolo): è escluso quindi il reato di percosse colpose.

Nei delitti contro la persona scompare la distinzione tra *congiunzione carnale* (richiesta per la configurazione della Violenza Carnale) e *atti di libidine violenti* (tutti gli atti volti a soddisfare l'istinto sessuale dell'agente senza penetrazione) abrogati. La nuova dizione è violenza sessuale e l'elemento oggettivo del reato è costituito dagli atti sessuali: cambia il concetto.
Il principale problema è la definizione di "atto sessuale". La questione rimane molto aperta

Lesioni personali

Art. 582 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 prevedute dagli articoli 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate al numero 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è perseguibile a querela della persona offesa.

Armi

Art. 585 II c.: sono definite armi:

- quelle da sparo
- tutte quelle la cui naturale destinazione è l'offesa della persona
- tutti gli strumenti atti ad offendere, per il quali è vietato il porto in via assoluta o senza un giustificato motivo
- caustici e gas asfissianti

Malattia

È un fatto patologico (nel senso che si discosta dalla normalità anatomo-funzionale), caratterizzato da evoluzione nel tempo, indipendentemente dall'estensione del processo morboso stesso e da un eventuale risentimento generalizzato o esteso dell'organismo.

Relazione Ministeriale sul progetto del Codice penale: vi si puntualizzava che era stato fatto uso della "espressione, correttamente scientifica, di malattia, anziché di quella di danno nel corpo o perturbazione della mente (l'art. 372 del Codice Zanardelli puniva, infatti, a titolo di lesione personale, la condotta di chi "senza il fine di uccidere, cagiona ad alcuno un danno nel corpo o nella salute o una perturbazione nella mente"), giacché una malattia è indistintamente qualsiasi alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, ancorché localizzata e non impegnativa delle condizioni organiche generali".

Sino ad epoca recente la giurisprudenza è rimasta consolidata nell'affermare che costituisce malattia qualsiasi alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, ancorché localizzata e non impegnativa delle condizioni organiche generali e che lo stato di malattia perdura fino a quando è in atto il suddetto processo di alterazione, malgrado il ritorno della persona offesa al lavoro.

Obiezioni:

- Il concetto di malattia rinvia ad un parametro normativo extragiuridico, di matrice chiaramente tecnico-scientifica.
- Poiché la scienza medica può dirsi da tempo concorde - al punto da essere stata ormai recepita a livello di *communis opinio* - nell'intendere la malattia come un processo patologico evolutivo necessariamente accompagnato da una più o meno rilevante compromissione dell'assetto funzionale dell'organismo, ne deriva che le mere alterazioni anatomiche che non interferiscano in alcun modo con il profilo funzionale della persona non possono integrare la nozione di malattia, correttamente intesa.

Cassazione pen. Sez. IV, 14/11/1996 n. 10643:

- Prima, sensibile innovazione interpretativa rispetto alla tesi tradizionale.
- La Corte ha affermato che il concetto clinico di malattia richiede il concorso del requisito essenziale di una riduzione apprezzabile di funzionalità, cui può anche non corrispondere una lesione anatomica.
- Deriva da ciò - ha concluso la pronuncia - che non costituiscono malattia e quindi non possono integrare il reato di lesioni personali, le alterazioni anatomiche, cui non si accompagni una riduzione apprezzabile della funzionalità.

Cassazione pen. Sez. IV 19/03/2008 n. 17505:

- Ai fini della configurabilità del delitto di lesioni personali, la nozione di malattia giuridicamente rilevante **non** comprende **tutte le alterazioni di natura anatomica**, che possono in realtà anche mancare, **bensì solo quelle alterazioni da cui deriva una**

limitazione funzionale o un significativo processo patologico ovvero una compromissione delle funzioni dell'organismo, anche non definitiva, ma comunque **significativa**.

Cassazione pen. Sez. Unite, sent. N. 2437 del 18/12/2008:

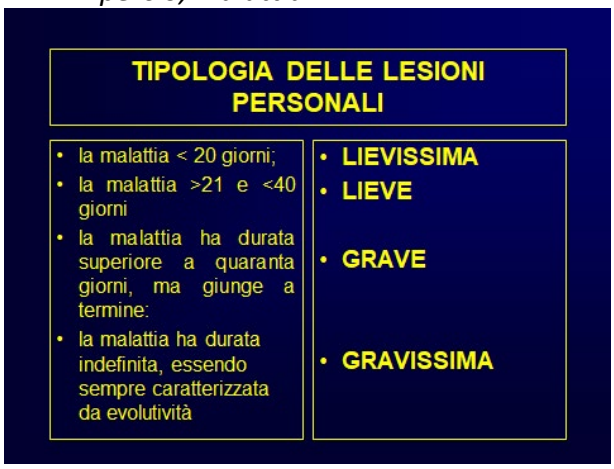
- Accoglie l'impostazione per così dire "funzionalistica" del concetto di malattia.
- "Se si cagiona sul derma dell'individuo una soluzione di continuo che può integrare la nozione di lesione, ciò è ancora inconferente, sul versante del trattamento medico-chirurgico, agli effetti dell'integrazione del precetto (di cui all'art. 582 c.p.), se ad essa non consegue una alterazione funzionale dell'organismo".

Come valutare le lesioni rilevabili sul tegumento

Configurano il delitto di lesioni personali solo le escoriazioni, ecchimosi, ferite lacero-contuse che determinino un'alterazione delle normali funzioni fisiologiche della parte lesa, da richiedere un processo terapeutico con specifici mezzi di cura e prescrizioni mediche.

Giurisprudenza

- **Cass. Sez. V, 84/164626**: *è malattia qualunque alterazione anatomica o funzionale dell'organismo ancorché localizzata, di lieve entità e non influente sulle condizioni organiche generali*
- **Cass. Sez. III 73/126240**: *nel caso in cui la vittima riporti, a seguito di percosse, un trauma contusivo che determini un'alterazione delle normali funzioni fisiologiche della parte lesa, da richiedere un processo terapeutico con specifici mezzi di cura e prescrizioni mediche si configura il delitto di lesioni personali*
- **Cass. Sez. VI 71/117990**: *per malattia deve intendersi qualsiasi alterazione che importi un processo di reintegrazione sia pure di breve durata. La contusione escoriata, costituisce, perciò, malattia*



Lesioni gravi

- Se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia o un'incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni per un tempo superiore ai quaranta giorni.
    - Ordinarie occupazioni (Cass. IV, 81/149673): In relazione ad ogni impiego della propria energia psico-fisica o della propria persona per un determinato scopo, lecito e giuridicamente apprezzabile, che, prima del fatto lesivo, caratterizzava l'abituale tenore di vita della parte offesa
- Se il fatto produce l'indebolimento permanente di un senso o di un organo.
    - Organo (Cass. V, 83/158463): una parte o un insieme di parti del corpo umano che servono ad una determinata funzione.

- Il principio di individuazione dell'organo è essenzialmente funzionale e, conseguentemente, sarà possibile, dopo aver precisato una funzione organica, ricostruire i suoi vari componenti anatomici.
- Indebolimento: è da intendere come riduzione di una attività organica, somatica, viscerale, nervosa ecc.
    - Cass. I, 84/166127: È irrilevante quale sia il grado, maggiore o minore, dell'indebolimento conseguente alla lesione, sia il fatto che lo stesso organo fosse in precedenza già indebolito, perché una ulteriore debilitazione costituisce sempre una minorazione della sua efficienza
    - Cass. V, 88/178600: Sussiste la circostanza aggravante dell'indebolimento permanente di un organo tutte le volte che, in conseguenza di un fatto lesivo, l'organo rimanga menomato nella sua potenzialità funzionale, sicché questa venga ridotta nel suo esercizio rispetto allo stato anteriore
    - Cass. IV, 83/158786: Pur non essendo necessario che si tratti di un indebolimento notevole, è però necessario considerare il requisito dell'apprezzabilità della subita menomazione (su un piano oggettivo di considerazione del valore attribuito sotto l'aspetto sociale), non potendosi attribuire rilevanza ad un fattore di minima apprezzabilità tanto sotto il profilo funzionale come sotto quello estetico
    - Cass. IV, 88/180836: Il concetto di apprezzabilità del danno permanente, sia esso organico che funzionale, va definito, essenzialmente, sotto l'aspetto negativo, nel senso che "non apprezzabile" deve ritenersi l'indebolimento (…) tanto lieve che non si riesca né a percepirlo né a oggettivamente (strumentalmente) valutarlo
    - Cass. 23/11/1983, Li Pira: La perdita di uno o più denti costituisce indebolimento permanente allorché comporti un'apprezzabile menomazione della funzione masticatoria
    - Cass. I, 85/171685 in Crespi cit.: La perdita di uno o più denti costituisce indebolimento permanente della masticazione la menomazione anatomica, intesa come diminuzione numerica del numero degli elementi che compongono la chiostra dentaria, si traduce in un'apprezzabile menomazione della funzione masticatoria, a nulla rilevando il grado di debilitazione e la possibilità di restauro mediante protesi
    - Cass. V, 83/158463: I denti incisivi sono utili ed essenziali alla normale funzione masticatoria (…), sicché la perdita di uno o più di essi costituisce indebolimento permanente.
    - Gli indebolimenti si identificano anche per:
        - menomazione delle strutture di protezione dell'organo (a. e. breccia ossea cranica)
        - riduzione della funzione nei casi organi pari (a. e. rene, gonadi, polmoni etc)
    - Eliminazione dell'indebolimento (Cass. V, 86/174414): Non è ravvisabile l'aggravante qualora la persona offesa si sia sottoposta volontariamente a speciali trattamenti terapeutici che abbiano dato esito favorevole rispetto all'indebolimento di un organo o di un senso diagnosticato originariamente come permanente e successivamente rimosso a seguito di quei trattamenti.
    - Protesi: L'aggravante dell'indebolimento rimane, anche se la perdita funzionale è suscettibile di riparazione protesica

- Cass. V, 93/9903 del 2/11/1993, Genco (rv 196434): L'indebolimento della funzione visiva non è escluso dal fatto che l'occhio abbia riacquistato completa efficienza grazie all'applicazione d'una protesi (cristallino artificiale), poiché la permanenza dell'indebolimento va riferita alla normale funzione dell'organo, prescindendo dall'uso coadiuvante dei mezzi artificiali.
- Cass. V 83/500 del 24/01/1983, Liberati (rv 157034): Il ricorso da una protesi mobile necessitato dalle conseguenze del fatto lesivo su una protesi fissa (nella specie, era stato asportato un dente che faceva da supporto alla dentiera) ben può assumere i connotati dell'indebolimento funzionale di un organo (…) per quante volte la protesi mobile rappresenti un espediente sussidiario fino a quel momento escluso, per garantire un'attività funzionale necessaria o soltanto utile alla vita dell'organismo umano.

Lesioni gravissime

- Una malattia certamente o probabilmente insanabile;
- La perdita di un senso;
  - Quasi sempre si tratta di strutture o sistemi simmetrici, per cui vi deve essere la perdita bilaterale, o periferica o centrale
  - la dizione uso di un senso, peraltro, permette di ricomprendere anche situazioni più sfumate di alterazione centrale della percezione
- La perdita di un arto, o la mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una grave e permanente difficoltà della favella;
  - La perdita anatomica è equiparata a quella funzionale:
    - Per l'arto superiore: la mano è il segmento caratterizzante, quindi ogni amputazione o perdita funzionale assoluta è perdita dell'arto.
  - Perdita della capacità di procreare:
    - Nella donna, è equiparata anche l'impossibilità al parto per le vie naturali (ae dismofismi post-traumatici di bacino - infibulazione?)
    - la sterilizzazione volontaria secondo Cass. Sez. V **438 del 18.3.1987**) non punibile per abrogazione dell'art. 552 cp (l. 194/78): procurata impotenza alla procreazione
  - Difficoltà nella favella:
    - Cass. Sez. I 86/173533: la favella è la capacità di espressione verbale, nel senso di comunicazione del proprio pensiero attraverso la parola parlata
- La deformazione, ovvero lo sfregio del volto.
  - Cass. V 85/430 del 14/01/1985, Martinenghi (rv 169994): lo sfregio è qualsiasi nocumento della regolarità del viso che, pur senza determinare un ripugnante sfiguramento del volto, valga ad integrare una notevole modifica del sembiante e, quindi, un sensibile turbamento dell'armonia dei lineamenti.
  - **Cass. V, 81/151231,** in Crespi e coll. cit. commento art. 583, IV: "Ne deriva che, se pure non ogni alterazione della fisionomia del viso costituisce sfregio, sono certamente tali quelle alterazioni che ne turbino l'armonia con effetto sgradevole o d'ilarità, anche se non di ripugnanza: il tutto rapportato ad un osservatore comune, di gusto normale e di media sensibilità".
  - Volto: regione corporea delimitata dalla linea del capillizio superiormente, estesa lateralmente sino ad includere le orecchie e che vede come confine inferiore l'angolo della mandibola ed il bordo inferiore dell'arcata mandibolare

- **Cass. II 98/10732** del 13 ottobre 1998, Giuliano (rv 211661): "ma anche quando l'estetica del viso sia compromessa dall'alterazione delle immediate zone di "contorno", che necessariamente contribuiscono alla formazione ed al completamento dell'immagine, come la regione mandibolare e quella latero-superiore del collo, sempre che tale alterazione sia particolarmente vistosa e quindi idonea a provocare una sensibile modifica dei lineamenti del viso".

- Deformazione: **Cass. IV 2000/12006** del 22 novembre 2000, Benuzzi (rv 217897): “un'alterazione anatomica del viso che ne alteri profondamente la simmetria, tanto da causare un vero e proprio sfiguramento"

Menomazione estetica

Cassazione penale, sez. IV, 14 novembre 1996, n. 10643: non costituiscono malattia, e quindi non possono integrare il reato di lesioni personali, le alterazioni anatomiche, a cui non si accompagni una riduzione apprezzabile della funzionalità.

Esempio: intervento chirurgico al seno da cui era derivata l'asimmetria delle mammelle e dei capezzoli. Tali conseguenze, per i giudici dell'appello, costituivano un'alterazione peggiorativa della preesistente condizione anatomica ma non integravano l'evento malattia previsto dall'art. 590 c.p. La Corte di cassazione, nell'affermare il principio sopra menzionato, ha osservato che, in ogni caso, l'evento era penalmente irrilevante, poiché l'unico inestetismo cutaneo permanente di rilevanza penale è la lesione gravissima che riguarda il viso.

Interruzione di gravidanza e lesioni personali

Legge 194/78, art. 18: interruzione di gravidanza come conseguenza non voluta di lesioni dirette a ledere la donna. Pena ridotta se si verifica l’accelerazione del parto.

- In precedenza, rispettivamente, lesione gravissima e grave.

Perseguibilità d’ufficio

- Lesioni volontarie: lievi, gravi e gravissime
- Lesioni colpose: gravi e gravissime, se derivanti da infortunio sul lavoro, malattia professionale, inosservanza di norme della tutela dell’igiene e sicurezza del lavoro.

10.Tanatologia, 22-03-2018 [Del Sordo]

Con la parola tanatologia si identifica lo *studio dei fenomeni cadaverici* una volta dopo aver fatto diagnosi o accertamento di morte.

- È importante accertare la morte innanzitutto per le *conseguenze giuridiche dell'evento* stesso, sia in ambito penalistico, per l'identificazione del reato di omicidio, sia in ambito civilistico, in quanto la capacità giuridica, cioè il fatto di essere soggetti di diritto, si acquisisce al momento della nascita del soggetto e si estingue al momento della morte del soggetto.
- È importante anche per ovvie *ragioni di ordine sentimentale e morale*.
- La tanatologia ci aiuta a distinguere rarissimi casi di *morte apparente da morte reale*.
- Per quanto riguarda, invece, il *prelievo di organi* a scopo di trapianto, l'accertamento di morte ha delle modalità che sono ben delineate dalla legge.

La morte è la non vita, e può essere apprezzata con due modalità:

- indirettamente, se l'evento si verifica per cessazione dell'attività cardiocircolatoria
- direttamente, nel caso di morte cerebrale in soggetti con lesioni encefaliche primitive traumatiche o secondarie quando sottoposti a ventilazione assistita

Il riferimento è giuridico (**art. 1 della legge 578/1993**): "*la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo*". La stessa legge ci dice però (art. 2) che "*La **morte per arresto cardiaco** si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione cessano per un intervallo di tempo tale da comportare una perdita irreversibile delle funzioni dell'encefalo*".

Può essere accertata con le modalità clinico-strumentali definite nel **decreto del Ministero della Salute (11 aprile 2008)** che all'art. 1 afferma: "*l'accertamento di morte per arresto cardiaco deve essere effettuato da un medico previa registrazione continua di un ECG per non meno di venti minuti continui, registrato su supporto cartaceo e digitale*". All'art.2: "*Nei soggetti con lesioni encefaliche sottoposti ad intervento rianimatorio le condizioni che impongono al medico di dare immediata comunicazione alla Direzione sanitaria dell'esistenza di un caso di **morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo** sono:*

- *assenza dello stato di vigilanza e di coscienza, dei riflessi del tronco e del respiro spontaneo*
- *assenza di attività elettrica cerebrale* [registrata all'EEG]
- *assenza di flusso ematico encefalico (in alcuni casi)*

*È prevista l'esecuzione di **indagini atte ad escludere l'esistenza di flusso ematico encefalico** nelle sotto elencate situazioni particolari:*

- *bambini di età inferiore ad 1 anno*
- *presenza di farmaci depressori del sistema nervoso di grado tale da **interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo**; in alternativa, l'iter può essere procrastinato sino ad escludere la possibile interferenza dei*
- *situazioni cliniche che non consentono una diagnosi eziopatogenetica certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi dei test o la registrazione dell'EEG*"

Per **accertare la morte** il direttore sanitario convoca il collegio medico (art.2 e 3 legge 578), composto da tre persone: un medico legale (o anatomopatologo o un medico della direzione sanitaria), un anestesista-rianimatore e un neurologo (neurofisiopatologo o neurochirurgo esperto in lettura dell'EEG). All'unanimità questi tre medici devono esprimere una valutazione concorde sull'accertamento della morte del soggetto e sul momento della morte.

Secondo il decreto ministeriale del 2008 deve esserci un periodo di osservazione non inferiore alle 6 ore, durante le quali devono essere rilevati in concomitanza in due diverse valutazioni:

- Assenza flusso ematico cerebrale (nei casi particolari)

- Assenza di stato di vigilanza e coscienza
- Assenza dei riflessi del tronco encefalico: riflesso fotomotore, riflesso corneale, reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino, risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato, riflesso oculo vestibolare, riflesso faringeo, riflesso carenale
- Assenza di attività elettrica rilevata all'EEG
- Assenza di respiro spontaneo al momento della sospensione della ventilazione artificiale con raggiungimento di valori documentati di CO_2 arteriosa non inferiore a 60 mmHg e pH ematico non superiore a 7,40

In caso di danno cerebrale anossico il periodo di osservazione deve partire non prima delle 24 ore. Se nel corso dell'osservazione, cessa l'attività cardiaca si interrompe questa modalità di accertamento e si passa a quella di accertamento per morte cardio-circolatoria con rilevazione ECG per 20 minuti in continuo.
Il momento della morte coincide con l'inizio dell'esistenza simultanea delle condizioni di cui sopra.

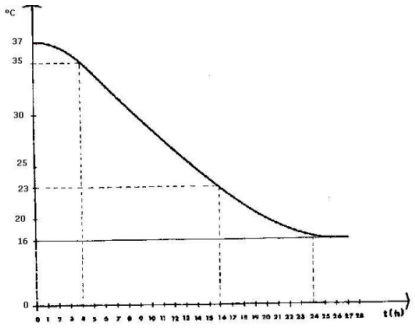
Importanza della tanatologia
La tanatologia è importante soprattutto per riuscire a risalire in maniera indicativa all'epoca della morte.
È importante anche per *ragioni sentimentali e morali*: i parenti spesso chiedono due cose, se il parente deceduto ha sofferto e quando è morto. Nel momento in cui avviene un decesso ci sono una serie di moduli da compilare, perché la legge prevede che prima della sepoltura si firmi un avviso di morte per l'anagrafe e si determini una causa di morte. Il modulo ISTAT è un foglio rosso che può essere compilato o dal medico curante o dal medico di reparto (a quel punto avremo una diagnosi presuntiva sulla base dei riscontri clinico-strumentali) o dal medico legale (diagnosi anatomopatologica con maggiore grado di certezza).
L'epoca della morte è importante per valutare i *casi di commorienza e premorienza.* La commorienza è quando due soggetti muoiono nello stesso momento; la premorienza, invece, è quando uno dei due muore prima. Questi due aspetti sono importanti a finalità ereditaria soprattutto quando decedono due parenti o due coniugi, perché a seconda che muoia prima uno o l'altro cambia l'asse ereditario.
La tanatologia serve anche a *differenziare tra lesioni premortali e postmortali*, perché ad esempio alcune alterazioni cutanee o corporee ad una prima vista possono allarmare, ma in realtà rappresentano l'evoluzione naturale del cadavere.
Nondimeno la tanatologia serve anche a *differenziare tra fatti patologici e fatti cadaverici* (es. ipostasi: il cadavere ha subito cambiamenti di posizione?).
La tanatologia NON serve né all'identificazione di una causa di morte né all'identificazione del cadavere.

Fenomeni cadaverici
I fenomeni cadaverici sono l'evoluzione fisica e biologica del cadavere.
Si distinguono tre tipologie:

- **Fenomeni immediati di carattere negativo** (utilità diagnostica e non cronologica)
    - Perdita di coscienza
    - Immobilità ed abolizione del tono muscolare
    - Cessazione attività respiratoria
    - Cessazione attività cardiocircolatoria

  Questi sono gli elementi che aiutano a fare diagnosi di morte. In questa fase è utile il rilievo elettrocardiografico.

- **Fenomeni biotanatologici consecutivi**
    - Raffreddamento
    - Rigidità
    - Ipostasi
- **Fenomeni trasformativi**
    - Disidratazione
    - Putrefazione
    - Macerazione
    - Corificazione
    - Mummificazione
    - Saponificazione



<u>Fenomeni biotanatologici</u>

Raffreddamento - algor mortis

Segue il principio fisico che la temperatura del corpo morto tende ad equipararsi alla temperatura dell'ambiente in cui si trova il cadavere stesso. Segue un andamento rappresentato da questo grafico:

- nelle prime 3-4 ore dalla morte la temperatura del cadavere scende di circa mezzo grado all'ora
- nelle successive 10-12 ore scendere di circa un grado all'ora
- raggiunge mediamente l'equilibrio dopo circa 24 h, con riduzione progressiva (¾ grado/h, ½ grado/ h, ¼ grado/h).

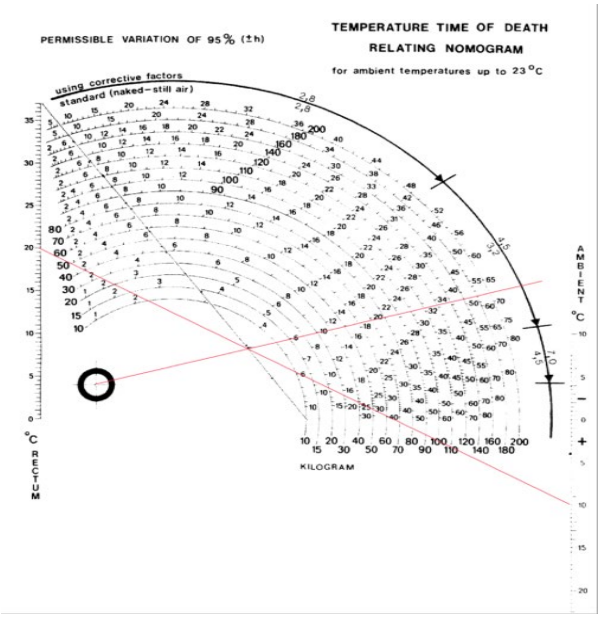
Per sapere qual è la temperatura dell'ambiente e quale quella del cadavere utilizziamo uno strumento che si chiama tanatoscopio (una sonda digitale con un termometro). Prima misuriamo la temperatura ambientale posizionando la sonda nella zona di rinvenimento del cadavere e poi misuriamo la temperatura rettale del cadavere. Si può misurare anche la temperatura auricolare, ma è molto più difficile da interpretare. La temperatura del fegato in Italia non si fa perché può inficiare gli eventuali riscontri autoptici che si andranno a valutare dopo, e perché creando una breccia sulla cute non si favorisce la conservazione del cadavere stesso. Una controindicazione al rilievo della temperatura rettale è nel caso di sospetto di abuso sessuale, in cui si tende a preservare l'eventuale reperto da una possibile contaminazione.

Se la temperatura ambientale è maggiore di 37° la temperatura del cadavere tende a decrescere comunque, ma più lentamente.

Il raffreddamento è influenzato da molte variabili, che possiamo riassumere con condizioni intrinseche e condizione estrinseche.

- Condizioni intrinseche
    - Spessore della cute
    - Rapporto massa/superficie corporea
    - Pannicolo adiposo (un soggetto grosso con cute più spessa rispetto all'anziano e al bambino tende a raffreddarsi più lentamente)
    - Temperatura corporea al momento della morte (alcune sostanze tossiche possono incrementare la temperatura corporea, come la cocaina)
    - Posizione del cadavere (pavimento vs letto)
- Condizioni estrinseche
    - Temperatura ambientale e mezzo ambiente (estate vs inverno)
    - Umidità e ventilazione
    - Indumenti (spessore e quantità: più un soggetto è coperto più lentamente si raffredda)

Si è più precisi sullo stabilire un'ora indicativa della morte se è passato poco tempo dal decesso: oltre le 24-48 h è difficile essere precisi. A questo scopo, una volta ottenuto il dato della temperatura rettale lo confrontiamo con quello della temperatura ambientale utilizzando il **nomogramma di Henssge**. Esistono due nomogrammi, uno per temperature superiori a 23 gradi e uno per temperature inferiori.



Il principio fondamentale di questo nomogramma è valutarne l'applicabilità: non si può utilizzare quando si ha il sospetto che il cadavere sia stato spostato o quando il cadavere venga trovato in luoghi in cui la temperatura ambientale cambia molto velocemente.
Dopo aver incrociato i due dati (linea rossa tra le due colonne), si tira una linea con partenza dal punto cerchiato che intercetta il punto di incontro tra la prima linea rossa e la linea nera del nomogramma (seconda linea rossa).
Si applicano i fattori di correzione che variano in base ad indumenti indossati dal cadavere sulla parte inferiore dell'addome (in riferimento alla temperatura rettale): il fattore di correzione di solito è 1 per uno o due strati leggeri e aumenta quanto più sono gli strati, e diminuisce se non sono presenti strati o se il cadavere viene ritrovato in acqua. Si applica questo fattore di correzione al peso del soggetto e si incrocia il peso corretto con la seconda linea rossa, ottenendo la stima delle ore dal decesso.
La non precisione deriva dal fatto che ci sono troppe condizioni, intrinseche ed estrinseche, che non possono essere valutate. Utilizzando la linea esterna, si aggiungono ± ore alla stima del tempo dal decesso in base alle condizioni del cadavere (con fattori correttivi si guardano i numeri esterni, se invece il cadavere è nudo si usano i numeri interni).
Nell'esempio in figura, un cadavere di 70 kg ritrovato nudo in un ambiente di 10 gradi, con temperatura rettale di 20 °C, sarà morto da 20 ± 3,2 ore.

Rigidità – rigor mortis
È un fenomeno derivante dalla degradazione post-mortale dell'ATP. Parte dal presupposto che immediatamente dopo la morte i muscoli si trovano in uno stato di flaccidità, ma progredendo con l'intervallo temporale, da pochi minuti ad alcune ore e mediamente dopo 1-3 ore, i muscoli iniziano ad irrigidirsi. Per primi vengono coinvolti i muscoli masseteri e i temporali, quindi i muscoli del collo e del tronco e infine degli arti superiori ed inferiori. Si generalizza in un tempo variabile tra 6 e 12 ore e la risoluzione avviene nello stesso ordine cranio-caudale (legge di Nysten).
La rigidità che troviamo nel momento in cui proviamo a vincerla è una resistenza meccanica. Se viene valutata inizialmente, e quindi con il rigor in fase di formazione, dopo essere stata vinta meccanicamente, la resistenza si riforma dopo 10-15 min. Se invece siamo nella fase di risoluzione del rigor (circa 24-36h), una volta vinta la resistenza questa non si riforma più. Per cui il fatto che alla rivalutazione del rigor questo ci sia o non ci sia aiuta a discriminare se questo sia in fase di formazione o di risoluzione.
È influenzato sia da variabili intrinseche che estrinseche:

- Condizioni intrinseche:
    - costituzione corporea
    - impegno funzionale muscolare

- Condizioni estrinseche:
    - temperatura ambientale (in ambiente freddo, così come nell'acqua, il rigor tende a durare più a lungo ed essere più rappresentato)

Ipostasi – livor mortis

L'ultimo dei fenomeni biotanatologici è quello dell'ipostasi, cioè del livor mortis. Deriva dal fatto che l'attività di pompa cardiaca cessa e il sangue rimane nei vasi, tendendo a raccogliersi nelle sedi declivi rispetto alla giacitura del cadavere.

Si rende visibile sulla cute con una colorazione rosso- violacea (ipostasi o macchie ipostatiche). In alcuni casi può essere difficile da riconoscere, sia perché intervengono fenomeni putrefattivi sia per questioni etniche, per cui nel soggetto africano per esempio le ipostasi non si apprezzeranno allo stesso modo. In alcuni tipi di morte, per esempio in quella da intossicazione da monossido di carbonio, le ipostasi hanno un colore francamente rosso ciliegia. È un fenomeno che interessa anche gli organi interni, ed è visibile a partire da circa 2- 3 ore dopo la morte.

Le ipostasi sono importanti le ipostasi perché danno un'informazione sulla posizione del cadavere. Il principio è che nelle prime ore le ipostasi sono improntabili, come la fovea nell'edematoso: infatti, nelle prime ore, applicando una pressione con il polpastrello il sangue esce dai vasi e la zona impallidisce. Aumentando il tempo, l'emoglobina, piuttosto che il sangue, si infiltra nei tessuti, per cui anche schiacciando le ipostasi non sono più imprimibili, ma fisse (dopo le 12 ore).

Sono caratterizzate da una *migrabilità assoluta* entro le 4-6 ore, scomparendo del tutto e ricomparendo in una nuova posizione se viene spostato il cadavere, e da una *migrabilità relativa* entro le 8 -12 ore, periodo in cui ormai le ipostasi rimangono nella posizione iniziale, tanto che un modo per valutarne la migrabilità è proprio quello di cambiare completamente la posizione del cadavere e rivalutarlo dopo mezz'ora o un'ora per valutare se le ipostasi si siano modificate. Ovviamente se dovessimo rinvenire un cadavere in posizione supina con ipostasi anteriormente, il sospetto è che sia stato spostato da qualcuno prima del nostro arrivo.

Le ipostasi sono assenti nelle zone di compressione o di appoggio e sono anch' esse influenzate da diverse variabili.

- Condizioni intrinseche
    - sanguificazione (anemia vs policitemia)
- Tipo di morte
    - morte agonica (il sangue tende a coagularsi e le ipostasi tendono ad essere meno estese) *vs* morte rapida (in particolare nelle morti asfittiche le ipostasi sono più intense per inibizione catecolaminica da lisi cellulare)
    - acuta anemia metaemorragica: ipostasi molto meno evidenti

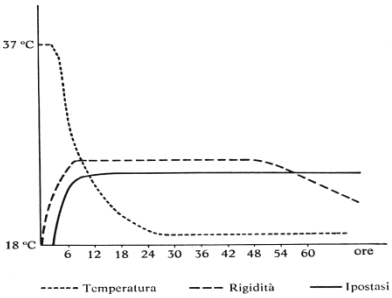
Se ne valutano sede, intensità e colore, estensione.

Ipostasi disposte alle sedi declivi del corpo secondo la giacitura supina, con risparmio nelle aree di appoggio e di pressione

Ipostasi disposte alle sedi declivi del corpo secondo la giacitura supina, ipointense e scarse per estensione

Ipostasi disposte agli inferiori in soggetto deceduto per asfissia meccanica da impiccamento

L'indicazione sull'epoca della morte deriva da una valutazione complessiva delle ipostasi (utili nelle prime 12 ore), del raffreddamento (utile nelle prime 24 ore, dopodiché la temperatura si equipara a quella ambientale) e della rigidità (utile nelle prime 24-36 ore).



<u>Fenomeni trasformativi</u>

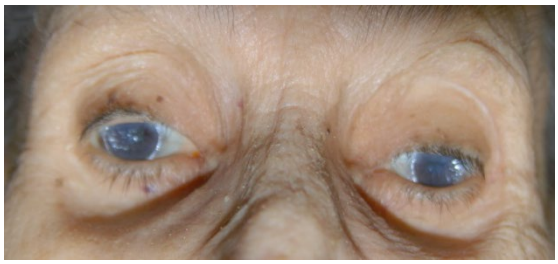
Disidratazione

I primi fenomeni trasformativi sono rappresentati solitamente da quelli di disidratazione: si ha evaporazione dell'acqua contenuta nei tessuti.

In sede di lesioni superficiali si può osservare un essiccamento pergamenaceo della cute: si presenta come un'escoriazione degli strati superficiali dell'epidermide che si secca e lascia trasparire l'arborizzazione dei vasi. In queste zone la cute aumenta di consistenza. Solitamente in presenza di cute integra lo strato corneo impedisce l'evaporazione dei tessuti. L'essicamento sulle aree escoriate si verifica soprattutto dopo qualche ora dalla morte. Lesioni escoriative in anziani e bambini possono non essere visibili subito dopo la morte.

In particolare, a carico dei tessuti dell'occhio troviamo:

- raggrinzimento ed afflosciamento dei bulbi oculari
- essiccamento ed opacamento della cornea. In alcuni casi nelle sedi non coperte dalle palpebre si può osservare la macchia sclerotica di Sommer. È un'area nerastra che deriva da un franco opacamento delle strutture corneali.



essiccamento pergamenaceo con arborizzazione (da essiccamento del sangue nei vasi di maggiore calibro)

- Essiccamento pergamenaceo in sede di ustione
- Epidermolisi

Putrefazione

Inizia dopo circa 24-36 ore. Dopo la disidratazione comincia la putrefazione, ovvero la decomposizione, ad opera dei germi, delle materie organiche costituenti l'organismo. È un processo di degradazione delle molecole caratterizzato da riduzione del pH e da fenomeni di autolisi. È influenzata da fattori intrinseci ed estrinseci al cadavere: per esempio, un soggetto con pannicolo adiposo ben rappresentato o molto coperto tende ad andare incontro a putrefazione più velocemente.
Si distingue in 4 fasi (non sono strettamente sequenziali, si possono mischiare, eccetto la fase della riduzione scheletrica che viene sempre dopo tutte le altre):

- *Fase colorativa*: colorazione verde putrefattiva (solitamente in FID) secondariamente a trasformazione dell'emoglobina in solfoemoglobina (di color verde) ad opera dell'acido solfidrico (uno dei gas della putrefazione). Spesso la putrefazione si associa alla *marmorizzazione*, ovvero evidenza superficiale del circolo venoso. In questo caso è un vero fenomeno putrefattivo che non ha a che fare con l'arborizzazione in sede di escoriazione pergamenacea. Inizia solitamente prima in FID perché si ha ristagno di materiale fecale tendenzialmente nel cieco e quindi sviluppo dei germi anaerobi saprofiti in misura maggiore rispetto ad altre sedi. Inoltre, lo spessore cutaneo è minore e ne risulta una massima vicinanza tra parete intestinale e parete addominale.
- *Fase enfisematosa*: infiltrazione di gas nella compagine dei tessuti, vasi e cavità con aumento di volume del corpo.
    - Enfisema putrefattivo: con rigonfiamento in alcune sedi elettive che possono essere quella della mammella, dell'addome e dello scroto.
    - Facies negroide: rigonfiamento di tutti i tessuti del viso.

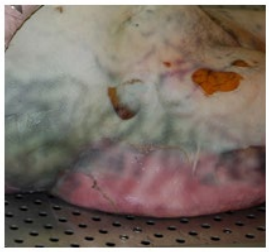
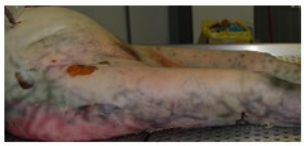
  In questa fase inizia ad essere più complessa l'identificazione del cadavere.
  Con il passare dei giorni possiamo trovare bolle epidermiche che evolvono poi in epidermiolisi putrefattiva, che all'estremità può configurarsi come un distacco dell'epidermide "a guanto".

- *Fase colliquativa*: fluidificazione dei tessuti che si trasformano in liquido denso, nerastro e fetido. Diventa pressoché impossibile riconoscere gli organi e/o le strutture anatomiche. Le cavità bulbari sono disabitate e i tessuti molli scarseggiano.
  Un cadavere ritrovato in questa fase non permette una datazione precisa della morte, ma si parla di settimane o mesi a seconda delle variabili intrinseche o estrinseche. Vi è una franca colonizzazione larvale (altro metodo per risalire all'epoca della morte è valutare lo stadio evolutivo della mosca o della larva, considerando che da larva a mosca passa circa una settimana). Nelle settimane successive possiamo repertare anche la caduta degli annessi cutanei come peli, capelli e unghie.
  Tutte le fasi della putrefazione coinvolgono anche gli organi interni. Difficile dare delle caratterizzazioni macroscopiche e microscopiche su un tessuto in questa fase.
- *Fase di riduzione scheletrica*
    - *Macerazione*: un po' più rara e dipende da caratteristiche ambientali più particolari. È tipica del feto morto in utero, ma si osserva anche ogni qualvolta si trovi un cadavere immerso in un mezzo acquoso. Le strutture superficiali tendono a raggrinzirsi e poi tendono a staccarsi.
    - *Corificazione*: dipende invece da una trasformazione della cute in un aspetto tendente al cuoio, ed avviene per lo più quando il cadavere è esposto ad un ambiente secco con poco ricambio di aria (tipico delle casse di metallo ermetiche in zinco o piombo per almeno 1-2 anni). Si ha un arresto dei fenomeni putrefattivi e

colliquativi, mentre invece la pelle tende ad indurirsi e a conservare meglio i visceri sottostanti. Corificazione e mummificazione sono più fenomeni conservativi che putrefattivi. Anche dopo anni si ha una buona conservazione degli organi interni.

- *Mummificazione*: dipende da caratteristiche ambientali tendenzialmente asciutte e ventilate. Si ha un vero e proprio disseccamento del cadavere dovuto ad una rapida evaporazione dei liquidi. È abbastanza simile alla pelle corificata, per cui anch'essa si secca e tende ad inspessirsi e conservarsi.
- *Saponificazione*: tipica dei cadaveri sommersi a lungo, più a lungo dei cadaveri mummificati, ed è di frequente riscontro in ambienti umidi con scarso ossigeno. È caratterizzata dalla trasformazione dei tessuti in strutture di aspetto saponoso. In questo caso ci sono anche dei residui vegetanti e possono coesistere fenomeni putrefattivi e colliquativi che vanno completamente ad alterare la fisionomia del soggetto, per cui il problema identificativo diventa molto complesso.

Fase colorativa: inizia solitamente dalla fossa iliaca destra
- sviluppo dei germi anaerobi saprofiti nell'intestino, maggiormente presenti nel cieco;
- massima vicinanza tra parete intestinale e parete addominale

Marmorizzazione: fanerizzazione del reticolo venoso

Fase enfisematosa:
Cadavere di aspetto "gonfio" per azione dei gas:
- facies "negroide"
- enfisema sottocutaneo con rigonfiamento (mammella, addome, scroto)

Bolle epidermiche ed epidermolisi putrefattiva

Fase colliquativa:
stadio avanzato con parziale riduzione scheletrica (capo)

Fase colliquativa:
stadio avanzato con riduzione scheletrica (capo)

Corificazione

Mummificazione

Saponificazione

Lesività termica

La lesività termica è causata dall'esposizione a temperature che superano (per eccesso o per difetto) le possibilità di adattamento dell'organismo.

Gli effetti del calore possono essere:

- alterazioni locali (*ustioni, scottature*)
- fenomeni generali secondari alle alterazioni locali
- fenomeni generali diretti (*colpo di sole o di calore*)

Gli effetti del freddo invece, possono essere:

- forme morbose locali (*congelamento*)
- forme morbose a carattere generale (*assideramento*)

L'ustione è provocata dall'azione lesiva locale delle fiamme o di solidi in combustione, arroventati o incandescenti (calore secco), mentre la scottatura è provocata da un'azione lesiva locale di corpi liquidi surriscaldati ma non in combustione ("*calore umido*"). Per intenderci la scottatura è quella da acqua bollente, l'ustione è quella da fuoco.

Gli effetti locali del calore dipendono da:

- temperatura del mezzo
- durata del contatto
- fattori individuali (spessore dello strato cutaneo, contenuto in acqua del tessuto, indumenti protettivi)
- gravità (ustioni e scottature) in base a percentuale di superficie corporea interessata ed estensione della lesione agli strati cutanei (in profondità)

Si distinguono 3 livelli di gravità nelle ustioni:

- ✓ 1° grado: lesione epidermica (con eritema ed edema)
- ✓ 2° grado: lesione dermica superficiale (flittene: bolle per sollevamento dell'epidermide)
- ✓ 3° grado: estensione dermica profonda ed ipodermica (bolle e necrosi dei tessuti)
- ✓ 4° grado: unicamente nelle ustioni, è quello della vera e propria carbonizzazione. In questo caso l'atteggiamento del corpo dipende dall'effetto del calore sull'ATP ed è la cosiddetta posizione del lottatore. Vi è una rigidità che non decresce proprio per effetto del calore sui tessuti muscolari e non dà nessuna indicazione temporale. Infatti, il tentativo di vincere la rigidità del cadavere carbonizzato può determinare il verificarsi di fratture post-mortali. Nel cadavere carbonizzato, la superficie corporea si presenta scura e secca, i peli ed i capelli sono assenti o bruciati. Possono essere frequenti le "amputazioni" degli arti a vari livelli e le "fratture" per aumentata fragilità ossea.

Effetti generali del calore

Nel caso di interessamento di più del 15-20% della superficie corporea si instaura una risposta sistemica dell'organismo, come conseguenza di alterazioni strutturali e biochimiche, che può portare alla morte del soggetto:

- Morte immediata (fulminea): esaurimento istantaneo di tutte le funzioni vitali per effetto diretto sul cuore o sull'encefalo
- Morte ritardata (anche dopo giorni): insorgenza di uno stato di shock per massive perdite idriche, saline e proteiche ed alterazioni dei metabolismi
- Morte secondaria ad ustioni per complicanze infettive (broncopolmoniti, sepsi)

In caso di incendio la causa di morte può derivare direttamente dall' effetto termico, ma può anche verificarsi per ustioni, confinamento, asfissia (soffocazione esterna indiretta per crollo) o intossicazione da CO/CN.

I reperti che ricerchiamo sono:

1. lesioni post-mortali
   - ✓ fratture
   - ✓ ematomi sottodurali ("*da calore*")
2. indici di vitalità
   - ✓ materiale fuligginoso sulle pareti delle vie respiratorie (bocca, laringe, trachea, bronchi) che indica che il soggetto ha respirato fumo
   - ✓ presenza di carbossiemoglobina nel sangue > 10%, che indica che il soggetto ha respirato della CO prima del decesso. Il cut off del 10% è per cercare di eliminare eventuali bias del soggetto fumatore.

Il lavoro del medico legale ha anche lo scopo di aiutare a discriminare il tipo di evento:

- evento accidentale (infortuni, incidenti domestici, incendi in luoghi pubblici)
- suicidio (malattie psichiatriche, pratiche religiose)
- omicidio (raro)

Gli effetti locali del freddo

Spesso sono implicate quelle zone corporee più esposte all'azione delle basse temperature, come mani, piedi, naso ed orecchie, meno coperte da indumenti e meno irrorate dal circolo ematico. Le alterazioni locali della circolazione sono dovute a fenomeni ischemici locali da vasocostrizione periferica e sono favoriti dall'abbassamento della temperatura, dall'umidità e ventilazione elevate e da indumenti bagnati.

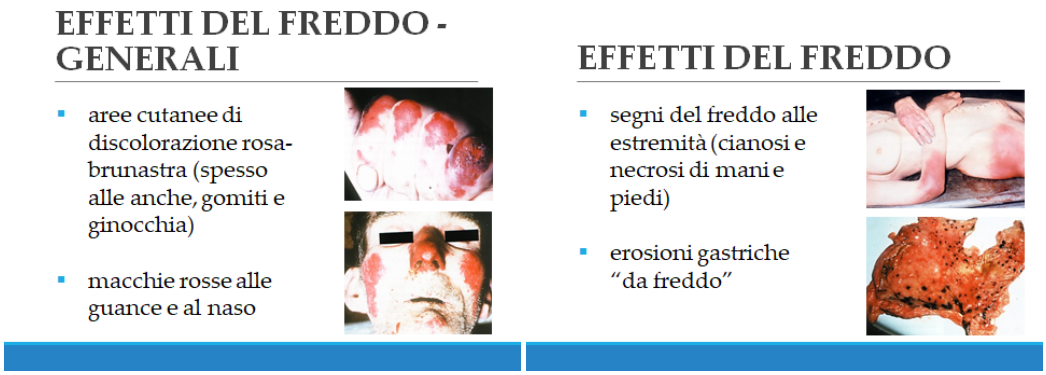
In particolare parliamo di estremità:

- ✓ 1° grado: tumefazione, eritema e dolore
- ✓ 2° grado: cianosi, bolle
- ✓ 3° grado: necrosi

Gli effetti generali del freddo

Sono dovuti alla diminuzione della temperatura ambientale al di sotto dei limiti di adattabilità. La morte (evento accidentale) avviene per fallimento dei sistemi di compenso dell'organismo che determinano ipertensione per vasocostrizione periferica, tachicardia, tachipnea, brividi che possono portare ad aritmie fatali.

Solitamente la morte si verifica quando il soggetto mantiene una temperatura corporea di 18-20 °C per circa un'ora. La morte a temperatura ambientale < 24 °C in genere si verifica nelle 3-4 ore. Si possono notare aree cutanee di discolorazione rosa-brunastra (spesso alle anche, gomiti e ginocchia, ovvero nelle superfici più esposte), macchie rosse alle guance e al naso e segni del freddo alle estremità (cianosi e necrosi di mani e piedi). Le erosioni gastriche "da freddo" sono molto caratteristiche in caso di morte per ipotermia.



Lesività da energia elettrica

È una lesione da passaggio di corrente attraverso un corpo interposto fra due oggetti a differente tensione, da calore, da contatto con due poli del circuito ("chiusura del circuito"), da corto circuito in oggetto sotto tensione a terra. Può essere:

- folgorazione se la fonte proviene da energia industriale
- fulminazione se la fonte proviene da energia naturale
- elettrocuzione se la fonte proviene da energia industriale

Diversa resistenza dei tessuti al passaggio della corrente:

- cute (strato corneo) – bagnata/asciutta
- ossa
- tessuto adiposo
- nervi (guaina mielinica)
- muscoli
- sangue
- liquidi organici

Fulminazione

Differenza di potenziale di circa 10-100 milioni di Volt. Lesioni esterne

- ustioni
- soluzioni di continuo
- lesioni da scoppio
- alterazioni circolatorie locali (figure di Liechtenberg)

Folgorazione

Correnti continue/alternate

Fattori determinanti:

- amperaggio
- superficie corporea interessata
- tempo (elettroshock di Cerletti/Bini)
- fattori fisiologici e patologici
- percorso della corrente

La morte avviene per:

- ✓ paralisi dei centri respiratori
- ✓ fibrillazione ventricolare
- ✓ tetanizzazione dei muscoli respiratori

È importante discriminare gli eventi accidentali, dal suicidio e dall'omicidio.

I reperti della folgorazione sono:

- note asfittiche (incostanti)
- ustioni elettriche
- carbonizzazione
- fusione delle ossa
- amputazioni
- lesioni neurologiche
- marchio elettrico il punto in cui la corrente entra a livello del corpo

Marchio elettrico: rilievo cutaneo, a contorni netti, depresso al centro, di colorito giallo-grigiastro

11. Infanticidio, percosse e lesioni personali, 27-03-2018 [Genovese]

Infanticidio

Per introdurre il concetto di infanticidio, prendiamo l'esempio di Ottavia che abita a Cesano Boscone con la sua famiglia. A Cesano Boscone una volta l'anno arriva il circo. Un giorno Ottavia va a fare la spesa con la madre e, all'uscita, c'è un ragazzo che distribuisce gli inviti per il circo. Ottavia sabato pomeriggio va quindi al circo e, finito lo spettacolo, viene fermata dallo stesso ragazzo incontrato fuori dal supermercato che le chiede di fare un aperitivo insieme: si chiama Igor con la K, non sa leggere né scrivere. Aperitivo dopo aperitivo Ottavia rimane incinta, ma un giorno, mentre tornava verso casa, scopre che Igor è andato via. Ottavia non ha mai trovato il coraggio di dire ai suoi genitori che era rimasta incinta e, verso la fine dell'8° mese, mentre i suoi genitori guardano la TV, si sente un tonfo in bagno: Ottavia è sdraiata per terra con del sangue intorno alle gambe e con un neonato a testa in giù nel water. Il termine infanticidio è spesso usato a sproposito dai mass media, che utilizzano il termine di infanticidio quando a morire è un neonato. In realtà la legge che parla dell'infanticidio (art. 578 Codice Penale) non parla di questo aspetto, ma cita (Infanticidio in condizioni di abbandono materiale e morale):

- "*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 in 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."

Rispetto alla pena per omicidio volontario (21 anni) o preterintenzionale, la reclusione da 4 a 12 anni rappresenta una pena più lieve. Perché? Prendiamo come esempio Monica e Alessandro, che si sposano e dopo qualche anno lei rimane incinta. Al 9° mese Monica partorisce, il bambino è sano e viene dato in braccio alla madre. Nel frattempo era stata avvisata tutta la famiglia, che era accorsa in ospedale per la nascita di Federico. Lei sopraffatta dalla gioia innalza il figlio per mostrarlo a tutti. La portano in camera e dopo 1 ora uccide il figlio a martellate. I due esempi sono tra loro fortemente diversi. L'esperienza del parto è un'esperienza che arreca dolore, ma la gioia che ne deriva subito dopo è così grande da compensare il dolore del parto e permettere eventualmente di far ripetere l'esperienza del parto. Questo è ciò che accade normalmente. Viceversa, nell'esperienza di Ottavia questa parte è mancata e lei si trovava da sola. Questo induce a pensare che in certe situazioni si ha quasi un'incapacità parziale di intendere e di volere.

Per questo motivo la legge afferma che "**la madre**" (e non il padre) può uccidere un neonato avendo una riduzione della pena. Ovviamente questo è valido per il "proprio neonato".

Il punto focale dell'articolo è costituito dalle parole "**immediatamente dopo il parto**", che è la fase in cui prevale quello stato di parziale incapacità di intendere e di volere. Viceversa, con il passare del tempo subentrano altri sentimenti e istinti, come quello di conservazione della specie e dei propri simili. Così come avviene in molti articoli del codice penale, il termine immediatamente è un avverbio di tipo quantitativo e a lungo si è discusso sul suo significato. Dato che non colloca spazio-temporalmente l'azione, perché si usa la parola immediatamente? Viene utilizzato questo avverbio così che, a seconda delle circostanze dello specifico caso, il giudice abbia un certo potere discrezionale per poter interpretare quel caso e utilizzare il termine immediatamente in maniera più o meno elastica.

L'altro aspetto importante è che chi uccide deve necessariamente trovarsi in "**condizioni di abbandono materiale e morale connesse al parto**". Questo aspetto è fondamentale da valutare, altrimenti la madre risponde di omicidio (pena di 21 anni) con eventuali aggravanti poiché il soggetto non è in grado di difendersi.

Da qui scaturisce la differenza tra i due esempi: mentre nel primo caso si ha una condizione di abbandono durante la gravidanza e il parto, nel secondo caso no. Per questo motivo nel caso del primo esempio, un comportamento che si discosta dall'atteso può non essere giustificato completamente, ma quantomeno capito. L'abbandono morale e materiale non si deve stabilire con una perizia psichiatrica, ma sta a significare un qualcosa che si deve dimostrare attraverso una logica di carattere testimoniale. Una volta avanzate delle tesi di carattere testimoniali, il PM può opporsi a queste tesi o meno. Per arrivare ad un eventuale riduzione della pena è quindi importante valutare tutti gli elementi, compresi il grado culturale, lo status sociale, la lucidità e la determinazione del soggetto, ecc. Anche la violenza e gli abusi sessuali, la maggior parte dei quali avviene in ambiente domestico, costituiscono una ragione di abbandono morale e materiale.

Gli altri aspetti medico-legali connessi a questo reato sono legati al termine "la madre **che cagiona la morte**", per cui l'accertamento medico-legale dev'essere volto a verificare ciò. Si deve infatti capire se il bambino è nato morto o, viceversa, "vivo e vitale", ossia con la garanzia che avesse una vitalità tale da proseguire la vita. L'aspetto della vitalità è molto importante e fa riferimento ai casi di patologie congenite incompatibili con la vita, sebbene questi casi siano piuttosto rari perché tali malattie generalmente portano a morte nel I trimestre. In sede autoptica bisogna quindi stabilire se si tratta di un omicidio o meno: per l'uccisione di un feto morto non si risponde di infanticidio, ma piuttosto di vilipendio di cadavere. Tra gli aspetti da indagare per capire se il neonato è nato vivo o morto si ha la ***presenza di aria nei polmoni***. Infatti, se il bambino ha compiuto i primi atti respiratori il polmone macroscopicamente assume un aspetto espanso e microscopicamente è possibile valutare gli alveoli che si allargano. In realtà questo aspetto non è sempre facile da verificare, soprattutto se il cadavere è già in stato di putrefazione: si ha infatti una

situazione di enfisema putrefattivo che crea problemi nella valutazione polmonare. Il fatto che il neonato sia nato vivo o morte è importante anche per ciò che riguarda l'asse ereditario: nel momento in cui il soggetto nasce e muore entra nello schema ereditario. Quindi, in termini di spartizione economica, nel caso in cui il neonato nasca vivo, alla madre spetta una parte di ciò che avrebbe ereditato il figlio. Dopo aver scontato la pena la madre riceve la parte economica che le spetta anche in caso di infanticidio, purché non venga richiesto in ambito giudiziario l'abbandono delle pretese di carattere economico, che è un versante di carattere civilistico. Inoltre, se viene fatta la prova del DNA il neonato eredita anche se non è stato riconosciuto.
Ritornando all'esempio iniziale (quello di Ottavia), realmente successo (in particolare Igor con la K era un nobile romeno con un sacco di soldi), la madre raccontava che mentre era in bagno seduta sul water si è tagliata il cordone. Ciò ha portato a pensare che se il neonato fosse stato vivo e avesse respirato a testa in giù nel water, sarebbe stata trovata anche acqua nei polmoni. L'acqua non è stata trovata: il neonato era nato morto.

Omicidio del consenziente

"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 alcooliche o stupefacenti;*
    3) *contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.*

Morte o lesioni come conseguenza di altro delitto

"Quando da un fatto preveduto come delitto doloso deriva, quale conseguenza non voluta dal colpevole, la morte o la lesione di una persona, si applicano le disposizioni dell'articolo 83, ma le pene stabilite negli articoli 589 e 590 sono aumentate."

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 trecentonove euro*".
La percossa cagiona una sensazione dolorosa con possibile reazione vasomotoria transitoria e non provoca malattia. Infatti, facendo riferimento all'articolo, dalla percossa non deve derivare "una malattia nel corpo o nella mente" (perché in quel caso si fa riferimento all'articolo 582 e 583). Un tipico esempio di ciò è uno schiaffo, che determina una fugace sensazione dolorosa, ma non lascia segni e non determina malattia. Un'altra possibile definizione è che una percossa è dare forma ad un'offesa verbale.
Ad esempio, Alessandro insulta Giulia, che gli tira uno schiaffo. Alessandro va in PS e sul verbale viene riportato "…riferisce di aver ricevuto uno schiaffo, lamenta fastidio e disestesie alla guancia sinistra, ma all'EO nulla di registrato". Alessandro va quindi dai carabinieri per querelare Giulia. Il carabiniere leggendo il verbale di PS capisce che non sono state riportate lesioni e quindi l'indagine si sposta dall'aspetto di carattere tecnico-oggettivo a quello testimoniale. La percossa non può che essere un ambito volontario. Vi è infatti l'elemento psicologico rappresentato dalla consapevole volontà di percuotere: è un atto esclusivamente *doloso*, è escluso il reato di percosse colpose.

Lesioni personali

Art 582 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 prevedute dagli articoli 583 e 585, ad eccezione di quelle indicate al numero 1 e nell'ultima parte dell'articolo 577, il delitto è perseguibile a querela della persona offesa*."
Per le lesioni personali si deve pensare al problema di dover graduare la pena, poiché le lesioni riportate possono essere le più svariate. Un criterio per graduare queste lesioni è l'incidenza e la gravità dei postumi permanenti sullo stato preesistente del soggetto. Elementi rilevanti possono essere anche la sede della lesione, ossia se interessano o meno un organo nobile, per capire se il soggetto è stato messo in pericolo di vita. Ci sono poi delle pene accessorie in base a come è stata commessa la lesione: se è stata utilizzata un'arma questa costituisce un'aggravante.
Secondo l'art. 585 II c. sono definite **arm**i:

- Quelle da sparo
- Tutte quelle la cui naturale destinazione è l'offesa della persona
- Tutti gli strumenti atti ad offendere, per il quali è vietato il porto in via assoluta o senza un giustificato motivo
- Caustici e gas asfissianti

Fondamentale è valutare la durata della malattia, perché da questo dipende la capacità di adempiere al proprio lavoro e alla propria quotidianità.

Malattia

È un fatto patologico (nel senso che si discosta dalla normalità anatomo-funzionale), caratterizzato da evoluzione nel tempo, indipendentemente dall'estensione del processo morboso stesso e da un eventuale risentimento generalizzato o esteso dell'organismo.

Relazione Ministeriale sul progetto del Codice penale: vi si puntualizzava che era stato fatto uso della "espressione, correttamente scientifica, di malattia, anziché di quella di danno nel corpo o perturbazione della mente (l'art. 372 del Codice Zanardelli puniva, infatti, a titolo di lesione personale, la condotta di chi <senza il fine di uccidere, cagiona ad alcuno un danno nel corpo o nella salute o una perturbazione nella mente>), giacchè una malattia è indistintamente qualsiasi alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, ancorchè localizzata e non impegnativa delle condizioni organiche generali". Sino ad epoca recente la giurisprudenza è rimasta consolidata nell'affermare che costituisce malattia **qualsiasi alterazione anatomica o funzionale dell'organismo, ancorchè localizzata e non impegnativa delle condizioni organiche generali** e che **lo stato di malattia perdura fino a quando è in atto il suddetto processo di alterazione, malgrado il ritorno della persona offesa al lavoro**.

Obiezioni:

- Il concetto rinvia ad un parametro normativo extragiuridico, di matrice chiaramente tecnico-scientifica.
- Poiché la scienza medica può dirsi da tempo concorde - al punto da essere stata ormai recepita a livello di *communis opinio* - nell'intendere la malattia come un processo patologico evolutivo **necessariamente accompagnato** da una più o meno rilevante compromissione dell'assetto funzionale dell'organismo, ne deriva che **le mere alterazioni anatomiche che non interferiscano in alcun modo con il profilo funzionale della persona non possono integrare la nozione di malattia**, correttamente intesa.

Cass. Pen. Sez. IV 14/11/1996 n. 10643:

- Prima, sensibile innovazione interpretativa rispetto alla tesi tradizionale.
- La Corte ha affermato che il concetto clinico di malattia richiede il concorso del requisito essenziale di una riduzione apprezzabile di funzionalità, cui può anche non corrispondere una lesione anatomica.
- Deriva da ciò che non costituiscono malattia e quindi non possono integrare il reato di lesioni personali, le alterazioni anatomiche, cui non si accompagni una riduzione apprezzabile della funzionalità.

Cass. Pen. Sez. IV 19/03/2008 n. 17505: "*Ai fini della configurabilità del delitto di lesioni personali, la nozione di malattia giuridicamente rilevante **non** comprende **tutte le alterazioni di natura anatomica**, che possono in realtà anche mancare, **bensì solo quelle alterazioni da cui deriva una limitazione funzionale o un significativo processo patologico ovvero una compromissione delle funzioni dell'organismo**, anche non definitiva, ma comunque **significativa.**"*

Cass. Pen. Sez. Unite, sent. N. 2437 18/12/2008:

- Accoglie l'impostazione per così dire "funzionalistica" del concetto di malattia.
- "Se si cagiona sul derma dell'individuo una soluzione di continuo che può integrare la nozione di lesione, ciò è ancora inconferente, sul versante del trattamento medico-chirurgico, agli effetti dell'integrazione del precetto (di cui all'art. 582 c.p.), se ad essa non consegue una alterazione funzionale dell'organismo".

Configurano il delitto di lesioni personali solo le escoriazioni, ecchimosi, ferite lacero-contuse che determinino un'alterazione delle normali funzioni fisiologiche della parte lesa, da richiedere un processo terapeutico con specifici mezzi di cura e prescrizioni mediche.

Cass. Sez. V, 84/164626: *è malattia qualunque alterazione anatomica o funzionale dell'organismo ancorché localizzata, di lieve entità e non influente sulle condizioi organiche generali.*

Cass. Sez. III 73/126240: *nel caso in cui la vittima riporti, a seguito di percosse, un trauma contusivo che determini un'alterazione delle normali funzioni fisiologiche della parte lesa, da richiedere un processo terapeutico con specifici mezzi di cura e prescrizioni mediche si configura il delitto di lesioni personali.*

Cass. Sez. VI 71/117990: *per malattia deve intendersi qualsiasi alterazione che importi un processo di reintegrazione sia pure di breve durata. La contusione escoriata, costituisce, perciò, malattia.*

Sulla base di ciò le lesioni personali vengono suddivise in:

- **Lievissime**: la malattia ha una durata < 20 giorni
- **Lieve**: la malattia ha una durata > 21 giorni e < 40 giorni
- **Grave**: la malattia ha una durata > 40 giorni ma giunge a termine.

Si considera una lesione grave se:

- Dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una *malattia o un'incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni* per un tempo superiore ai 40 giorni.
    - Si definiscono ordinarie occupazioni: "in relazione ad ogni impiego della propria energia psico-fisica o della propria persona per un determinato scopo, lecito e giuridicamente apprezzabile, che, prima del fatto lesivo, caratterizzava l'abituale tenore di vita della parte offesa" (Cass. IV 81/149673).
- Il fatto produce l'*indebolimento permanente di un senso o di un organo*.
    - In ambito penale il concetto di organo è un concetto essenzialmente funzionale: "una parte o un insieme di parti del corpo umano che servono ad una determinata funzione" (Cass. V 83/158463).
    - Il principio di individuazione dell'organo è funzionale e, conseguentemente, sarà possibile, dopo aver precisato una funzione organica, ricostruire i suoi vari componenti anatomici: si parla quindi di organo della deambulazione, organo della prensione, organo della vista, ecc.
    - Ad esempio, se la lesione dell'articolazione interfalangea non interferisce sull'organo della prensione, non si configura una lesione personale grave. In tal senso, la perdita di un occhio

configura una lesione grave e non gravissima perché l'organo chiamato in causa è l'organo della vista, costituito da entrambi gli occhi (quindi non si ha la perdita di un senso, bensì indebolimento permanente dello stesso).

L'indebolimento è da intendere come riduzione di una attività organica, somatica, viscerale, nervosa ecc.

- Cass. I, 84/166127: È irrilevante quale sia il grado, maggiore o minore, dell'indebolimento conseguente alla lesione, sia il fatto che lo stesso organo fosse in precedenza già indebolito, perché una ulteriore debilitazione costituisce sempre una minorazione della sua efficienza
- Cass. V, 88/178600: Sussiste la circostanza aggravante dell'indebolimento permanente di un organo tutte le volte che, in conseguenza di un fatto lesivo, l'organo rimanga menomato nella sua potenzialità funzionale, sicché questa venga ridotta nel suo esercizio rispetto allo stato anteriore
- Cass. IV, 83/158786: Pur non essendo necessario che si tratti di un indebolimento notevole, è però necessario considerare il requisito dell'apprezzabilità della subita menomazione (su un piano oggettivo di considerazione del valore attribuito sotto l'aspetto sociale), non potendosi attribuire rilevanza ad un fattore di minima apprezzabilità tanto sotto il profilo funzionale come sotto quello estetico
- Cass. IV, 88/180836: Il concetto di apprezzabilità del danno permanente, sia esso organico che funzionale, va definito, essenzialmente, sotto l'aspetto negativo, nel senso che "non apprezzabile" deve ritenersi l'indebolimento (…) tanto lieve che non si riesca né a percepirlo né a oggettivamente valutarlo
- Cass. 23/11/1983, Li Pira: La perdita di uno o più denti costituisce indebolimento permanente allorché comporti un'apprezzabile menomazione della funzione masticatoria
- Cass. I, 85/171685 in Crespi cit.: La perdita di uno o più denti costituisce indebolimento permanente della masticazione la menomazione anatomica, intesa come diminuzione numerica del numero degli elementi che compongono la chiostra dentaria, si traduce in un'apprezzabile menomazione della funzione masticatoria, a nulla rilevando il grado di debilitazione e la possibilità di restauro mediante protesi
- Cass. V, 83/158463: I denti incisivi sono utili ed essenziali alla normale funzione masticatoria (…), sicché la perdita di uno o più di essi costituisce indebolimento permanente.
- Gli indebolimenti si identificano anche per:
  - menomazione delle strutture di protezione dell'organo (a. e. breccia ossea cranica)
  - riduzione della funzione nei casi organi pari (a. e. rene, gonadi, polmoni etc)
- Eliminazione dell'indebolimento (Cass. V, 86/174414): Non è ravvisabile l'aggravante qualora la persona offesa si sia sottoposta volontariamente a speciali trattamenti terapeutici che abbiano dato esito favorevole rispetto all'indebolimento di un organo o di un senso diagnosticato originariamente come permanente e successivamente rimosso a seguito di quei trattamenti.

In caso di protesi l'aggravante dell'indebolimento rimane, anche se la perdita funzionale è suscettibile di riparazione protesica:

- Cass. V, 93/9903 del 2/11/1993, Genco (rv 196434): L'indebolimento della funzione visiva non è escluso dal fatto che l'occhio abbia riacquistato completa efficienza grazie all'applicazione d'una protesi (cristallino artificiale), poiché la permanenza dell'indebolimento va riferita alla normale funzione dell'organo, prescindendo dall'uso coadiuvante dei mezzi artificiali.
- Cass. V 83/500 del 24/01/1983, Liberati (rv 157034): Il ricorso da una protesi mobile necessitato dalle conseguenze del fatto lesivo su una protesi fissa (nella specie, era stato asportato un dente che faceva da supporto alla dentiera) ben può assumere i connotati dell'indebolimento funzionale di un organo (…) per quante volte la protesi mobile rappresenti un espediente sussidiario fino a quel momento escluso, per garantire un'attività funzionale necessaria o soltanto utile alla vita dell'organismo umano.

- **Gravissima**: la malattia ha una durata indefinita, essendo sempre caratterizzata da evolutività.
  - Nel pensare a malattie con durata indefinita non si deve pensare esclusivamente a lesioni di carattere traumatico, ma anche ad avvelenamenti e a patologie di carattere emato-oncologiche, derivanti ad esempio da errata trasfusione o infezioni.

Si considera una lesione gravissima:

- Una *malattia certamente o probabilmente insanabile.*
- La *perdita di un senso* (quindi non si parla più di indebolimento).
  - Quasi sempre si tratta di strutture o sistemi simemtrici, per cui vi deve essere la perdita bilaterale, o periferica o centrale
  - La dizione uso di un senso, peraltro, permette di ricomprendere anche situazioni più sfumate di alterazione centrale della percezione
- La *perdita di un arto*, o la *mutilazione che renda l'arto inservibile*, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una grave e permanente difficoltà della favella.
  - Nel caso della perdita di un arto, la perdita anatomica è equiparata a quella funzionale (a differenza della perdita di un occhio vista sopra). Per l'arto superiore la mano è il segmento caratterizzante, quindi ogni amputazione o perdita funzionale assoluta è considerata perdita dell'arto.
- La *deformazione*, ovvero lo sfregio del volto.

12. Lesioni personali, 28-03-2018 [Genovese]

Ripasso della lezione precedente
Tipologia delle lesioni personali:

- Lesione lievissima: la malattia ha durata inferiore ai 20 giorni
- Lesione lieve: la malattia ha durata tra 21 e 40 giorni
- Lesione grave: la malattia ha durata superiore a 40 giorni, ma giunge a termine
- Lesione gravissima: la malattia ha durata indefinita, essendo sempre caratterizzata da evolutività

Una puntualizzazione sul concetto di malattia e prognosi: la prognosi è una previsione. Sulla base di alcuni elementi a disposizione facciamo una previsione del tempo in cui ci aspettiamo che la malattia si esaurisca con una stabilizzazione (restitutio o menomazione): non si può pertanto usare la prognosi per definire le lesioni personali perché è appunto una previsione, non un elemento di certezza.
Sulla base di ciò che è stato detto, risulta ovvio che la malattia sia una condizione caratterizzata da evolutività.
Lesioni gravi:

- Se dal fatto deriva una malattia che metta in pericolo la vita della persona offesa, ovvero una malattia od un'incapacità ad 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: per indebolimento si intende il fatto che l'organo non funzioni concretamente in maniera adeguata.
    - Per esempio: in seguito ad una frattura non si riesce più a chiudere completamente il pugno, anche se la manualità non è completamente persa
    - Nelle lesioni gravissime abbiamo invece la perdita completa della funzione dell'organo

Lesioni gravissime:

- Una malattia certamente o probabilmente insanabile
- La perdita di un senso
- La perdita di un arto, o la mutilazione che renda l'arto inservibile, ovvero la perdita dell'uso di un organo o della capacità di procreare, ovvero una grave e permanente difficoltà della favella.
    - Può essere sia una perdita anatomica che una perdita funzionale: si può avere l'amputazione dell'arto o una lesione che ne impedisca l'utilizzo
- La deformazione, ovvero lo sfregio del volto

Alcune precisazioni
Ordinarie occupazioni – Cass. IV, 81/149673: In relazione ad ogni impiego della propria energia psico-fisica o della propria persona per un determinato scopo, lecito e giuridicamente apprezzabile, che, prima del fatto lesivo, caratterizzava l'abituale tenore di vita della parte offesa
Organo – Cass. V 83/158463: una parte od un insieme di parti del corpo umano che servono ad una determinata funzione.
il principio di individuazione dell'organo è essenzialmente funzionale e, conseguentemente, sarà possibile, dopo aver precisato una funzione organica, ricostruire i suoi vari componenti anatomici

Perdita di un arto: la perdita anatomica è equiparata a quella funzionale. Per l'arto superiore: la mano è il segmento caratterizzante, quindi ogni amputazione o perdita funzionale assoluta è perdita dell'arto.
Perdita di un senso: quasi sempre si tratta di strutture o sistemi simmetrici, per cui vi deve essere la perdita bilaterale, o periferica o centrale. La dizione uso di un senso, peraltro, permette di ricomprendere anche situazioni più sfumate di alterazione centrale della percezione.

Perdita della capacità di procreare

Nella donna, è equiparata anche l'impossibilità al parto per le vie naturali (ad esempio dismorfismi post-traumatici di bacino - infibulazione?).

- Nelle tabelle di valutazione del danno c'è anche l'incapacità al parto naturale: ad esempio in caso di fratture del bacino, se permangono alterazioni del bacino il ginecologo può decidere di effettuare il cesareo.

La sterilizzazione volontaria secondo Cass. Sez. V **438 del 18.3.1987**) non è punibile per abrogazione dell'art. 552 cp (l. 194/78): procurata impotenza alla procreazione.
Attualmente cambiato il problema della perdita della capacità di procreare:

- Negli anni '30, quando è stata definita la legge con il Codice Rocco, nell'incapacità di procreare era compresa la disfunzione erettile, mentre adesso la questione è diversa con le tecniche di PMA.

Difficoltà nella favella

Favella: capacità di espressione verbale, nel senso di comunicazione del proprio pensiero attraverso la parola parlata (Cass. Sez. I 86/173533).

- "Se c'è uno che è in grado di dire solo perepepe lo vedrei un po' in difficoltà ad andare a comprare il pane, quindi tutto sommato gli darei la lesione gravissima"

In Italia chi nasce affetto da sordomutismo viene indirizzato a scuole ed interventi medici che permettono di ridurne fino a farne scomparire l'isolamento sociale. Il problema della "perdita della favella" è che un soggetto con questa menomazione non può essere inserito nella vita sociale in maniera congrua: per esempio un bambino sordomuto non sottoposto a trattamento viene condizionato in qualsiasi situazione, come confrontarsi con gli altri, mettersi in salvo in caso d'incendio, …

Sfregio

Sfregio:

- Cass. V 85/430 del 14 gennaio 1985, Martinenghi (rv 169994): "qualsiasi nocumento della regolarità del viso che, pur senza determinare un ripugnante sfiguramento del volto, valga ad integrare una notevole modifica del sembiante e, quindi, un sensibile turbamento dell'armonia dei lineamenti".
- Cass. V 81/151231 in Crespi e coll. cit. commento art 583, IV: "Ne deriva che, se pure non ogni alterazione della fisionomia del viso costituisce sfregio, sono certamente tali quelle alterazioni che ne turbino l'armonia con effetto sgradevole o d'ilarità, anche se non di ripugnanza: il tutto rapportato ad un osservatore comune, di gusto normale e di media sensibilità."

In particolare, precisazioni sul volto:

- Regione corporea delimitata dalla linea del capillizio superiormente, estesa lateralmente sino ad includere le orecchie e che vede come confine inferiore l'angolo della mandibola ed il bordo inferiore dell'arcata mandibolare

- Cass. II 98/10732 del 13 ottobre 1998, Giuliano (rv 211661): "ma anche quando l'estetica del viso sia compromessa dall'alterazione delle immediate zone di "contorno", che necessariamente contribuiscono alla formazione ed al completamento dell'immagine, come la regione mandibolare e quella latero-superiore del collo, sempre che tale alterazione sia particolarmente vistosa e quindi idonea a provocare una sensibile modifica dei lineamenti del viso".

Deformazione

Cass IV 2000/12006 del 22 novembre 2000, Benuzzi (rv 217897): un'alterazione anatomica del viso che ne alteri profondamente la simmetria, tanto da causare un vero e proprio sfiguramento

- Deformazione del volto: alterazione dei tratti somatici di tale entità da generare disagio in chi la guarda: per esempio donne attaccate con l'acido. Questo perché mancano dei reperi sul volto di chi è deformato.
- Sfregio del volto: per esempio alterazione dei tratti somatici data da una cicatrice.

Lo sfregio è equiparato alla deformazione per volontà del Legislatore: si è inasprita la pena per abbattere una tendenza che incide negativamente sulla società (lo sfregio dell'avversario era una pratica tipica delle bande degli anni '20-'30 quando il codice Rocco è stato promulgato).

Menomazione estetica

Cassazione penale, sez. IV, 14 novembre 1996, n. 10643: non costituiscono malattia, e quindi non possono integrare il reato di lesioni personali, le alterazioni anatomiche, a cui non si accompagni una riduzione apprezzabile della funzionalità.

- Intervento chirurgico al seno da cui era derivata l'asimmetria delle mammelle e dei capezzoli. Tali conseguenze, per i giudici dell'appello, costituivano un'alterazione peggiorativa della preesistente condizione anatomica ma non integravano l'evento malattia previsto dall'art. 590 c.p. La Corte di cassazione, nell'affermare il principio sopra menzionato, ha osservato che, in ogni caso, l'evento era penalmente irrilevante, poiché l'unico inestetismo cutaneo permanente di rilevanza penale è la lesione gravissima che riguarda il viso.

Interruzione di gravidanza e lesioni personali

Legge 194/78, art. 18: interruzione di gravidanza come conseguenza non voluta di lesioni dirette a ledere la donna. Pena ridotta se si verifica l'accelerazione del parto (in precedenza, rispettivamente, lesione gravissima e grave).

Perseguibilità d'ufficio

- Lesioni volontarie: lievi, gravi, gravissime
- Lesioni colpose: gravi e gravissime, se derivanti da infortunio sul lavoro, malattia professionale, inosservanza di norme di tutela igiene e sicurezza sul lavoro.

13. La segnalazione all'Autorità Giudiziaria, 04-04-2018 [Del Sordo]

Ci sono delle segnalazioni che un medico deve fare obbligatoriamente in quanto medico e in quanto esercita una professione sanitaria e la segnalazione cambia in base al contenuto/oggetto della segnalazione stessa: attraverso queste segnalazioni il medico deve rendere edotta di un determinato fatto l'Autorità sanitaria, ai fini di prevenzione e di tutela della salute pubblica, oppure l'Autorità giudiziaria per informarla del fatto che è avvenuto un reato.
Esistono delle denunce obbligatorie a cui è tenuto ogni privato cittadino, per esempio:

- "Ogni persona che ha notizia di un reato perseguibile di ufficio può farne denuncia. La legge determina i casi in cui la denuncia è obbligatoria" (art. 333 c.p.p.);
- Per il cittadino italiano che abbia avuto notizia di un delitto contro la personalità dello Stato per il quale la legge prevede la pena dell'ergastolo (art. 364 c.p.); in questa "categoria" vengono inclusi i reati come le pianificazioni di attentati, il vilipendio alla bandiera, il vilipendio al Presidente della Repubblica, ecc.
- Per chiunque abbia ricevuto in buona fede monete contraffatte o alterate e si accorga poi della loro contraffazione (art. 694 c.p. ora sanzionato in via amministrativa);
- Per chi abbia notizia che nel luogo da lui abitato si trovano materie esplodenti (art. 679 c.p.) o rinvenga esplosivi di qualunque natura o venga a conoscenza di depositi o di rinvenimenti di esplosivi (art. 20 comma 6 Legge 18 aprile 1975, n. 110);
- Per chi abbia subito il furto o sia incorso nello smarrimento di armi, parti di esse o esplosivi di qualunque natura (art. 20 comma 3 Legge 18 aprile 1975, n. 110)

In questi casi ogni privato cittadino è tenuto a segnalare l'evento alle Autorità giudiziarie. Il privato cittadino può anche ricevere una notizia su l'avvenimento di un reato perseguibile d'ufficio (vedi dopo) e può decidere o meno di presentare una denuncia alle Autorità giudiziarie. Per esempio, se venite a conoscenza che il vostro vicino ha ucciso la moglie, potete fare denuncia; tuttavia, se vediamo uno che brucia la bandiera italiana, noi siamo obbligati a fare una denuncia. La storia del codice penale italiano è un po' vecchia perché la prima edizione risale al Codice Rocco del 1930. Il fatto di non denunciare questi reati, però, non è paragonabile alla complicità nel reato, perché non c'è la compartecipazione al reato.
Queste denunce obbligatorie in ogni caso si differenziano dalle denunce sanitarie obbligatorie. La **denuncia sanitaria obbligatoria** è la segnalazione che il medico è tenuto a fare alle autorità o ad Uffici determinati, di fatti o persone che ai pubblici poteri interessa conoscere per ragioni sanitarie, preventive o sociali. Queste segnalazioni sono caratterizzate da diversi aspetti:

- *Qualifica del denunciante* (medico)
- Modalità mediante la quale il sanitario apprende i fatti che è tenuto a denunciare (*nell'esercizio della professione*). Si intendono tutti quei fatti di cui veniamo a conoscenza mentre esercitiamo la nostra professione.
- *Obbligatorietà* prevista da una disposizione di legge (vs rilevazione di segreto professionale)
- *Sanzione in caso di omissione* (ammenda). L'entità dell'ammenda dipende dal tipo di reato per cui non abbiamo presentato la denuncia.

Le denunce sanitarie obbligatorie sono:

- *Causa di morte*; il decesso, invece, può essere denunciato da un parente all'anagrafe, così come i genitori devono denunciare la nascita del loro figlio quando nasce. Queste ultime, però, sono segnalazioni che vengono fatte a finalità statistiche e anagrafiche. Invece la denuncia della causa di morte viene fatta per finalità statistica (modulo rosso dell'ISTAT), ma deve essere fatta anche all'Autorità sanitaria; se il cadavere viene sottoposto ad autopsia si avrà una maggiore precisione nel definire le cause di morte, mentre se

l'autopsia non viene eseguita la causa di morte viene definita dal curante, da un medico di medicina generale o da un medico ospedaliero, che in scienza e coscienza riescono a definire la probabile causa di morte in base ai sintomi e alle patologie sottostanti.

- *Nascita di infanti deformi*; è una definizione un po' vecchia perché è un po' difficile definire bene cosa voglia dire il termine "deforme".
- *Nascita di neonati immaturi*: bambini con peso alla nascita < 1500 g. In questo caso, così come nel caso del bambino nato deforme, la segnalazione serve a segnalare all'autorità sanitaria la nascita di un bambino che negli anni successivi avrà bisogno di una particolare tutela.
- *Malattie infettive o diffusive*; in questo caso le segnalazioni servono per avvisare le autorità della presenza di una malattia che richiede degli interventi per la protezione della salute pubblica. Le malattie infettive vengono suddivise in 4 categorie in base alla gravità e alla contagiosità:
    1. Classe I: malattie che richiedono una segnalazione immediata (per esempio Ebola).
    2. Classe II: rischio epidemico e diffusivo molto elevato (per esempio tossinfezioni alimentari).
    3. Classe III: rischio intermedio (HIV, HBV)
    4. Classe IV: malattie che si ritenevano in lenta scomparsa grazie ai vaccini, come morbillo e varicella, per cui bisogna conoscere la loro diffusione, anche da un punto di vista epidemiologico.
- *Malattie veneree*
- *Intossicazione* (anche sospetta) da antiparassitari; in certi casi è necessaria l'evacuazione dell'area che potrebbe essere stata esposta all'antiparassitario.
- *Vaccinazioni obbligatorie*: tutti abbiamo un libretto o un certificato che attestano che in una determinata data abbiamo ricevuto una dose di un determinato vaccino.
- Casi di *lesione da cui sia derivata o possa derivare una inabilità al lavoro*, anche parziale, di carattere *permanente*
- *Fatti che possano interessare la sanità pubblica*
- *Interruzione volontaria di gravidanza*: per finalità statistica e per finalità assistenziale nei confronti della donna.
- *Possesso di apparecchi radiologici e detenzione di sostanze radioattive*
- *Malattie professionali*
- *Infortuni del lavoro, malattie professionali in agricoltura e infortuni del lavoro di artigiani*
- *Medici radiolesi*

La segnalazione all'Autorità giudiziaria: notitia criminis

Adesso ci concentriamo di più sulla segnalazione che il medico deve fare all'Autorità giudiziaria, ovvero il PM, la Procura della Repubblica e i magistrati, che iniziano le indagini in caso di reato.

Il magistrato può avere notizia dell'esistenza di un reato per propria iniziativa per attività di polizia giudiziaria, regolata e svolta dai carabinieri o dalla polizia che interviene e verifica se ci sono dei presupposti di reato e, in caso ci siano questi presupposti, lo segnalano all'Autorità giudiziaria.

Un altro modo di apprendere l'esistenza di un reato è, appunto, la segnalazione da parte dei cittadini, ovvero la notitia criminis.

Ci sono 4 codici sui quali si basa il nostro ordinamento giuridico: il codice civile, il codice penale (compreso il codice di procedura penale), il codice penale militare e i codici di materie specifiche. Il codice penale è un elenco di reati con una correlazione con le pene per un determinato reato. Il codice di procedura penale (c.p.p.) invece elenca una serie di norme procedurali che dicono all'Autorità giudiziaria come sono le procedure.

La notitia criminis è regolata da diversi articoli:

- Art. 330 c.p.p. – Acquisizione delle notizie di reato: "*Il pubblico ministero e la polizia giudiziaria prendono notizia dei reati di propria iniziativa e ricevono le notizie di reato presentate o trasmesse a norma degli articoli seguenti:*
    - *Art. 331 c.p.p. – Denuncia da parte di pubblici ufficiali e incaricati di un pubblico servizio*
    - *Art. 332 c.p.p. – Contenuto della denuncia*
    - *Art. 333 c.p.p. – Denuncia da parte di privati*
    - *Art. 334 c.p.p. – Referto*
    - *Art. 112 Cost. – Il pubblico ministero ha l'obbligo di esercitare l'azione penale*
    - *Art. 50 c.p.p. – Azione penale*

  Il pubblico ministero esercita l'azione penale quando non sussistono i presupposti per la richiesta di archiviazione."

Il PM, nel momento in cui riceve una notizia di reato, ha l'obbligo di esercitare l'azione penale attraverso una serie di procedure, iniziando le indagini preliminari per 6 mesi. Le indagini preliminari sono una prima parte delle indagini, e si concludono con la richiesta di archiviazione o con la richiesta di rinvio a giudizio da parte del PM che ha svolto le indagini. Richiedendo l'archiviazione perché l'indagato è risultato innocente, rimarrà comunque traccia del fatto che il sospettato è stato indagato con delle indagini preliminari, ma rimarrà traccia anche del fatto che l'indagato non è stato imputato. Viceversa, se dopo 6 mesi di indagini preliminari, il PM scopre che l'indagato ha effettivamente commesso il reato, il PM chiederà al GIP (giudice indagini preliminari) il rinvio a giudizio, cioè l'inizio del processo contro l'indagato che, in questo caso, diventa imputato.

La segnalazione all'Autorità Giudiziaria è lo strumento giuridico mediante il quale l'Autorità Giudiziaria viene informata dell'avvenuto accadimento di un fatto di rilevanza penale. Due tipologie di segnalazione all'Autorità Giudiziaria sono importanti per noi, perché riguardano soprattutto il medico che deve fare queste segnalazioni; esse sono:

- referto
- denuncia di reato

Prima di entrare nel merito delle due tipologie di segnalazione è bene ricordare che cosa si segnala, cioè l'oggetto della segnalazione.

Perseguibilità d'Ufficio e querela

L'oggetto della segnalazione è un *evento che abbia le caratteristiche di un reato perseguibile d'Ufficio*: spesso è sufficiente il sospetto della presenza di un reato. Con "ufficio" si intende l'ufficio penalistico, come la Procura della Repubblica. Per perseguibilità, invece, si intende il modo in cui si dà un bivio ad una determinata azione penale; abbiamo visto che alcune segnalazioni vengono fatte da un privato cittadino, altre vengono fatte da soggetti qualificati: tutti questi reati possono essere perseguibili d'ufficio o perseguibili "a querela".

La perseguibilità d'Ufficio si distingue dalla perseguibilità "a querela" della persona offesa, in cui l'azione penale viene avviata su "richiesta" della persona offesa, a cui è attribuita la facoltà di ritirare la segnalazione interrompendo così il procedimento di indagine (fa espressa eccezione il reato di violenza sessuale). In caso di perseguibilità d'ufficio (cioè nel caso dei reati più gravi) il PM o l'autorità giudiziaria avvia autonomamente l'azione penale.

Per esempio, le percosse sono perseguibili a querela della persona offesa, mentre le lesioni personali, a seconda della gravità, hanno perseguibilità d'ufficio. Se uno tira uno schiaffo non commette un reato perseguibile d'ufficio, ma la persona offesa può denunciare la persona che ha tirato lo schiaffo (querela).

Nei casi più gravi, in cui la persona offesa muore o non può presentare la denuncia, deve essere il medico che interviene a segnalare il fatto all'Autorità giudiziaria. In generale, per i reati più gravi, la segnalazione può essere fatta non solo da chi è stato offeso, ma anche da chi è venuto a conoscenza del fatto.
La querela è una richiesta all'autorità giudiziaria da parte della persona offesa di intraprendere delle indagini. La persona offesa ha 3 mesi per ritirare la querela (remissione della querela). Solo in caso di un reato perseguibile d'ufficio non è possibile ritirare la querela di parte, cioè la querela presentata dalla parte offesa.
In caso di violenza sessuale su una donna maggiorenne il tempo per poter presentare la denuncia non è di 3 mesi, ma è di 6 mesi. Nel caso della violenza sessuale, però, non è prevista la remissione della querela; questo avviene per evitare che la donna cerchi di ritrattare la denuncia sotto minaccia o ritorsione.
I reati perseguibili d'ufficio sono tanti, ma è importante ricordarli perché in caso di mancata denuncia di questi reati si verifica un'omissione. I *delitti perseguibili d'ufficio* sono:

- *Delitti contro la vita*
    - Omicidio doloso ex art. 575 c.p.
    - Infanticidio in condizioni di abbandono morale e materiale ex art. 578 c.p.
    - Omicidio del consenziente ex art. 579 c.p.
    - Istigazione o aiuto al suicidio ex art.580 c.p.
    - Omicidio preterintenzionale ex art.584 c.p.
    - Morte come conseguenza di altro delitto ex art.586 c.p.
    - Omicidio colposo ex art. 589 c.p. Rientrano anche i casi di omicidio stradale di cui all'articolo 589 - bis del codice penale, introdotto dalla Legge 41 del 2016 e i casi di morte in ambito sanitario. Nel 2016 c'è stata una riforma del codice penale che ha introdotto il reato di omicidio stradale. Si tratta sempre di omicidio colposo, perciò perseguibile d'ufficio e oggetto di segnalazione all'A.G.. Con l'Art. 590 - bis c.p.: "*Chiunque cagioni per colpa ad altri una lesione personale con violazione delle norme sulla disciplina della circolazione stradale è punito con la reclusione da tre mesi a un anno per le lesioni gravi e da uno a tre anni per le lesioni gravissime […]".* L'introduzione di questa norma di legge ha creato confusione perché le lesioni gravi e gravissime descritte nell'articolo diventano perseguibili d'ufficio e questo significa che il medico che presta soccorso o riceve la notizia di un incidente di questo tipo è obbligato a denunciare il fatto, pena un'ammenda per omissione. Tantissimi medici hanno ricevuto un'apertura di un procedimento penale perché non hanno segnalato il fatto.

Comunicazione del Presidente della FNOMCeO Roberta Chersevani del 6 ottobre 2017, alla luce dell'apertura di procedimenti penali a carico di alcuni medici in merito ai reati di omissione di referto e di denuncia correlati al reato di lesioni personali stradali gravi e gravissime.
"Pertanto si rileva che l'obbligo di denuncia ricadrà sicuramente sul medico di pronto soccorso che si trovi a refertare una prognosi superiore ai quaranta giorni, nel caso di lesione derivante da incidente stradale; ovviamente, però, lo stesso obbligo ricadrà su ogni medico che si trovi nella necessità di prolungare tale prognosi iniziale sia essa inferiore o pari ai quaranta giorni. Dunque, anche il medico di base che visiti il proprio assistito, o lo specialista che operi sia in struttura pubblica che privata, nel caso debba prolungare la prognosi iniziale dovrà redigere il relativo referto e contestualmente comunicare all'Autorità Giudiziaria che la lesione subita dal proprio paziente rientra tra quelle definite gravi con ogni relativa conseguenza […] tale innovativa prescrizione impone a tutti i medici, che entrano in contatto con soggetti coinvolti in incidenti stradali con lesioni, di prestare molta attenzione e diligenza al momento di esprimere un giudizio prognostico a cui sarebbe opportuno – anche per chiarire la reale portata della lesione diagnosticata all'Autorità – affiancare una descrizione delle ragioni che hanno condotto a tale giudizio. Tutto questo in una ottica di tutela del medico stesso che, considerati i risvolti penali e amministrativi connessi alle nuove fattispecie di reato, potrà essere chiamato in sede giudiziaria a rispondere della valutazione effettuata"

- *Delitti contro l'incolumità individuale*
    - Pratiche di mutilazione degli organi genitali femminili ex art. 583 - bis c.p.
    - Reati di abbandono di persone minori o incapaci ex art. 591 c.p.; l'omissione di soccorso ex art. 593 c.p.
    - Lesioni personali dolose con malattia di durata superiore a 20 giorni ex art. 582 c.p.
    - Lesioni personali dolose gravi e gravissime ex art. 583 c.p.
    - Lesioni personali colpose gravi e gravissime derivanti da *violazione di norme per la prevenzione* degli infortuni sul lavoro o relative all'igiene del lavoro o da cui sia derivata una malattia professionale ex art. 590 c.p.
    - Lesioni personali *stradali gravi e gravissime* di cui ex art. 590 - bis c.p.
- *Delitti contro la libertà individuale*
    - Prostituzione minorile
    - Sequestro di persona
    - Violenza sessuale se il fatto è commesso nei confronti di persona che al momento del fatto non aveva compiuto 18 anni, se il fatto è commesso dall'ascendente, dal genitore, anche adottivo o dal di lui convivente, dal tutore o da altra persona cui il minore è affidato per ragioni di cura/educazione/istruzione/vigilanza/custodia o che abbia con esso una relazione di convivenza, se il fatto è commesso da pubblico ufficiale o da incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle proprie funzioni, se il fatto è connesso con altro delitto perseguibile d'Ufficio [per esempio una minaccia]; la violenza sessuale di gruppo
    - Violenza privata; minaccia aggravata; atti persecutori ("stalking"); atti sessuali con minore di anni 10;
- *Delitti contro l'assistenza familiare*, tra cui l'abuso dei mezzi di correzione o di disciplina ed i maltrattamenti contro familiari o conviventi (comprese la violenza psicologica e la violenza economica);
- *Delitti contro l'incolumità pubblica*: epidemia, avvelenamento di acque o di sostanze alimentari, adulterazione o contraffazione di sostanze alimentari, adulterazione o contraffazione di altre cose in danno della pubblica salute, commercio di sostanze alimentari contraffatte o adulterate, commercio o somministrazione di medicinali guasti, commercio di sostanze alimentari nocive, somministrazione di medicinali in modo pericoloso per la salute pubblica
- *Delitti contro la pietà dei defunti*, tra cui vilipendio, distruzione, soppressione o sottrazione di cadavere, occultamento ed uso illegittimo di cadavere.
- *Ipotesi di aborto previste dalla Legge 194* del 22 maggio 1978: interruzione di gravidanza colposa, causazione colposa di parto prematuro, interruzione di gravidanza in assenza del consenso della donna, interruzione di gravidanza con azioni dirette a provocare lesioni alla donna, interruzione di gravidanza in assenza di osservanza delle modalità previste dalla legge per l'interruzione stessa.

Il referto

È la prima delle due modalità di segnalazione all'Autorità giudiziaria. Il codice penale indica quali sono le pene per un determinato reato, mentre il codice di procedura penale indica appunto le procedure da svolgere. Il C.P.P. indica anche chi ha l'obbligo di fare il referto (Art. 334 c.p.p. – Chi ha l'obbligo del referto [c.p. 365] deve...): tutte le figure esercenti una professione sanitaria hanno l'obbligo di redigere un referto.

Non è semplice capire cosa si intende per "professione sanitaria" perché è ovvio che tra queste figure ci siano il medico e il chirurgo, ma tra le professioni sanitarie devono essere incluse anche

tutte le altre professioni registrate con un decreto ministeriale (Ministero della Salute) costitutivo, per esempio veterinario e farmacista. Con questo decreto vengono definiti il profilo professionale, il codice deontologico e le mansioni che una determinata professione è tenuta a svolgere in ambito sanitario.
Tutto questo è stato regolamentato dalla **Legge 42/1999** - Disposizioni in materia di professioni sanitarie:

1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni […] è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".
2. […] Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

Le professioni sanitarie sono state definite dalla **Legge 10 agosto 2000, n. 251** – Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica:

- Infermieri e ostetriche
- Professioni sanitarie riabilitative (podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista - assistente di oftalmologia, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico riabilitazione psichiatrica, terapista occupazionale…)
- Professioni tecnico-sanitarie dell'area tecnico-diagnostica (audiometrista, tecnico di laboratorio biomedico, tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico di neurofisiopatologia)
- Professioni tecnico-sanitarie dell'area tecnico-assistenziale (tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria, dietista…)
- Professioni tecniche della prevenzione (tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro…)

Nel gennaio 2018 è stata pubblicata la **Legge 3/2018** (legge Lorenzin) che ha riformato gli ordini e ha introdotto nell'ambito delle professioni sanitarie anche le figure dell'osteopata, del chiropratico e dello psicologo.

- Art.7: "Nell'ambito delle professioni sanitarie sono individuate le professioni dell'osteopata e del chiropratico"
- Art. 9: "La professione di psicologo … è ricompresa tra le professioni sanitarie"

Inoltre viene regolamentato anche il caso di <u>omissione</u> di referto, indicando anche quali sono le conseguenze in caso di omissione;–

- **Art. 365 c.p.** – Omissione di referto: "*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 riferirne all'Autorità indicata nell'articolo 361, è punito con la multa […] Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale [384].*"
- **Art. 361 c.p.** – Omessa denuncia di reato da parte del pubblico ufficiale. "*Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne…*"

Questi reati sono puniti come reati colposi (cioè con l'esclusione del dolo).

Il referto deve essere redatto quando la figura sanitaria presta la propria assistenza o opera. Secondo l'Art. 365 c.p. è tenuto a fare un referto chiunque, avendo nell'esercizio di una professione sanitaria presta la propria assistenza od opera:

- Assistenza: prestazione sanitaria di carattere continuativo (medici di reparto)
- Opera: prestazione sanitaria "singola", occasionale o transitoria (ad esempio, per il medico necroscopo)

Nell'articolo 365 c.p. non si fa distinzione tra dolo generico e dolo specifico:

- Dolo generico: proposito di omettere o ritardare la segnalazione all'AG
- Dolo specifico: volontà di agire contro l'amministrazione della giustizia

È una differenza abbastanza sottile, ma viene punita la volontà di voler nascondere qualcosa all'autorità giudiziaria. Lo stesso codice penale ci dice che ci sono dei casi in cui possiamo non segnalare il fatto all'autorità giudiziaria.

Ci sono tuttavia delle situazioni in cui si può non fare segnalazione, ovvero quando la segnalazione esporrebbe la persona assistita a procedimento penale. Per esempio, siamo in PS e arriva un paziente con un colpo d'arma da fuoco all'addome (reato perseguibile d'ufficio), in questo caso dovremmo fare una segnalazione. Se, però, il soggetto ci dice che stava litigando con il suo spacciatore e hanno iniziato uno scontro con armi da fuoco, l'eventuale avviamento delle indagini da parte dell'autorità giudiziaria (come conseguenza della nostra segnalazione) ci esime dal fare una segnalazione perché quando il paziente ci racconta le circostanze dell'accaduto si instaura il segreto professionale e, nel caso lo rivelassimo, commetteremmo un reato (violazione articolo 622).

- **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 […]."*

Tutto ciò che noi apprendiamo durante la nostra professione è coperta da segreto professionale.

La questione del <u>segreto professionale</u> si inserisce nel più ampio contesto del "principio di riservatezza", in cui si tende a difendere l'individuo dall'indiscrezione altrui (ad esempio, della tutela della segretezza della corrispondenza, della non violabilità del domicilio, del diritto all'immagine, eccetera).

C'è un dibattito sulle caratteristiche che una "notizia" debba possedere per essere ritenuta vincolata dal segreto professionale. Proposti diversi criteri:

- Criterio soggettivo secondo cui il segreto si configura se vi è volontà di mantenerlo
- Criterio oggettivo, quello ormai prevalente, per cui la segretezza è insita nell'interesse che il soggetto ha nel non rilevare una determinata notizia.

Sul concetto di "giusta causa", questa si intende per:

- Qualora per motivazioni professionali vi sia la "necessità" di trasmettere informazioni soggette a segreto ad altre persone che sono ugualmente obbligate a mantenere il segreto (trasmissione di notizie tra colleghi per garantire un efficace processo di diagnosi, cura ed assistenza al paziente).
- Cause di giustificazione del reato, come l'adempimento di un obbligo giuridico (ad esempio, una denuncia obbligatoria, un referto o una denuncia di reato all'autorità giudiziaria, ecc.), la legittima difesa o lo stato di necessità (di cui agli articoli 52 e 54 del Codice Penale) nonché il consenso dell'avente diritto (di cui all'articolo 50 del Codice Penale); è dunque solo in norme giuridiche ben codificate che può essere ravvisato il fondamento della giusta causa della rivelazione del segreto professionale.

Inoltre, viene definita anche la <u>non punibilità</u> (che si distingue dal non applicare una disposizione): in questo caso il reato c'è stato, ma non è punibile in determinate circostanze. Viene esclusa la

punibilità in determinati casi [Art. 384 c.p.]: nei casi previsti dagli articoli 361, 362, 363, 364, 365, 366, 369, 371-bis, 371-ter, 372, 373, 374 e 378, non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore. Anche in questo caso il concetto di onore risente del fatto che il codice penale sia stato elaborato nel 1930. Per esempio, se in PS vedessimo una donna maltrattata e il marito ci minacciasse di morte per evitare la segnalazione, in questo caso non saremmo punibili per omissione.
Per quanto riguarda le tempistiche secondo l'art. 334 c.p.p. "*Chi ha l'obbligo del referto [c.p. 365] 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*". Le tempistiche del referto, perciò, si dividono in:

- "momento" sanitario (moduli che vengono compilati in ospedale)
- "momento" giudiziario

Nei contenuti, secondo l'Art. 334 c.p.p.: "*Il referto deve indicare 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."*
Si può fare anche un controreferto, una sorta di aggiornamento per l'autorità giudiziaria, in caso di fatti "nuovi" oppure di morte/aggravamento che comporti una diversa configurabilità del reato. È importante soprattutto quando cambia l'ipotesi di reato che abbiamo segnalato, per esempio, nel caso in cui si verifichi il decesso di un paziente ferito.
Per riassumere le caratteristiche del referto:

- Esercenti professione sanitaria
- Prestatori di assistenza od opera
- Casi che possono presentare i caratteri di un delitto procedibile d'ufficio
- Entro 48 ore o immediatamente
- All'Autorità Giudiziaria
- Esclusioni (esposizione della persona assistita a procedimento penale; necessità di salvare sé o prossimo congiunto da nocumento a libertà o onore)
- Identificazione della persona, dell'intervento e del fatto
- Possibilità di atto unico - controreferto

La denuncia di reato
La denuncia di reato è una segnalazione mediante la quale il Pubblico Ufficiale o l'incaricato di Pubblico Servizio informano l'Autorità Giudiziaria dell'accadimento di un reato perseguibile d'Ufficio, di cui sono venuti a conoscenza nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio.
È simile al referto, ma cambia la qualifica del soggetto che è tenuto a fare la denuncia di reato: la denuncia di reato deve essere fatta dal Pubblico Ufficiale o dall'incaricato di Pubblico Servizio. In questo caso non è necessario prestare la propria assistenza o opera per poter fare la denuncia, ma basta venire a conoscenza di un determinato fatto.
Ci sono due articoli che stabiliscono le qualifiche per poter fare una denuncia di reato:

- Art. 357 c.p.: i Pubblici Ufficiali sono *"[…] coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa. Agli stessi effetti è pubblica la funzione*

amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi". Per esempio, un medico che esercita in ospedale è un pubblico ufficiale, mentre un medico che esercita in libera professione non può agire come un pubblico ufficiale.

- Art. 358 c.p.: i soggetti incaricati di un pubblico servizio sono *"[…] coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale*". In questo caso sono per esempio tutti i medici convenzionati con il sistema sanitario (anche privati in extra-moenia).

In relazione alla distinzione tra Pubblico Ufficiale ed incaricato di pubblico servizio: "*Al fine di individuare se l'attività svolta da un soggetto possa essere qualificata come pubblica, ai sensi e per gli effetti di cui agli art. 357 e 358 c.p., ha rilievo esclusivo la natura delle funzioni esercitate, che devono essere inquadrabili tra quelle della p.a. […] Nell'ambito dei soggetti che svolgono pubbliche funzioni, la qualifica di pubblico ufficiale è poi riservata a coloro che formano o concorrano a formare la volontà della p.a. o che svolgono tale attività per mezzo di poteri autoritativi o certificativi, mentre quella di incaricato di pubblico è assegnata dalla legge in via residuale a coloro che non svolgono pubbliche funzioni ma che non curino neppure mansioni di ordine o non prestino opera semplicemente materiale*" (in Cassazione Penale, sez. VI, sentenza n. 11417 del 21 febbraio 2003).

Secondo l'**Art. 331 c.p.p**. :

1. *"[…] i pubblici ufficiali e gli incaricati di un pubblico servizio che, nell'esercizio o a causa delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile di ufficio, devono farne denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito.*
2. *La denuncia è presentata o trasmessa senza ritardo al pubblico ministero o a un ufficiale di polizia giudiziaria.*
3. *Quando più persone sono obbligate alla denuncia per il medesimo fatto, esse possono anche redigere e sottoscrivere un unico atto".*

Secondo **l'articolo 361 C.P.P**. "*Il pubblico ufficiale, il quale omette o ritarda di denunciare all'Autorità giudiziaria, o ad un'altra Autorità che a quella abbia obbligo di riferirne, un reato di cui ha avuto notizia nell'esercizio o a causa delle sue funzioni, è punito […] Le disposizioni precedenti non si applicano se si tratta di delitto punibile a querela della persona offesa*"

Art. 362 c.p.: "*L'incaricato di un pubblico servizio, che omette o ritarda di denunciare all'Autorità indicata nell'articolo precedente un reato del quale abbia avuto notizia nell'esercizio o a causa del servizio, è punito con la multa [di importo minore, ndr]. Tale disposizione non si applica se si tratta di un reato punibile a querela della persona offesa né si applica ai responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti affidate per l'esecuzione del programma definito da un servizio pubblico*".

Non punibilità ex art. 384 c.p. (come per il referto) "*Nei casi previsti dagli articoli 361, 362 […], non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore*."

Per quanto riguarda i contenuti, secondo l'Art. 332 c.p.p.: "*La denuncia contiene la esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia nonché le fonti di prova già note. Contiene inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altra valga*

alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti".

Principali differenze tra referto e denuncia di reato

	Referto	**Denuncia di reato**
Qualifica	Esercente professione sanitaria	Pubblico Ufficiale Incaricato di Pubblico Servizio
Modalità	Prestazione assistenza/opera	Acquisizione di notizia durante esercizio o a causa di funzioni/servizio
Oggetto della segnalazione	Fatto con caratteristiche di reato perseguibile d'ufficio	
Esclusioni	necessità di salvare sé medesimo o un prossimo congiunto da un grave e inevitabile nocumento nella libertà o nell'onore	
	esposizione della persona assistita a procedimento penale	responsabili delle comunità terapeutiche socio-riabilitative per fatti commessi da persone tossicodipendenti
Tempistiche	Immediatamente o 48 ore	*Senza ritardo*

Certificato

Dal latino "certum facere": attestare il vero. Comprendono anche le lettere di dimissioni, il certificato di malattia ecc… Esistono diverse definizioni di certificato:

- "attestazione scritta, di indole tecnica riguardante fatti di rilevanza giuridica, direttamente constatati dal medico nell'esercizio della sua attività" (Cazzaniga A. et al. Compendio di Medicina Legale e delle Assicurazioni, 13° ed., UTET Giuridica, 2015)
- "attestazione scritta di fatti di carattere tecnico, constatati nell'esercizio professionale" (in Chiodi V., Manuale di Medicina Legale, Vallardi ed., 1976)
- "attestazione di fatti osservati obiettivamente dal medico" (in Canuto G., Tovo S., Medicina Legale e delle Assicurazioni, Piccin ed., 1996)
- "atto scritto che dichiara conformi a verità fatti di natura tecnica di cui il certificato è destinato a provare l'esistenza" (in Puccini C., Istituzioni di Medicina Legale, CEA ed., 2003)
- "attestazione scritta di fatti obiettivamente rilevati e di natura tecnica, dei quali l'atto è destinato a provare la verità" (in Zangani P. et al., Medicina Legale e delle Assicurazioni, Morano ed., 1990).

Ha una *natura strettamente "tecnica*" di quanto certificato (inerente a fatti riscontrati dalla percezione del medico nell'esercizio dell'attività professionale), e vi è *rilevanza giuridica* del suo contenuto (essendo il certificato destinato a conferire rilevanza giuridica a fatti che vengono accertati come veri).

I requisiti del certificato si suddividono in due grandi categorie:

- Requisiti sostanziali
  - veridicità
  - chiarezza
  - completezza
- Requisiti formali
  - data in cui è stato redatto
  - firma e qualifica del medico certificatore
  - intellegibilità della grafia

Secondo l'**articolo 24 del Codice di Deontologia Medica** "*Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati*".

Il certificato medico assume un *diverso inquadramento giuridico a seconda della "qualifica"* del medico che lo ha redatto.

- Art. 2699 c.c.: "*L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato*".

Esso "***fa piena prova, fino a querela di falso*** *della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formata, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti*" (come disposto dall'articolo 2700 del c.c).

Il certificato medico ha una "*duplice natura: di* ***atto pubblico*** *nella parte in cui concerne la attestazione della provenienza del documento dal Pubblico Ufficiale che lo ha formato e che da atto della attività svolta (visita medica) e di* ***certificazione amministrativa*** *nella parte diagnostica, che esprime un giudizio valutativo*" (in Cassazione Penale, sez.V, sentenza n.15773 del 24/1/2007).

Il falso materiale e il falso ideologico sono illeciti penali in cui il professionista può incorrere in caso di redazione "impropria" di certificati, di autorizzazioni amministrative oppure di atti pubblici ed in cui il *presupposto soggettivo fondamentale risulta essere il dolo* (in caso contrario, potrebbe potersi parlare più semplicemente di "errore"). Per esempio dire che un paziente è stato visitato in reparto (vero fino a querela di falso) quando il paziente in realtà non era lì è un dolo; una diagnosi sbagliata invece, essendo un giudizio, non lo è.

- **Falso materiale**: il sanitario con qualifica di Pubblico Ufficiale risponde di "falso materiale" in atto pubblico ai sensi dell'**art. 476 c.p.:** *"Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni".* È per esempio un'alterazione o una cancellazione.
- **Falso ideologico**: è per esempio scrivere che abbiamo misurato una pressione di 120/80 quando abbiamo rilevato 180/110. È previsto anche per i medici in libera professione.
    - **Art. 479 c.p**., relativo agli atti pubblici: "*Il pubblico ufficiale, che ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene [massimo 10 anni se atto pubblico]"*
    - **Art. 481 c.p**. "*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 da cinquantuno euro a cinquecentosedici euro. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro".*

Per quanto riguarda le correzioni, la Cassazione ha stabilito con una sentenza del 2005 che "*le modifiche o aggiunte in un atto pubblico dopo che è stato definitivamente formato integrano un falso punibile anche nel caso che il soggetto abbia agito per ristabilire la verità effettuale, in quanto tali modifiche… determinano una modificazione della verità documentale poiché per effetto dell'aggiunta postuma l'atto viene a rappresentare e documentare fatti diversi da quelli che rappresentava e documentava nel suo tenore originale… Ammesse unicamente le mere*

integrazioni che, lungi dal modificare l'elemento contenutistico dell'atto, già formalmente perfetto, siano invece dirette a completarne il procedimento di formazione…"

È importante scrivere tutto sulla cartella clinica perché tutto ciò che non è scritto in cartella è come se non fosse mai successo. È importante, però, correggere in maniera propria gli errori fatti in cartella: non si deve mai cancellare con più righe un errore in modo da renderlo illeggibile, ma bisogna fare un riquadro attorno alle parole che devono essere "cancellate", in modo da poter vedere comunque quello che avevamo scritto. Infatti, ci sono degli errori evidenti come la data sbagliata o scrivere in cartella le informazioni relative ad un altro paziente; questo non è un falso, ma bisogna sempre lasciare traccia degli errori che abbiamo compiuto per poterli giustificare e giustificare anche la correzione.

14. Valutazione del danno alla persona, 5-04-18 [Genovese]

Oggi continuiamo il discorso delle lesioni personali in ambito civilistico. Avevamo visto in precedenza che in ambito penale vengono identificati dei parametri secondo i quali in relazione alla gravità vengono stabilite le pene (durata della malattia, postumi più o meno permanenti). Per esempio la differenza tra le lesioni gravi e gravissime stava nel fatto che nelle prime abbiamo un indebolimento dell'organo, mentre nelle altre abbiamo una sua perdita; l'organo deve essere interpretato come un'entità funzionale (organo della prensione, deambulazione ecc…). oggi vedremo come questo ha un risvolto nell'ambito civilistico.
Differenza tra penale e civile: in ambito penale il gruppo sociale (e non il singolo individuo) elargisce la pena a un imputato al fine di proteggersi, mentre in ambito civile invece il singolo individuo che ha subito un danno ingiusto chiede il risarcimento di questo a colui che l'ha determinato.

- Logica del giudizio civile: il singolo cittadino chiede, come risarcimento del danno ingiustamente subito, una corresponsione monetaria adeguata al caso da parte del colpevole (risarcimento)
- Logica del giudizio penale: il gruppo sociale (e non il singolo individuo) si difende da un soggetto dimostratamente colpevole di reato ai sensi del codice penale, comminando una pena detentiva, ovvero una pena pecuniaria

Ci siamo anche soffermati sul concetto di danno ingiusto: il danno è un qualcosa di negativo - non è coerente un danno giusto (giusto è un concetto positivo), e per questo le cose sono in contrapposizione. Si può parlare piuttosto di danno fortuito, che non è stato determinato né da dolo né da colpa, come nell'esempio di Giovanni che si fionda contro il calorifero e si spacca la testa - se cadesse dal sedile perché il sedile è difettoso lui potrebbe chiedere il risarcimento all'università perché il danno subito non è stato giusto. Altro tipo di danno fortuito sarebbero le complicanze post-operatorie, anche se poco fa la cassazione ha detto che non esistono le complicanze, perché le complicanze non sono sempre immuni da dei connotati di natura colposa: l'indicazione delle complicanze di per sé non identifica l'occorrere di un danno giusto (riprendendo Giovanni che si fionda sul calorifero il danno ingiusto subentra se qualcuno gli ha fatto uno sgambetto, pertanto la complicanza "spaccarsi la testa" non è più immune da connotati di natura colposa).
Eco che allora ci sarà un procedimento di carattere penale, con querela o procedimento di ufficio a seconda del dolo o della colpa e poi la persona offesa potrà richiedere un risarcimento di carattere economico chiaramente, perché solo con un risarcimento economico si può tentare di riportare lo stato della persona offesa alla situazione precedente al danno - si "tenta" perché qualora subentrassero delle lesioni gravi che limitano la funzionalità di un organo questo non è possibile.

Risarcimento del danno

Secondo l'orientamento dominante la responsabilità civile assolve:

1. la funzione di reagire all'atto illecito dannoso, allo scopo di risarcire i soggetti ai quali il danno è stato arrecato; e, a questa correlata,
2. la funzione di ripristinare lo *status quo ante* nel quale il danneggiato versava prima di subire il pregiudizio;
3. la funzione di riaffermare il potere sanzionatorio (o «punitivo») dello Stato, e nel contempo,
4. la funzione di «deterrente» per chiunque intenda, volontariamente o colposamente, compiere atti pregiudizievoli per i terzi.

A queste si affiancano alcune funzioni sussidiarie, che più propriamente attengono agli effetti economici della responsabilità civile:

5. la distribuzione delle «perdite»;
6. l'allocazione dei costi

In quest'ambito, tuttavia, non sembra dubitabile che la funzione di maggior spicco, tutt'al più unitamente a quella di prevenzione (o di *deterrence*), sia quella compensativa (o di *compensation*), ossia di ripristino — almeno in una prima approssimazione — della situazione preesistente all'illecito, sia in forma specifica, ove possibile, sia per equivalente. Anche in giurisprudenza si trova in generale affermato, con particolare riguardo a quest'ultima ipotesi di compensazione in denaro, che: **alla responsabilità civile è assegnato il compito precipuo di restaurare la sfera patrimoniale del soggetto che ha subito la lesione, mediante il pagamento di una somma di denaro che tende ad eliminare le conseguenze del danno arrecato** [Cass. 19/01/2007 n.1183].

Una volta che il danno (alla persona) si è verificato, non vi è niente che possa fare che esso sia come non avvenuto. [Trimarchi P. - Rischio e responsabilità oggettiva, Giuffrè, Milano, 1961].

È vero che non è possibile pagare in denaro le ansie, i dolori patiti, le affezioni perdute, ma non è inesatto dire che il danaro sia capace di produrre altri conforti e rendere meno gravi le conseguenze del dolore sofferto. Non si tratta di dare al danneggiato gli identici beni che ha perduti, ma di far nascere in lui una nuova sorgente di felicità e di benessere, capace di alleviare le conseguenze del dolore, del male, che ha ricevuto. Il danaro in questi casi non è un corrispettivo equivalente in quantità e qualità al bene perduto, ma è un mezzo per ottenere soddisfazioni piacevoli in cambio delle dolorose, ingiustamente provate. [Minozzi A. - Studio sul danno non patrimoniale, Società Editrice Libraria, Milano, 1909]

Essendo il denaro, nelle moderne consociazioni, il comune denominatore di tutti beni e di tutti valori, il risarcimento non può praticarsi che con moneta. [Brasiello T. - I limiti della responsabilità per danni, Morano, Napoli, 1928]

Il risarcimento, tanto nel campo del danno patrimoniale, quanto nel campo del danno non patrimoniale, avviene per il tramite di un congegno convenzionale: da un lato il valore di mercato; dall'altro lato l'equità del giudice. Non dissimili paiono le conclusioni cui perviene quella dottrina che, dopo aver osservato che «sotto il profilo strettamente economico... ogni danno è monetizzabile, tanto che può essere attribuito un prezzo finanche alla vita», chiarisce come il risarcimento sia frutto di una «valutazione sociale tipica» effettuata dal giudice, sicché: «La liquidazione del danno non patrimoniale si è configurata di fatto come il risultato di un giudizio di valore espresso dei giudici, questa volta non bouche de la loi, ma bouche della societé». [Comandè 1994]

In un esempio (A), il prof chiede a diversi ragazzi/e quanto chiederebbero di risarcimento se perdessero il dito mignolo della mano sinistra dopo essere investiti: la Filippi dice 50000 €, la Chiara 100000 €.

Il prof lascia in sospeso e fa un altro esempio (B) in cui egli stesso interpreta un professore pazzo che alla fine di ogni suo corso prende uno studente a caso e gli fa amputare il dito mignolo e se lo porta a casa da aggiungere alla sua collezione: la Erika anche lei dice 100000 € per il suo dito.

Questa è una situazione che deve far riflettere perché quello che è accaduto a Chiara (A) è correlabile alla semplice sfortuna, se vogliamo essere giuridici alla colpa del traffico, ma bene o male il suo è stato un incidente. Alla Erika è stato proposto qualcosa di differente, un pazzo che chiede volontariamente di amputare il suo dito: ecco che i due esempi sono molto diversi, nell'esempio B abbiamo il dolo e concettualmente vogliamo almeno più soldi se proprio vogliamo prestarci a questa cosa assurda. Nelle due situazioni cambia il risentimento di chi ha subito il danno, perché nell'incidente Chiara ha subito un danno fortuito, ma Erika invece ha subito

davvero un danno ingiusto, bene o male un mignolo è sempre quello e sempre quello sarà il suo valore, ma Erika si sforzerà maggiormente per avere un risarcimento maggiore. Questa è l'idea che si muove in taluni danni: grossomodo il risarcimento è sempre uguale, ma è la motivazione che lo sostiene che cambia.
Consideriamo un paziente che va a farsi operare e in conseguenza della sua operazione subisce un danno permanente: c'è da immaginarsi che sarà estremamente arrabbiato, perché il danno è stato cagionato da una persona a nelle cui mani aveva messo la propria salute. È chiaro quindi come in ambito giuridico essi siano i clienti più arrabbiati.

Coperture assicurative
Le coperture assicurative non coprono i danni cagionati volontariamente, anche se nessuno glielo impedirebbe, però esistono chiaramente assicurazioni che coprono gli infortuni. Per infortunio si intende il ricorrere di un fatto estraneo all'assicurato che determini delle lesioni: estraneo nel senso che deve essere collegato a delle situazioni patologiche, non dovuto a malattie e deve essere procurato da situazioni esterne. Un chiaro esempio di infortunio è la partita di calcetto in cui uno entra a gamba tesa e rompe il crociato di un altro, mentre se invece si va a correre e in uno scatto ci si lesiona il tendine d'Achille questo non è un infortunio.
Esistono anche polizze che coprono i suicidi, tuttavia hanno delle clausole che pretendono che passi almeno un anno dalla stipula del contratto assicurativo: è una clausola che permette in quell'anno all'assicurazione di ritirare il premio. Questo per dire che non esistono polizze routinarie che coprono le conseguenze negative di azioni volontarie, ma si può davvero assicurare tutto, ci sono anche assicurazioni per i terremoti (ma quasi sempre in regioni non a rischio). Analogo discorso è quello della polizza sui medici: è ovvio che la polizza ha un costo legato al rischio del tipo di attività professionale (la polizza di un ortopedico o un chirurgo sarà ben diversa da quella di un reumatologo o un dermatologo per intenderci). Capita spesso che alcune classi di medici si associno per stipulare in gruppo delle polizze assicurative, "spalmando" il rischio e diminuendo i costi assicurativi.

- La responsabilità (a differenza di ciò che accade in ambito penale), può essere trasferita a terzi (ad esempio **imprese assicurative**, le quali, dietro regolare pagamento di premi, accettano, al concretizzarsi del danno, tale trasferimento di onere monetario).
- Possono essere chiamate in giudizio anche persone non fisiche (per esempio l'Azienda Ospedaliera).

Assicurazione R.C. professionale
- Il sinistro, nella assicurazione per la R.C. derivante dall'esercizio della professione medica, è il danno causato al paziente.
- Il sinistro provoca un pregiudizio economico all'assicurato, in quanto il medico è tenuto a risarcire il paziente; ma in forza del contratto il rischio è trasferito all'assicuratore.
- Alla base ci deve il verificarsi di un comportamento censurabile, vale a dire "colposo".

La valutazione del danno
Torniamo al dito, abbiamo 50000 € contro 100000 €, ma cosa rende il dito della Chiara prezioso il doppio di quello della Filippi?
Possiamo considerare:
- Il fattore età (però sono giovani ugualmente),
- Il fattore socio-lavorativo, infatti la Chiara àncora il suo discorso al fatto che lei potrebbe voler fare la chirurga. In effetti il risarcimento di un danno ingiusto una volta veniva tarato

in base a quanto si rifletteva sulla capacità lavorativa, ma questo però era un'ingiustizia sotto certi punti di vista: il prof inizia a raccontare la storia di un certo Gennarino, un ragazzino che negli anni '70 perde una gamba a seguito di un investimento - quanto pagarlo? Perché un bambino a livello lavorativo non fa nulla, ma Gennarino è figlio di un operaio e viene risarcito in base a quanto meno può guadagnare un operaio senza una gamba. Ecco la contraddizione, cosa garantiva che sarebbe diventato un operaio? Questa era chiaramente una discriminazione, il figlio di un operaio doveva per forza diventare un operaio? L'articolo della costituzione che dice che lo stato tutela la salute forse ci doveva far pensare che esisteva un qualcosa di uguale nelle persone indipendentemente dal lavoro che facevano: ecco che compare il danno biologico (inteso come danno all'integrità psicofisica del soggetto), che non tiene più conto delle ripercussioni nel contesto lavorativo, ma che deve essere uguale per ogni persona in quanto entità biologiche simili e non diverse in base al lavoro. Nel danno biologico le uniche differenze di cui si può tenere conto sono il **sesso** e l'**età**.

- Il prof ora chiede se c'è differenza in una cicatrice sulla gamba tra una femmina e un maschio (una femmina mostrerà le gambe molto di più di un maschio, anche considerando un fattore culturale: la gamba a livello estetico ha un valore diverso per i maschi e le femmine).
- In un altro esempio il prof fa un paragone fra il suo polso e quello di un ragazzo: se si fratturano i polsi il ragazzo avrà diritto a un risarcimento più cospicuo perché dovrà portarsi dietro le sequele del trauma per più tempo rispetto al prof.
- Ecco che concludendo questo discorso i due mignoli della Chiara e della Filippi hanno esattamente lo stesso valore (sono entrambe femmine e hanno praticamente la stessa età).

A questo punto però quanto vale realmente un mignolo? C'è da considerare che non esiste una tabellazione economica che quantifichi quanto risarcire ogni tipo di danno biologico; esistevano però delle tabelle con dei valori percentuali medico-legali che determinano a livello psicofisico quanto una persona abbia perso rispetto alla sua integrità e capacità lavorativa (percentuali che poi venivano tradotte economicamente). Ai tempi infatti si riteneva che l'integrità psicofisica di un soggetto venisse valutata come 100%, e allora quello che si è cercato di fare è stato di trovare dei valori percentuali alle menomazioni principali di riferimento, tipo la perdita di un arto o la sua menomazione. Con un approccio riformista più che rivoluzionario si è cercato di traslare queste tabellazioni che facevano riferimento alla capacità lavorativa persa a valori riferiti al nuovo concetto di danno biologico. Con l'andare del tempo però anche il concetto di danno biologico si è evoluto, ci si è spostati ad un concetto non statico di integrità psicofisica, ma ad una valutazione di quello che la menomazione in concreto riduce quello che il soggetto è in grado di fare.
Più semplicemente la persona sana ha 100, se perde un braccio perde una certa percentuale, ma non è che tutte le menomazioni principali messe insieme fanno 100: si stima l'incidenza negativa di quella menomazione sul valore 100 di quella persona. Si passa così alla personalizzazione del danno: facendo un esempio, l'anchilosi di caviglia è un danno che bene o male è uguale per tutti a livello biologico, ma se uno è un appassionato di trekking, è un qualcosa che lo fa sentire bene e ora non può più farlo, questo fattore di personalizzazione del danno può far aumentare di un terzo il valore economico del danno biologico - chiaramente deve comunque dimostrare questo attaccamento al trekking con materiale probatorio, come una tessera di iscrizione a un club di trekking.
Tornando al mignolo, l'incidenza negativa riportata in queste tabelle è del 5%. Bisogna passare al calcolo economico, esistono a loro volta delle tabelle economiche riferite ai punti percentuali, dove tanto più i punti percentuali sono distanti da 0 tanto più sono onerosi a livello economico

(1500€ a punto). Successivamente però bisogna anche considerare quanto lo stato anteriore della persona possa incidere, ossia cercare di capire se quella menomazione possa valere la stessa percentuale in una persona che aveva già precedentemente una menomazione che amplifica o ammortizza la menomazione di cui stiamo parlando (se la chiara perde il mignolo di una mano che era già anchilosata per esempio ovviamente avrà un risarcimento minore rispetto a un mignolo della mano sana della Filippi). Esistono grossomodo due approcci:

- uno che fa riferimento al concetto del "nuovo 100" cioè ognuno di noi è un nuovo 100 nel corso della sua vita (100 inteso come complesso di compensazioni adottate nel corso della vita che formano una nuova integrità psicofisica)
- uno che fa riferimento al danno differenziale, vale a dire quello che bisogna risarcire è il delta che va da quello che il soggetto valeva prima a quello che vale adesso

Sono due aspetti che sono di pertinenza prettamente medico-legale, ma che a noi possono interessare per capire alcune dinamiche che si muovono anche nei nostri ambiti, in particolare nel danno a una persona nell'ambito di malpractice: questo consente talvolta agevolmente di fare riferimento al danno differenziale, perché abbiamo una situazione in cui uno mi si presenta in ospedale che può evolvere in una certa maniera e invece abbiamo un peggioramento, per cui evidentemente è più facile dire che l'incidenza negativa della malpractice ha spostato il danno di X punti da quello che era la menomazione attesa e tenuto conto di quello che abbiamo detto prima per cui i punti che si allontanano dallo 0 hanno un valore economico maggiore è evidente che il peso di ogni punto diventa importante.
Nel danno biologico oltre al danno rappresentato dal "non poter fare" abbiamo anche la sofferenza per non poterlo fare (danno morale), ma al di là di questo (che è l'aspetto di <u>danno non patrimoniale</u>) esiste anche il <u>danno patrimoniale</u>, che è rappresentato dall'aspetto economico, che si riduce a quanto uno spende in conseguenza del danno che ha subito da un punto di vista sanitario.
Si parla ora di danno alla capacità lavorativa specifica, che deve essere dimostrata (per esempio mostrando il fatturato e come è cambiato dopo la menomazione: la parte accusata deve coprire la differenza). La gran parte delle menomazioni incide generalmente su attività manuali/fisiche, ma bisogna anche considerare l'elasticità menomativa (Quanti lavori bisogna scartare a causa della propria menomazione? Quando subiamo il danno quanto ci dovremo impegnare nella riabilitazione per riprendere il nostro lavoro abituale?). Nel danno patrimoniale si deve considerare anche il danno economico che si ripercuote alla famiglia che magari si poggia sul lavoro del menomato (questa è una voce di danno patrimoniale riflesso).
Lo stato anteriore poi ci interessa perché quando uno parla di valutazione del danno alla persona grossomodo pensa ai danni che si verificano nell'ambito dell'infortunistica stradale o del lavoro, in cui le persone che sono interessate da questi eventi sono persone che fondamentalmente stanno bene, ma in ambito sanitario si aggiunge una difficoltà ulteriore che è quella legata al fatto che il paziente è già un "prodotto deteriorato". Bisogna pensare all'incidenza del danno ingiusto a carico di un soggetto deteriorato in quanto malato e magari a carico di una malattia per cui si stava facendo curare e che quindi in ogni caso avrebbe avuto un'evoluzione che non necessariamente avrebbe condotto alla guarigione: questo è un altro elemento che complica la valutazione.
Un esempio di elemento che complica la valutazione del danno è l'incidenza negativa su una mancata diagnosi di tumore al seno: cioè se la mancata diagnosi porta a una differenza di stadio di sopravvivenza, una diversa invasività da parte dell'intervento (quadrantectomia → mastectomia), questo è palesemente un danno. Se la paziente sarebbe morta lo stesso non c'è danno.
In questo ambito un folle ha citato in giudizio una compagnia aerea nel 2010, perché secondo cui lui per via di un ritardo dell'aereo non ha potuto sostenere un esame di ammissione: il giudice non poteva sapere le reali possibilità di successo del ragazzo, ma il fatto di non essere arrivato al

concorso gli ha fatto perdere comunque delle chance. Un evento per essere giuridicamente probabile deve avere più del 50% di possibilità, sotto questa percentuale quell'evento è solo possibile.
In ambito medico se noi sbagliamo nel nostro percorso diagnostico-terapeutico non per forza cambiamo l'esito di una malattia: a volte invece possiamo togliere delle chance di guarigione e in ambito di risarcimento del danno la compensazione deve essere proporzionale alla chance che abbiamo sottratto al paziente. Questa situazione consente di porre rimedio ad alcune situazioni che inevitabilmente porterebbero a conflitti franchi, perché almeno il 50% è una situazione non facile da individuare.

---

1) **il danno patrimoniale** può essere
    a. un danno emergente (effettiva diminuzione di patrimonio del danneggiato)
    b. la perdita subita, o un lucro cessante (mancato guadagno del danneggiato, chiamato anche danno patrimoniale da perdita della capacità lavorativa).

   Rientrano in questa categoria, per esempio:
    - danni provocati da inadempimento contrattuale
    - danni da infortunio o da sinistro stradale
    - invalidazione arrecata da malpractice medica
    - inadempimento dell'obbligo di mantenimento del coniuge o dei figli
2) **il danno non patrimoniale** include tutti i pregiudizi non immediatamente quantificabili economicamente, quali la sofferenza interiore, l'invalidità fisica e psichica, il peggioramento della qualità della vita di una persona e si distingue in**:**
    - danno biologico
    - danno morale
    - danno esistenziale (o danno a valori costituzionalmente riconosciuti), è qualsiasi compromissione delle attività realizzatrici della persona umana, quale ad esempio la lesione della serenità familiare, o del godimento di un ambiente salubre, distinto dal danno biologico perché non presuppone l'esistenza di una lesione fisica, e distinto dal danno morale perché non costituisce una sofferenza di tipo soggettivo.

La risarcibilità dei danni subiti differisce da caso a caso, e spesso è possibile ottenere un risarcimento per tutte le voci indicate.

Danno biologico

- il danno biologico esprime in termini percentuali la diminuzione di integrità psico-fisica della persona, comprensiva delle attività dinamico-relazionali quotidiane, comuni a tutti (cosiddetto *danno base*), nel caso in cui la menomazione stessa incida in misura apprezzabile su particolari aspetti dinamico-relazionali personali, la valutazione dovrà essere completata con indicazioni aggiuntive, peraltro espresse in termini descrittivi senza ulteriore percentualizzazione (*danno biologico personalizzato).*

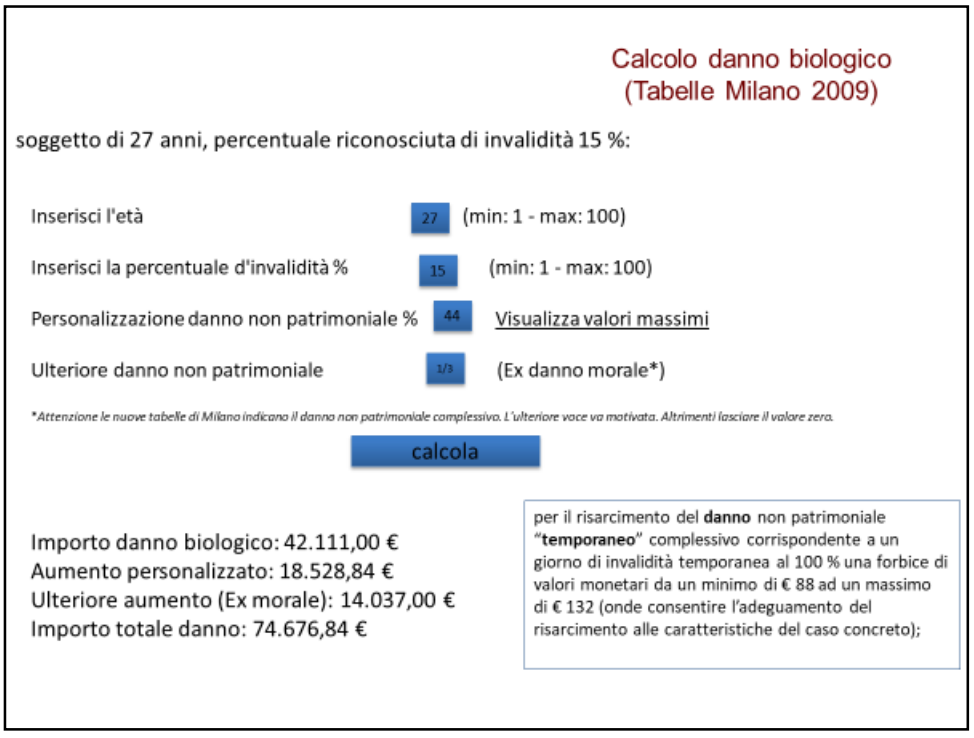
Secondo la Corte Suprema di Cassazione Sezioni Unite Civili – sentenze 24 giugno – 11 novembre 2008 n. 26972-5: "Lesione temporanea o permanente dell'integrità psico fisica della persona suscettibile di accertamento medico-legale che esplica un'incidenza negativa sulle attività quotidiane e sugli aspetti dinamico-relazionali della vita del danneggiato, indipendentemente da eventuali ripercussioni sulla sua capacità di reddito". "Altri pregiudizi di tipo esistenziale attinenti alla sfera relazionale della persona, ma non conseguenti a lesione psicofisica, e quindi non rientranti nell'ambito del danno biologico (comprensivo, secondo giurisprudenza ormai consolidata, sia del c.d. danno estetico che del c.d. danno alla vita di relazione), saranno risarcibili

purché siano conseguenti alla lesione di un diritto inviolabile della persona diverso dal diritto alla integrità psico-fisica".

Le tabelle delle menomazioni previste dagli articoli 138 e 139 del D. Legs 209/2005, mediante le quali il medico legale deve giungere a quantificare il danno permanente biologico, va rilevato che i valori indicati nelle stesse sono da ritenere *indicativi,* attesa la variabilità da caso a caso, da misurare "sulle caratteristiche individuali della persona" ed in riferimento alle varie situazioni che le premesse alle tabelle specificamente prevedono; fermo restando che il consulente medico-legale non può sottrarsi all'obbligo della motivazione che costituisce "elemento essenziale e qualificante del giudizio valutativo".

È noto, per classica letteratura medico-legale, che una menomazione che venga a cadere su stato anteriore già compromesso, possa essere coesistente o concorrente rispetto alla stessa preesistenza: nel secondo caso le invalidità concorrono, cioè insistono sullo stesso sistema organo-funzionale.

Il concorrere di due diversi fattori causali (il trauma/la malattia e l'errore medico) che agiscono in successione, ma prima che si sia completato il decorso del primo, rende alla fine impossibile stabilire esattamente quale sia stato il danno determinato dall'uno o dall'altro. Si ricorre in questi caso ad un criterio di presunzione che, sulla base di un generico criterio statistico-epidemiologico, accertato il momento in cui si è verificato il secondo fattore causale, cerca di scorporare, dal danno finale complessivo, quello che si sarebbe comunque realizzato se l'errore non vi fosse stato.



16. La gestione del rischio clinico, 11-04-2018 (Genovese)

Prevenzione

La parola prevenire viene dal latino *prevenire*, giungere prima, indi fare avanti ciò che altri volevano fare; anticipare; preparare i rimedi contro danni, disgrazie, insidie, reati e simili. Dalla definizione si comprende che quando parliamo di prevenzione nell'ambito medico andiamo a toccare anche il concetto di reato. Nell'attività medica sarà facile imbattersi in un'indagine di omicidio colposo, specialmente nelle specializzazioni chirurgiche. Prevenire è meglio che curare, ma prevenire non deve condurre a non curare.

La **medicina difensiva** si verifica quando i medici prescrivono test, trattamenti o visite o evitano pazienti o trattamenti ad alto rischio, primariamente (ma non necessariamente in modo esclusivo) allo scopo di ridurre la propria esposizione al rischio di accuse di *malasanità*. La medicina difensiva può essere di carattere positivo o negativo:

- Positivo (attivo): eseguire extra-test o trattamenti primariamente per ridurre le accuse di malasanità.
- Negativo (omissivo): non prendere in carico il paziente (evitare determinati pazienti o interventi). La forma meno nota al popolo, ma la più diffusa in ambito professionale.

Oltre alla medicina difensiva individuale esiste il concetto di **sanità difensiva**, cioè non prendersi carico di attività e reparti a maggior rischio. Se un privato volesse costruire un ospedale, penserebbe ai reparti che portano più soldi con i DRG e che portano meno coinvolgimenti legali: ginecologia, neurochirurgia e chirurgia generale sono esempi di reparti ad alto rischio. Da qui la medicina difensiva "strutturale", cioè non sviluppare le aree pericolose.

In quante strutture sanitarie si pratica direttamento o indirettamente una selezione "preliminare" delle forme morbose da trattare ai fini di DRG? L'esempio dei parti con taglio cesareo (dati poco aggiornati) è eclatante:

- Nel 1980 11,2%
- Nel 2000 30%
- Proiezione per l'anno 2004 superiore al 40%

In Campania, tale percentuale era già oltre il 53% nel 2000 e questa "meta" del 50% sta per essere raggiunta, oggi, da Sicilia e Puglia: come dire, un bambino su due, nel meridione d'Italia, nasce con il cesareo. L'Italia, dopo gli Stati Uniti, è la nazione al mondo in cui maggiormente si ricorre al taglio cesareo; in Europa, dietro di noi, vi è la Germania, con una percentuale di appena il 15%, quella, cioè, che da noi si registrava più di un ventennio addietro. L'OMS reputa anomala ogni percentuale di tagli cesarei superiore al 10,15%. Vi sono aspetti tecnici ed economici: il cesareo viene pagato di più, ed inoltre durante il travaglio e il passaggio attraverso il canale vaginale, il neonato sparisce al controllo del ginecologo e i rischi per la sua salute sono altissimi - ne consegue una maggior probabilità di denunce. Il ginecologo ha la *sensazione* di maggior sicurezza con il cesareo, ma ciò è paradossale poiché comporta maggiori complicanze per la madre. Si tratta di una suggestione: è più facile che venga coinvolto un contenzioso su un parto naturale che su un parto cesareo. Ma come mai i dati in Italia e Germania sono così differenti? Ci sono differenze storiche, culturali e religiose. Spesso sono le donne italiane a chiedere il parto elettivo, per questioni di tempo o per scegliere la data di nascita. Nella storia naturale di una malattia (Rothman, 1981) possiamo appunto distinguere:

- Prevenzione primaria: educazione sanitaria, fattori di rischio nella popolazione (fumo, alcool, colesterolo)
- Prevenzione secondaria: diagnosi precoce e cura, con screening di popolazione (Pap test, SOF)
- Prevenzione terziaria: diagnosi conclamata e riabilitazione, con indagine ospedaliera.

Forse, in Italia, nell'approccio ospedaliero al clinical risk management, si sono trascurate la "Prevenzione Primaria" (Primo livello – Comprensione) e la "Prevenzione Secondaria" (Secondo livello – Collaborazione), passando direttamente a quella "Terziaria" (Terzo livello – Misure concrete).

Esempio: i giovani devono capire perché bisogna utilizzare il preservativo, e se non gli viene spiegato e non comprendono l'importanza della protezione, non la useranno e noi avremo fallito. Un altro esempio attuale in Italia sono le vaccinazioni: sta venendo a mancare il rapporto medico-paziente in cui il medico ascolta le perplessità dei pazienti, in questo caso di madri preoccupate, e si prende il compito di spiegare perché i vaccini sono fondamentali. Serve spiegare, non basta metterli obbligatori.

Questo approccio sbagliato al clinical risk management si può riscontrare anche in altre nazioni; per esempio, in Svizzera si sta pubblicizzando il "Salva-Anche", una protezione efficace contro le fratture del collo del femore nella terza età. Ogni anno, in Svizzera oltre 8.000 anziani si fratturano l'anca in seguito a una caduta. I salva-anche (conchiglie dure o imbottiture morbide integrate o da inserire nelle mutande) riducono questo rischio del 40%. L'ufficio svizzero per la prevenzione degli infortuni persegue da anni un programma ambizioso per prevenire le cadute e promuove il salva-anche, ma il grande problema è che si perde di vista la prevenzione dell'osteoporosi.

Prevenire o tamponare

L'attività di direzione presso qualsiasi "organizzazione complessa" può svilupparsi attraverso due diversi tipi di "approcci":

- Razionale/anticipatorio: prevenire
- Vivere alla giornata o giorno per giorno: tamponare

La definizione del clinical risk management è la seguente: "attività cliniche ed amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori e i rischi di perdita per l'organizzazione

stessa". Bisogna valutare e ridurre i rischi per tutti (pazienti, staff, visitatori), ma quali sono i rischi? Bisogna valutare e ridurre gli errori e i rischi di perdita economica per l'organizzazione stessa.
Dal punto di vista dell'Azienda Ospedaliera o Sanitaria gli eventi avversi generano un costo, peggiorano l'immagine dell'azienda, peggiorano il morale ed aumentano i timori del personale medico e paramedico. Emerge sempre di più il problema dell'assicurabilità, soprattutto per alcune categorie di professionisti.
Nel 2004 si è riunita la Giunta Regionale della regione Lombardia, per dare degli indirizzi sulla gestione del rischio sanitario. Ciò ha prodotto delle Linee di indirizzo per il 2005 elaborate da gruppo di lavoro costituito da Direzione Generale Sanità, Aziende Sanitarie e Compagnie Assicuratrici.

1. Primo Obiettivo: "**mappatura rischi RCT/O**" dati 1999-2004 e I semestre 2005. Scadenze 28.02 e 15.07.2005
2. Secondo Obiettivo: attivazione risk management. Nomina di un coordinatore (in grado di **analizzare e valutare la sinistrosità**); costituzione di un comitato ristretto (con componente esterno con idonea professionalità)
3. Terzo Obiettivo: sfera del rapporto struttura/paziente con particolare attenzione a consenso informato e cartella clinica.

L'errore
La denuncia che arriva al medico fa paura.
Anche se non tutti gli incidenti in Medicina sono dovuti a "colpa professionale", gli errori ci sono e gli studi di settore dimostrano che per ogni denuncia ci sono statisticamente 10 danni gravi e 290 danni lievi non denunciati (proporzione di Heinrich: 1 denuncia → 10 danni gravi → 290 danni lievi → 3000 incidenti senza danni e 300.000 quasi incidenti).
L'operatore sanitario si preoccupa della punta dell'iceberg, ma bisogna partire dai danni minori e dai quasi incidenti per ridurre anche quelli gravi e le denunce. Tuttavia, abbiamo un'impostazione di carattere giuridico che punta sul concetto individuale di errore. Il metodo e gli strumenti operativi di intervento per analizzare gli errori in Medicina sono basati sul modello teorico proposto da *James Reason,* che supera la visione tecnicistica della prevenzione degli incidenti basata sulle responsabilità individuali, puntando verso una prospettiva che va alla radice dei fattori sottostanti gli eventi avversi, consentendo così di rafforzare le difese del sistema organizzativo e di apprendere dagli inconvenienti e dagli incidenti. Secondo Reason: "**La fallibilità è una caratteristica dell'essere umano**. Noi non possiamo cambiare l'essere umano, ma possiamo cambiare le condizioni in cui gli esseri umani operano".
Il concetto di fallibilità è complesso in medicina ed è strettamente collegato al concetto di supereroe. In realtà non abbiamo veramente idea di cosa significhi: se ci ragioniamo le nostre conoscenze ci fanno capire che non siamo infallibili. Gli occhi sono limitati e abbiamo bisogno di strumenti che ci aiutino. Se qualcosa è limitato, è fallibile: l'essere umano ha dei limiti biologici. Per esempio la sera dobbiamo dormire, siamo stanchi, non possiamo rimanere lucidi dopo 24 ore di insonnia. Chi meglio di noi stessi può capire che noi possiamo sbagliare? Ma trasferiamo questa conoscenza ai pazienti? Il paziente sa che possiamo sbagliare? I politici non parlano dei problemi, il messaggio che passa è che tutto va bene, i media sbattono il mostro in prima pagina, puntano il dito sul singolo, e nessuno spiega niente alla popolazione. Non esiste l'essere perfetto, e allora il problema alla base non è tanto la fallibilità individuale, ma è la criticità intorno all'individuo che rende possibile l'errore.
È un ragionamento che trova degli agganci nell'attualità. Per esempio alla notizia di un aereo che precipita si pensa ad un attacco terroristico o in seconda istanza a un'avaria del motore. Il problema può essere stato invece di: pilota automatico, co-pilota, radar, controllori di volo. Segue la notizia di un bambino che muore di appendicectomia durante un intervento: il primo pensiero è che il medico che ha operato il bambino sia un incompetente. Una grande differenza è che il pilota è sull'aereo e se precipita muore anche lui, se il medico sbaglia muore solo il paziente. Questo non è cosa da poco: il pilota non parte se tutti i controlli di voli non sono perfetti, mentre il medico sottovaluta le check list e i consensi informati. Il pilota deve passare dei test psico-fisico-attitudinali che vengono ripetuti nel tempo, a cui un medico non deve essere sottoposto. Il medico, quando viene assunto, viene solo valutato per le malattie professionali, cioè per conoscere se al tempo zero si aveva o meno una patologia/infezione. Eppure non sono pochi i medici che fanno uso di sostanze stupefacenti, che sono depressi e che non passerebbero test psico-fisico-attitudinali.
Infine, il pilota ha un limite d'età: nessuno salirebbe su un aereo guidato da un 85enne. Questo non vale per la figura del medico: basti ricordare la coda interminabile da Veronesi.
Imparare dagli errori

- Dal concetto di errore professionale non ammissibile (errare non è ammesso), a quello ineluttabile di errore umano (errare è umano): vorrebbe dire scardinare la nostra logica quotidiana sul concetto di errore.
- Da un intervento difensivistico ad uno propositivo: presa d'atto del problema e necessità di gestirlo (clinical risk management).

La gestione del rischio clinico nasce oltremanica, ma un inglese è diverso da un italiano.

- Segue una serie di esempi campanilistici di Genovese:
  - Se penso a noi italiani, penso a un'isola tropicale, con un bell'uomo con una foglia di fico davanti e una bella donna con anche lei una foglia di fico sotto e i capelli lunghi. La donna prende una mela e la offre all'uomo, che l'assaggia. In quel momento il cielo si apre e una voce potente dice: "Adamo, cosa hai fatto?". E Adamo risponde: "Niente! È stata lei". Noi deriviamo da qui.

    - Dopo aver fatto dipingere le pareti della camera di bianco, il prof trova un grande disegno sul muro e chiedendo a entrambi i figli si ha la totale negazione del fatto, negazione anche dell'evidenza. È come se dal punto di vista genetico ci fosse qualcosa che dicesse loro di negare. Probabilmente un bambino giapponese avrebbe fatto Harakiri (suicidio per vecchio rituale samurai).

Un ultimo aspetto da valutare è il contesto: l'errore ha un significato morale diverso in specifici contesti. È difficile dire "ho sbagliato" in una stanza piena di colleghi e con il proprio capo. Il concetto di errore individuale è insito: bisogna scorporare l'evento errore dalla persona. Ognuno di noi individua l'errore come facente parte della persona, e bisogna fare uno sforzo notevole per distinguere l'errore dall'individuo.
Dobbiamo imparare a riconoscere gli errori e a imparare dagli errori, ma in realtà impariamo ma dai nostri errori, come esperienza personale, non vissuta da terzi. Solo i più bravi, anzi i più forti, hanno il coraggio di dire "ho sbagliato". Il contenzioso si inasprisce se il medico nega l'errore, mentre è dimostrato che le denunce si riducono se il medico ammette l'errore al paziente. Dando la possibilità di fare denunce anonime tra colleghi, si hanno molte più denunce, ma molte inattendibili (perché noi italiani siamo fatti così).
Secondo l'Institute of Medicine si definisce **errore** il fallimento nel portare a termine, come nelle intenzioni, una azione precedentemente pianificata (errore di esecuzione) oppure l'uso di una pianificazione sbagliata per raggiungere un obiettivo (errore di pianificazione).
Si possono distinguere gli errori in:

- **Attivi**: si vedono, associati alle prestazioni degli operatori di prima linea e, pertanto, con effetti immediatamente percepibili e, di conseguenza, facilmente individuabili.
    - Se si agisce sugli errori attivi, questi si ripresentano. Per esempio denunciare un medico che ha compiuto un errore dopo 12 ore di sala significa agire sull'errore attivo, ma non dovrebbe avere un turno lavorativo così lungo.
- **Latenti**: nascosti, esito di attività distanti (in termini di spazio e tempo) dal luogo dell'incidente e riguardano aspetti di management, di progettazione tecnologica, di elaborazione di norme e regolamenti,...
    - Se si agisce sugli errori latenti, gli errori attivi non si ripresentano.

Dietro a ciascuno "errore attivo" devono essere individuate le cause di "errore latente", attribuibili al sistema ed alla gestione organizzativa. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.
Ricordate, **l'informazione è tempo di cura**.
Vantaggi del risk management

- Maggiore efficacia della programmazione
- Efficiente ed efficace erogazione delle prestazioni
- Efficiente ed efficace allocazione delle risorse
- Elevato standard delle prestazioni
- Elevato standard di responsabilità nell'organizzazione
- Creatività e innovazione organizzativa
- Miglioramento della capacità competitiva
- Miglioramento del morale dell'organizzazione
- Flessibilità nella gestione degli obiettivi
- Trasparenza del "decision making"

Il CRM è un complesso di procedure organizzate per identificare, valutare e ridurre, laddove possibile, i rischi dei pazienti, dei visitatori, dei dipendenti e di tutta l'organizzazione. È un programma finalizzato a ridurre l'incidenza di eventi indesiderati preventivabili e la perdita economica che ne deriva, e consiste in:

- Identificare la sequenza dei fatti che contribuiscono all'infortunio/incidente del paziente
- Identificare, all'interno della sequenza, gli errori attivi
- Identificare i punti, all'interno della sequenza, che rappresentano errori latenti: errori di un sistema che non è stato in grado di impedire l'accadimento dell'evento

È un processo sistematico di revisione dei trattamenti rispetto a standard e criteri esplicitamente definiti che ha il fine di migliorare la qualità delle prestazioni, valutando la distanza tra comportamenti e risultati effettivi e quelli previsti da criteri predefiniti, adottando, dove utile, gli opportuni cambiamenti.
Le aree prioritarie per la prevenzione dell'errore sono:

- La comunicazione
- Lo staffing: formazione ed introduzione nel gruppo di lavoro del personale neoarrivato o neoformato
- L'esperienza e la supervisione: i più anziani devono avere il tempo di valutare il lavoro dei più giovani
- La documentazione clinica: è difficile trovare una cartella clinica "presentabile"
- Le infezioni ospedaliere
- Il consenso informato
- L'attrezzatura
- Le linee guida ed i protocolli

17.Violenza sessuale e Maltrattamenti in Famiglia, 12-04-2018 [Marasciuolo]

Linee Guida Who 2003 sulla tutela da parte del medico legale delle vittime di violenza sessuale
La priorità è la salute della vittima, e solo dopo vengono gli aspetti giuridici; quindi gli elementi medico-legali sono di importanza secondaria rispetto alla cura della persona stessa. Occorre, però, sempre ricordare anche i profili di ambito giudiziario della vicenda clinica. Qualsiasi cosa noi preleviamo dalla vittima, magari a distanza di due anni potrà avere un'importanza fondamentale in sede di dibattimento.

- *"When caring for victims of sexual violence, the overriding priority must always be the health and welfare of the patient. The provision of medico-legal services thus assumes secondary importance to that of general health care services (i.e. the treatment of injuries, assessment and management of pregnancy and sexually transmitted infections (STIs)). Performing a forensic examination without addressing the primary health care needs of patients is negligent. »*

Anche se si è medico di PS ci sono delle dinamiche medico legali che sono correlate a tutti i sanitari, non solo agli specialisti di medicina legale. Quando arriva una vittima di violenza sessuale è necessaria la registrazione clinica ed obiettiva di tutti gli elementi correlati alla vittima ed eventualmente la raccolta di tracce biologiche (tamponi cutanei, genitali ecc…): ciò è sicuramente utile nella prospettiva probatoria di un reato che vede essere la vittima, contemporaneamente, il testimone privilegiato.
Le aree critiche sono la *rilevazione obiettiva* (clinica e laboratoristica), la *ricerca e l'acquisizione di tracce*, e la *denuncia di reato*.
Per quanto riguarda le rilevazioni cliniche, nelle prime 72 ore dopo la violenza sessuale si hanno maggiori probabilità di raccogliere dati utili dal punto di vista probatorio (es. gli spermatozoi muoiono dopo un po'); quindi prima la vittima accede al PS prima abbiamo la possibilità di trovare tracce. È necessaria una ricerca sistematica che si compone di:

- **Esame corporeo sistematico e descrizione** di lesioni anche superficiali ed irrilevanti dal punto di vista clinico (ecchimosi, escoriazioni) da documentare fotograficamente. Queste sono molto importati poi dal punto di vista giuridico. È importante sempre guardare e descrivere. Per esempio "piccola ecchimosi al polso destro" non vuol dire nulla; bisogna descrivere in modo dettagliato forma, dimensioni, sede, colore… La descrizione corretta sarebbe: "Alla superficie anteriore del polso destro, area di soffusione rosso-violacea del tegumento, a contorni irregolari, di forma tondeggiante, del diametro di 0,5 cm circa". Le fotografie sono sempre utili e potrebbero essere acquisite dall'autorità giudiziaria, ma:
  - Non raffigurare la persona, identificarla con un codice ad esempio
  - Data e ora della fotografia
  - Riferimento metrico
  - Usare strumenti digitali (non polaroid)

  Le fotografie sono di estremo impatto anche in sede di dibattimento.
- **Esame genitale**
- **Prelievi biologici genitali e corporei in funzione dei dati anamnestici**, cioè non a tappeto a tutti, ma in base a quello che ci viene raccontato: il prelievo deve essere mirato in base ai dati anamnestici ed ai rilievi clinici (tamponi cutanei, orali, genitali e anali). Eventualmente anche l'acquisizione degli indumenti (slip…) è utile.

- **Prelievi tossicologici** (sangue ed urina), per valutare lo stato della vittima. Per esempio "ho bevuto un cocktail e non mi ricordo più nulla" potrebbe essere associato alla somministrazione di stupefacenti. Oppure l'alcolemia per capire se poteva essere completamente incosciente e quindi non avrebbe potuto dare il consenso, o comunque il fatto che il soggetto si sia approfittato di uno stato psicofisico alterato della vittima.

Tutte queste attività hanno per oggetto situazioni destinate a modificarsi irreversibilmente nel tempo e quindi sono da considerarsi irripetibili. Le lesioni, le ecchimosi spariscono quindi vanno obiettivate in tempo. Attenzione però che l'attività di prelievo e registrazione deve essere sempre subordinata all'accoglienza della vittima e alla cura della persona.

Denuncia di reato, referto e querela

Sono gli strumenti giuridici che danno inizio al procedimento penale, poiché portano a conoscenza il Pubblico ministero e l'ufficio (Procura della Repubblica) del fatto che possa essersi verificato un reato, e questi poi hanno l'obbligo poi di iniziare le indagini. Rientrano tra le fonti di notizia di reato disciplinate dal cpp.

- **Denuncia di reato - art. 331 cpp:** *"I pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio che, nell'esercizio delle loro funzioni o del loro servizio, hanno notizia di un reato perseguibile d'ufficio, hanno l'obbligo di fare denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito."*
    - Qualsiasi medico ospedaliero è un pubblico ufficiale, così come il medico convenzionato con il SSN. Non sono pubblici ufficiali i medici che svolgono attività libero-professionale intra-moenia all'interno della struttura pubblica. Altre figure sanitarie (infermieri, ostetriche…) se svolgono le loro attività nell'ambito di una struttura pubblica rivestono il ruolo di incaricato di pubblico servizio.
- **Denuncia di reato: contenuto - art. 332 cpp:** *"La denuncia contiene l'esposizione degli elementi essenziali del fatto e indica il giorno dell'acquisizione della notizia, nonché le fonti di prova già note. Contiene, inoltre, quando è possibile, le generalità, il domicilio e quanto altro valga alla identificazione della persona alla quale il fatto è attribuito, della persona offesa e di coloro che siano in grado di riferire su circostanze rilevanti per la ricostruzione dei fatti."*
- **Referto - art 334 cpp (omissione art. 365 cp): "***Chiunque avendo nell'esercizio della professione sanitaria prestato assistenza od opera in casi che possono presentare i caratteri di un delitto per il quale si debba perseguire d'ufficio ha l'obbligo di referto. Questa disposizione non si applica quando il referto esporrebbe la persona assistita a procedimento penale."*
    - Deve essere mandato entro 48 ore, salvo vi sia pericolo nel ritardo (per cui devono essere mandati immediatamente al PM).

Riassumendo, il medico che riveste il ruolo di pubblico ufficiale ha l'obbligo di denuncia, altrimenti si può incappare nell'omissione di denuncia e di referto ed essere denunciati per ciò. Si è obbligati anche se la vittima non vuole esporre denuncia se il reato è perseguibile d'ufficio. Venire a conoscenza ha significato ampio, ed implica che vi possa essere anche una conoscenza indiretta del fatto, magari mediata da dati documentali o da riferimenti anamnestici forniti da soggetti diversi dalla vittima.

La denuncia può anche essere firmata dall'equipe medica e non solo dal singolo.

Reati sessuali

Ora sono inquadrati come delitti contro la persona; prima del 1996 erano contro la morale comune.

Violenza sessuale - art. 609-bis**:** *"È punito chiunque costringe taluno a compiere o subire atti sessuali*

- *Con violenza o minaccia [con coltello] o mediante abuso di autorità [poliziotto]*
- *Oppure abusando delle condizioni di inferiorità fisica o psichica [QI inferiore alla norma, o ubriachezza] della persona offesa*
- *Oppure traendo in inganno la persona offesa per essersi il colpevole sostituito ad altra persona*

Con pena la detenzione da 5 a 10 anni."

Prima del 1996 si distinguevano la penetrazione dagli atti di libidine violenti (palpeggiamenti, toccamenti ecc…), dando una pena diversa. Ora per atto sessuale si intende tutto, cioè qualsiasi atto che leda la libertà sessuale del soggetto passivo. Per esempio un soggetto che prova piacere sessuale toccando i piedi dei passanti senza consenso, è definito come facente violenza sessuale, oppure la mano morta sull'autobus sarebbe per la giurisprudenza violenza sessuale. Non deve interessare necessariamente le zone genitali o erogene, ma tutte le zone che possono essere considerate erogene anche in senso lato. Ovviamente ci vuole il dolo, cioè la volontà del soggetto nel compiere l'atto lesivo e di provare piacere.

- Cass. Sez. III penale, sentenza 25112 13 febbraio – 2 luglio 2007: "Non è questa la sede per ripercorrere la complessa elaborazione dottrinale e giurisprudenziale della nozione di "atti sessuali"… al riguardo, occorre soltanto sottolineare che la formulazione più convincente e compiuta della nozione è quella che identifica gli atti sessuali in tutti quegli atti che siano oggettivamente idonei a compromettere la liberta sessuale del soggetto passivo, invadendo la sfera sessuale di questo, mediante un rapporto *corpore corpori*, che non deve necessariamente riguardare le zone genitali ma può estendersi anche a tutte le altre zone ritenute erogene dalla scienza, non solo medica, ma anche psicologica, antropologica e sociologica. In conformità a questa nozione "oggettiva" di atto sessuale, il dolo (generico) del reato consiste nella coscienza e volontà di compiere un atto lesivo della libertà sessuale della persona offesa, senza che rilevi l'ulteriore fine dell'agente, che è in genere quello di soddisfare la propria concupiscenza, ma può anche essere un fine ludico o di umiliazione della vittima."

Circostanze aggravanti - art. 609-ter**:** "*La pena è della reclusione da 6 a 12 anni se i fatti di cui all'art. 609-bis sono commessi:*

- *Nei confronti di persona che non ha compiuto anni 14*
- *Con l'uso di armi o sostanze alcoliche, narcotiche o stupefacenti o di altri strumenti o sostanze gravemente lesivi della salute della persona offesa*
- *Da persona travisata o che simuli la qualità di pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio* [falso ginecologo]
- *Su persona comunque sottoposta a limitazioni della liberta personale* [in carcere]
- *Nei confronti di persona che non ha compiuto anni 16 della quale il colpevole sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore.*

La pena e la reclusione da 7 a 14 anni se il fatto è commesso nei confronti di persona che non ha compiuto gli anni 10."

Atti sessuali con minorenne - art. 609-quater**:** in questo caso non c'è violenza, ma una sorta di consenso; sbagliato, ma c'è. *"Soggiace alla pena stabilita dall'art. 609-bis chiunque compie atti sessuali con persona che, al momento del fatto:*

- *Non ha compiuto gli anni 14* [Si ipotizza che sotto i quattordici anni il consenso non possa essere dato].
- *Non ha compiuto gli anni 16 se il colpevole è l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, il tutore, o chi per ragioni di cura, istruzione, educazione, vigilanza o di custodia ha l'affidamento del minore* [per esempio il maestro di danza, o l'insegnante di nuoto …], *o che abbia una relazione di convivenza con il minore.*
- *Al di fuori delle ipotesi previste dall'art. 609-bis, l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il di lui convivente, o il tutore che, con l'abuso dei poteri connessi alla sua posizione, compie atti sessuali con persona minore che ha compiuto gli anni 16, è punito con la reclusione da 3 a 6 anni*. [A 17 anni si può con l'insegnante, ma non con genitore ecc…]
- *Non è punibile il minorenne che, al di fuori delle ipotesi previste nell'art. 609-bis, compie atti sessuali con un minorenne che abbia compiuto gli anni 13, se la differenza di età tra i soggetti non è superiore a 3 anni.*
- *Si applica la pena di cui all'art. 609-ter, secondo comma, se la persona offesa non ha compiuto gli anni 10."*

Riassumendo:

- con un minore sotto i 10 anni <u>non si può mai</u>
- fra 10 e 14 <u>no</u> perché non si può avere il consenso
- fra 14 e 16 <u>no</u> solo se ho un'influenza sulla persona minorenne (genitore, ascendente, insegnante…); uno sconosciuto può
- fra 16 e 18 <u>no</u> se si è il genitore o tutore… (se si è insegnanti per esempio sì)
- dai 13 in su <u>sì</u> solo se si hanno meno di 3 anni di differenza di età

Corruzione di minorenne - art. 609-quinquies**:** "*Chiunque compia atti sessuali in presenza di minore di anni 14 al <u>fine di farla assistere</u> è punito con la reclusione da <u>6 mesi a 3 anni</u>."*

Ovviamente questo non è il caso in cui il minore di 14 entra nella camera dei genitori mentre fanno sesso.

Violenza sessuale di gruppo - art. 609-octies**:** "*La violenza sessuale di gruppo consiste nella partecipazione, da parte di più persone riunite, ad atti di violenza sessuale di cui all'art. 609-bis* [anche solo guardare e non intervenire è incluso]. *La pena è la reclusione <u>da 6 a 12 anni</u>."*

Delitti sessuali: perseguibilità

Sono perseguibili tendenzialmente dopo querela della parte offesa; le querele hanno come termine 6 mesi e sono irrevocabili. Per una querela la norma di solito prevede 3 mesi di tempo, in questo caso il tempo è più lungo perché la persona magari ha bisogno di più tempo per pensarci. È irrevocabile perché la vittima può subire pressioni psicologiche da parte del colpevole per ritirare la querela.

I delitti sessuali <u>*sempre*</u> perseguibili d'ufficio (cioè senza querela) sono:

- Violenza sessuale di gruppo indipendentemente dall'età
- Corruzione di minore di anni 14

I delitti sessuali perseguibili d'ufficio sono anche la <u>*violenza sessuale*</u> con le sue aggravanti, e gli <u>*atti sessuali con minorenne indipendentemente dall'età se*</u>:

- L'autore è un pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni
- Oppure se è l'ascendente, il genitore, anche adottivo, o il suo convivente, o il tutore o l'affidatario
- O se il delitto è connesso ad altro perseguibile d'ufficio (per esempio maltrattamento, minacce, lesioni personali perseguibili d'ufficio cioè di durata di malattia è superiore a 20

giorni, sequestro di persona - se il tempo di costrizione della vittima supera il tempo dell'atto sessuale)

* ALTRO DELITTO PERSEGUIBILE D'UFFICIO

Maltrattamento	art. 572 c.p.
Violenza privata	art. 610 c.p.
Violenza o minaccia per costringere a commettere un reato	art. 611 c.p.
Minacce gravi	art. 612, 2° comma, c.p.
Stato di incapacità procurato mediante violenza	art. 613 c.p.
Lesioni personali perseguibili d'ufficio	art. 582 e segg. c.p.
Abbandono di minori ed incapaci	art. 591 c.p.
Sequestro di persona	art. 506 c.p.
Violazione di domicilio aggravata	art. 614, ultimo comma, c.p.
Induzione, favoreggiamento e sfruttamento della prostituzione	artt. 3 e 4 L. 75/58
Prostituzione minorile	art. 600 bis, 2° co, c.p.
Pornografia minorile	art. 600 ter e quater c.p.
Turismo sessuale	art. 600 quinquies c.p.
Riduzione e mantenimento in schiavitù	art. 600 c.p.

LESIONI PERSONALI E VIOLENZA SESSUALE

Art. 585 c.p. - Circostanze aggravanti

Nei casi previsti dagli articoli 582, 583, 583 bis e 584, la pena è aumentata da un terzo alla metà, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 576, ed è aumentata fino a un terzo, se concorre alcuna delle circostanze aggravanti previste dall'articolo 577, ovvero se il fatto è commesso con armi o con sostanze corrosive, ovvero da persona travisata o da più persone riunite. (1) Agli effetti della legge penale, per armi s'intendono:1) quelle da sparo e tutte le altre la cui destinazione naturale è l'offesa alla persona;2) tutti gli strumenti atti ad offendere, dei quali è dalla legge vietato il porto in modo assoluto, ovvero senza giustificato motivo.Sono assimilate alle armi le materie esplodenti e i gas asfissianti o accecanti.

Art. 576. Circostanze aggravanti. Pena dell'ergastolo

Si applica la pena dell'ergastolo se il fatto preveduto dall'articolo precedente è commesso:

1. col concorso di taluna delle circostanze indicate nel n. 2 dell'articolo 61;
2. contro l'ascendente o il discendente, quando concorre taluna delle circostanze indicate nei numeri 1 e 4 dell'articolo 61 o quando è adoperato un mezzo venefico o un altro mezzo insidioso, ovvero quando vi è premeditazione;
3. dal latitante, per sottrarsi all'arresto, alla cattura o alla carcerazione ovvero per procurarsi i mezzi di sussistenza durante la latitanza;
4. dall'associato per delinquere, per sottrarsi all'arresto, alla cattura o alla carcerazione;5. in occasione della commissione di taluno dei delitti previsti dagli articoli 609-bis, 609-quater e 609-octies.

Sono inoltre perseguibili d'ufficio:

- Violenza sessuale (609-bis) su minore di anni 18
- Quando la vittima di atti sessuali (609-quater) ha età inferiore ad anni 10

La presenza di lesioni personali extra-genitali o comunque non legate al bloccare la vittima dalle quali deriva una malattia di durata inferiore ai 20 giorni, in forza del richiamo all'art. 585 cp e 576 cp, in occasione della commissione di talune dei delitti previsti dagli art. 609bis e seguenti, rende la violenza sessuale *procedibile d'ufficio.*

- Lesioni extragenitali: il pugno dato prima o dopo la violenza potrebbe essere procedibile d'ufficio. Forse le lesioni da afferramento (ecchimosi) sulle braccia sono escluse.
- Lesioni genitali: probabilmente sono, o dovrebbero essere, assorbite nella violenza sessuale in quanto, per così dire, intrinseche.

Abuso sessuale su minore

Si parla di abuso sessuale quando un bambino/a è coinvolto/a in attività sessuali che non può comprendere, per le quali è psicologicamente impreparato e per le quali non può dare il proprio consenso... L'abuso sessuale include uno spettro di attività che va dalla penetrazione all'abuso sessuale meno intrusivo (toccamenti, masturbazione ecc…).

Si può fare diagnosi di violenza sessuale?

In genere no, è tutto un riferito, tranne in un solo in un caso: la gravidanza in una minore di 10 anni con DNA del colpevole. Si possono anche non avere segni (per esempio in un'adulta che ha già avuto rapporti), e non si può dire che c'è stata violenza anche ritrovando il DNA di una persona (manca l'elemento del consenso, che non può essere attestato se non in sede giuridica); non si può fare nemmeno diagnosi di verginità. Il medico da solo non può fare diagnosi; deve essere

un'analisi multidisciplinare e richiede un approccio clinico multiprofessionale e integrato (pediatra, medico legale, psicologo…). Il medico può solo indicare e descrivere quali elementi sono presenti e a quale sospetto possono portare.
Nel caso di un *minore*, esso è sempre *sentito in audizione protetta* cioè con uno psicologo, perché la valutazione medica di un minore vittima di un sospetto abuso sessuale rappresenta solo un aspetto, molto spesso non dirimente, di un'approfondita valutazione che ne comprende altri, psicologici e sociali; poi il PM o il giudice chiede a quello psicologo se la testimonianza può essere attendibile.
La valutazione medica su minore per abuso sessuale deve essere presa in considerazione quando:

- Un minore o un adulto di riferimento racconta una storia di abuso
- Si riscontrano lesioni che possano essere correlate a sospetto abuso sessuale
- Si diagnostica una malattia sessualmente trasmissibile in età pre-pubere
- Si effettua diagnosi di maltrattamento fisico, psicologico o trascuratezza grave
- Si rileva un disturbo comportamentale in presenza di storia di sospetto abuso sessuale (peggioramento del rendimento, agitazione, insonnia, ricomincia l'enuresi…)
- Il soggetto è fratello o sorella di una vittima di abuso sessuale.

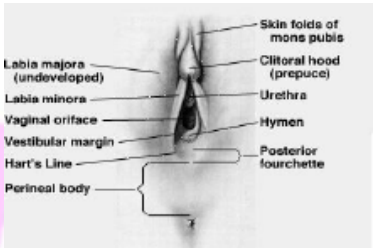
La visita clinica dovrebbe essere effettuata in presenza di un adulto di cui il **minore** ha fiducia; **non porre mai domande dirette** sul fatto, ma raccogliere l'eventuale racconto spontaneo del minore riportando fedelmente le sue parole (se la mamma che chiede: "Il papà ti ha toccato?" e il bambino risponde di sì non ha valore; inoltre bisogna evitare che il racconto dell'accompagnatore avvenga in presenza del minore). Bisogna offrire spiegazioni sulle modalità della visita ed ottenere il consenso del minore; non utilizzare mai forza, coercizione o inganno (eventualmente riprogrammare la visita).
Tra gli obiettivi della valutazione clinica:

- Individuare quadri clinici e/o lesioni genitali ed extragenitali di natura traumatica o infettiva che necessitino o meno di trattamento.
- Rassicurare, quando possibile, il bambino/a sul suo stato di salute fisica. Tale aspetto, insieme ad una adeguata valutazione dei bisogni psicologici e sociali, è importante al fine di contribuire al percorso di recupero della vittima.
- Raccogliere i reperti di interesse medico-legale.

La visita va effettuata nell'immediato:

- Nelle situazioni di urgenza/emergenza clinica che necessitano di interventi sanitari non differibili
- Nei casi in cui i dati anamnestici indichino la possibilità di poter rilevare lesioni e/o recuperare tracce biologiche

Negli altri casi la visita può essere programmata nei tempi e con le modalità più congrue per il minore, comunque il prima possibile (entro 1 settimana al massimo dall'ultimo evento) e da personale esperto. È necessario evitare la ripetizione delle visite.
Eseguire l'esame genitale in posizione supina frog-leg oppure in posizione prona genu-pettorale.
Bisogna esaminare l'area genitale e perigenitale (piccole e grandi labbra, clitoride/prepuzio) e il vestibolo (uretra e area periuretrale, imene e istio imenale, fossa navicolare, forchetta posteriore); nei maschi testicoli e pene, cute scrotale, regione anale.

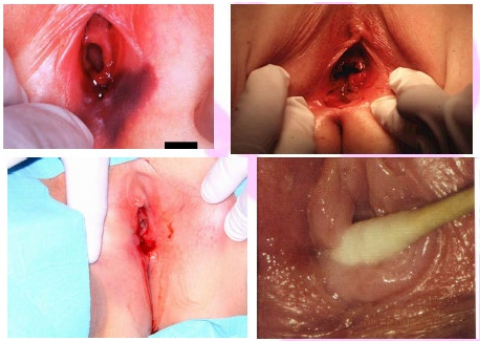


È importante riconoscere le varianti anatomiche di imene

Una diagnosi di abuso sessuale basata unicamente su segni fisici o su reperti laboratoristici è raramente possibile. I segni anali e/o genitali devono essere interpretati alla luce della storia, dell'età e della diagnosi differenziale. I segni diagnostici per trauma o contatto sessuale sono pochi.

I segni rilevati con maggior <u>frequenza</u> nei soggetti vittime di abuso sono:

- Lacerazioni imenali
- Transezioni imenali (incisura che arriva fino alla base d'impianto) – ma può essere aspecifica (se la donna ha già avuto rapporti per esempio o se il rapporto è consenziente)
- Assenza completa o perdita del tessuto imenale posteriore
- Ecchimosi dei genitali esterni
- Cicatrici della forchetta



Segni rilevati con analoga frequenza nei soggetti abusati e non (quindi non specifici):

- Convessità del bordo imenale (bumps/mounds)
- Eritema ed edema dei genitali esterni
- Incisure imenali (non fino alla base d'impianto): cleft/notches
- Fusione labiale
- Friabilità della commissura/forchetta

Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli

Art. 572 cp: "*Chiunque maltratta una persona della famiglia, o un minore di anni 14 o una persona sottoposta alla sua autorità o a lui affidata per ragioni di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, o per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito da 2 a 6 anni, con eventuali aggravanti.*" Procedibilità *sempre d'ufficio.*

Per maltrattamento si definisce ogni atto di violenza fondato sul genere che comporti o possa comportare per la donna danno o sofferenza fisica, psicologica o sessuale (obbligare la partner a rapporti sessuali, attenzione a quando ha mal di testa), includendo la minaccia di questi atti, coercizione o privazioni arbitrarie della libertà, che avvengono nel corso della vita pubblica o privata.

Il delitto di maltrattamento si verifica quando viene commessa una serie di atti lesivi dell'integrità, della libertà, dell'onore e del decoro del soggetto passivo, nei confronti del quale viene posta in essere una condotta che rende particolarmente dolorosa e mortificante la convivenza (atti di disprezzo, di scherno, minacce, ingiurie, privazioni ecc…)

OPE – Ordine di protezione europeo

Il 13 dicembre 2011 il parlamento europeo ha approvato la direttiva sull'OPE, che riconosce uguale tutela alle vittime di reati in tutta l'UE. L'OPE è uno strumento basato sul principio di reciproco riconoscimento nell'ambito della cooperazione giudiziaria penale tra gli Stati membri, rivolto, in particolare, a garantire protezione alle donne vittime di violenza, molestie, rapimento, stalking, tentato omicidio.

Convenzione di Istanbul 11/05/2011

Il Consiglio d'Europa ha adottato la convenzione sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e alla violenza domestica, la quale è stata aperta alla firma e ratificata in Italia nel 11/12/2012 e riguarda:

- Prevenzione della violenza
- Protezione delle vittime
- Persecuzione dei colpevoli
- Istituzione di un meccanismo di monitoraggio

Tipologie di maltrattamento sono:

- Violenza fisica (quella visibile in PS o in ambulatorio)
- Violenza psicologica (insulti, maltrattamenti verbali)
- Violenza economica (la donna non lavora e il marito le passa i soldi quando vuole lui)
- Violenza sessuale

Ritornando al 572 cp, la condotta costitutiva del delitto è descritta con il verbo "maltrattare", cioè con una formula elastica. Il delitto si compie solo attraverso la ripetizione nel tempo di un certo numero di atti lesivi dell'integrità, della libertà, dell'onore e del decoro del soggetto passivo, nei confronti del quale viene posta in essere una condotta che rende particolarmente dolorosa e mortificante la convivenza (ad esempio il comportamento dell'agente può consistere in atti di disprezzo, di scherno, minacce, ingiurie, privazioni ecc). Sono pertanto da escludere da questo reato sporadici episodi di violenza del tutto occasionali.

Viceversa, ai fini della configurabilità non assume rilievo il fatto che gli atti lesivi si siano alternati con periodi di normalità di accordo con in familiari (per esempio ciclo della violenza con "periodi della luna di miele": dopo il maltrattamento l'uomo tratta bene la donna, le porta i fiori ecc… ma poi progressivamente il rapporto peggiora fino ad avere il secondo episodio di violenza, e così via ciclicamente)

Il soggetto può essere chiunque, purché all'interno della cerchia delle persone della famiglia. Dal marito nei confronti della moglie o viceversa, oppure dai genitori nei confronti dei figli o viceversa; qualsiasi rapporto emotivo fra due persone, anche nella famiglia di fatto secondo la Corte di Cassazione. Una pronuncia degli anni '60 affermava che: "*deve considerarsi famiglia ogni consorzio tra persone tra le quali, per intime relazioni e consuetudini di vita, siano sorti legami di reciproca assistenza e protezione, anche il legame di puro fatto stabilito tra uomo e donna vale pertanto a costituire una famiglia in questo senso*" (cass. Sez. II, 101563/1966). In questo senso è configurabile il delitto anche nei riguardi di componenti la famiglia di fatto.

Operativamente, il clinico deve:

- Osservare e rilevare.
- Documentare
- In caso di sospetto, inviare o consultare centri dedicati. Cercare di far parlare la vittima, e inviarla in centri dedicati al maltrattamento. In caso di sospetto lavorare in equipe.

Una denuncia precipitosa basata su un sospetto può essere dannosa tanto quanto un abuso reale; cioè se si ha solo il dubbio meglio prendere tempo.

Attenzione a denunciare quando si è in libera professione contro la volontà dell'abusato, perché se l'abusata nega tutto si può anche essere perseguibili per calunnia.

Tutto quanto illustrato deve essere patrimonio del sanitario che interviene nell'assistenza di una vittima di violenza sessuale e/o maltrattamenti in famiglia.

Per molti aspetti meglio chiamare il medico legale, in quanto interfaccia tra area sanitaria ed area giudiziaria che, nella prospettiva tradizionale, sono nettamente separate. Se però l'intervento a carattere medico-legale avviene in un contesto prettamente clinico, la prospettiva deve cambiare ed adattarsi ad una situazione radicalmente diversa ("medicina legale clinica"). Inoltre, non sempre questa figura è presente nel contesto ospedaliero.

In altri termini, è necessario abbandonare competenze separate e ragionare su azioni a sfondo medico-legale che devono integrarsi con accoglienza e cura: ricordarsi che la prima cosa è sempre curare la persona, poi però bisogna ricordarsi anche degli aspetti medico-legali.

18. Legge Gelli e Bianco, 17-04-2018 [Genovese]

Responsabilità Professionale

Nel marzo 2017 venne immessa una nuova legge con un percorso lungo e travagliato, la legge n.24 dell'8/03/2017. Questa legge ne riprende una varata qualche anno prima (legge Balduzzi). La legge del marzo 2017 integra e amplia degli aspetti che riguardano la responsabilità sanitaria. È una legge che viene redatta da Gelli e Bianco (due medici senatori) e tratta le "**Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"[1].** Il legislatore ha messo l'aspetto della responsabilità professionale come ultimo in questo titolo e ha puntato invece a dei concetti preminenti in questo momento, come ad esempio quello della sicurezza. Affinché questa venga garantita, è importante l'educazione, con la formazione di tutti quanti all'interno di una struttura sanitaria. In questo caso non parliamo di sicurezza come solo mettere in atto delle procedure di tamponamento: è un concetto più ampio. Sarebbe meglio cercare di fare un percorso affinché tutti quanti i lavoratori in una struttura sanitaria arrivino ai concetti di sicurezza e rischio.
Entrando più nel merito della legge, vediamone gli articoli.

***Articolo 1*: Sicurezza delle cure in sanità**

1. *La **sicurezza** delle cure è parte costitutiva del **diritto alla salute** ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.*
2. *La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla **gestione del rischio** connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative.*
3. *Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a **concorrere tutto il personale**, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.*

La sicurezza delle cure fa parte del diritto alla salute. Il concetto di salute non è soltanto composto dallo stato di malattia, ma anche dal benessere. Lo Stato, in caso di malattia, dovrebbe dare un supporto tecnico, logistico, operativo e professionale più ampio.

- **Articolo 32 della Costituzione**: "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a 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* [...]".

Che cos'è la sicurezza delle cure? Sono meglio cure sicure o cure che sicuramente mi danno il risultato? Chi non è medico vuole la certezza di risultato, chi è medico ha un'interpretazione diversa, cioè cure sicure. Il pericolo è quindi l'interpretazione diversa che viene data alla sicurezza: la popolazione ha l'idea di una medicina che può tutto, e quindi si aspetta risultati.
Nel primo punto si trova scritto "nell'interesse dell'individuo e della collettività": sono due cose diverse, dell'interesse della collettività si occupa la sanità, per l'individuo si occupa il singolo professionista. A volte sembra che l'interesse della collettività passi per il sacrificio del singolo, anche perché le risorse non sono illimitate.
Nell'ambito di questo articolo, parlando di sicurezza si parla della gestione del rischio clinico e prevenzione. La gestione del rischio clinico è una funzione prioritaria, e viene indicato per legge. Si

[1] Ci saranno sicuramente domande a riguardo nell'esame

fa riferimento inoltre all'erogazione delle prestazioni sanitarie: il rischio infatti deve essere gestito sulla base delle risorse che si hanno.
Al capo terzo di questo articolo si parla del fatto che tutto il personale di qualsiasi struttura sociosanitaria deve tenere in considerazione la sicurezza, il rischio clinico.
La medicina difensiva ha creato danni economici: questa legge apparentemente ha degli elementi che possono portare alla medicina difensiva, ma di suo non dovrebbe.
Il paziente viene visto come la parte debole del rapporto tra medico e paziente perché non ha le conoscenze tecniche del medico, anche a livello probatorio.

***Articolo 2*: Attribuzione della funzione di garante per il diritto alla salute al Difensore civico regionale o provinciale e istituzione dei Centri regionali per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente**

- *In ogni Regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il* ***Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi*** *e sul contenzioso e li trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale,* ***all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità****, di cui al l'articolo 3.*
- *All'articolo 1, comma 539, della legge 28 di cembre 2015, n. 208, è aggiunta, in fine, la seguente lettera: «d-bis) predisposizione di una relazione annuale consuntiva sugli eventi avversi verificatisi all'interno della struttura, sulle cause che hanno prodotto l'evento avverso e sulle conseguenti iniziative messe in atto. Detta relazione è pubblicata nel sito internet della struttura sanitaria».*

In questi punti emerge che ogni struttura deve mettere in chiaro gli eventi avversi affinché l'utente possa idoneamente scegliere se andare o meno presso quella struttura. Potrebbe essere un'idea concettualmente buona, ma non è detto che un'elevata sinistrosità coincida con un'inadeguatezza della struttura (ad esempio, se pensiamo ad una struttura che fa interventi molto semplici è più probabile che abbia un numero minore di sinistri rispetto a una che ne fa di più impegnativi). Come può l'opinione pubblica discriminare su discorsi così complessi dal punto di vista tecnico? Strutture che fanno cose più difficili avranno maggiori eventi avversi. Nell'articolo 3 si parla dell'idea di creare un osservatorio nazionale, che sulla carta è una cosa buona; ad oggi non è noto il numero di sinistri nazionale, quindi è difficile da stilare un elenco. L'osservatorio per essere fatto necessita di dati e in particolare di dichiarazioni di eventi avversi: ma cosa ci guadagna una struttura a rendere noti i propri errori?
Questa legge, più che una cosa definitiva, è indice di un inizio di cambiamento che va fatta.

***Articolo 3*: Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità**

- Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del ministro della Salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), l'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di seguito denominato «Osservatorio».
- L'Osservatorio acquisisce dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, i dati regionali relativi ai rischi ed eventi avversi nonché alle cause, all'entità, alla frequenza e all'onere finanziario del contenzioso e, anche mediante la predisposizione, con l'ausilio delle società scientifiche e delle

associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie di cui all'articolo 5, di linee di indirizzo, individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente le professioni sanitarie.

- Il ministro della Salute trasmette annualmente alle Camere una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio.
- L'Osservatorio, nell'esercizio delle sue funzioni, si avvale anche del Sistema informativo per il monitoraggio degli errori in sanità (Simes), […]

<u>Articolo 16</u>: *Modifiche alla legge 28 dicembre 2015, n. 208, in materia di responsabilità professionale del medico sanitario*

- All'articolo 1, comma 539, lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, il secondo periodo è sostituito dal seguente: «***I verbali e gli atti conseguenti all'attività di gestione del rischio clinico non possono essere acquisiti o utilizzati nell'ambito di procedimenti giudiziari.***».
    - Versione precedente: *Ai verbali e agli atti conseguenti all'attività di gestione aziendale del rischio clinico, svolta in occasione del verificarsi di un evento avverso, si applica l'articolo 220 delle norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271* secondo cui "*Quando nel corso di attività ispettive o di vigilanza previste da leggi o decreti emergono indizi di reato, gli atti necessari per assicurare le fonti di prova e raccogliere quant'altro possa servire per l'applicazione della legge penale sono compiuti con l'osservanza delle disposizioni del codice"*
- All'articolo 1, comma 540, della legge 28 di cembre 2015, n. 208, le parole da: «ovvero» fino alla fine del comma sono sostituite dalle seguenti: «*, in medicina legale ovvero da personale dipendente con adeguata formazione e comprovata esperienza almeno triennale nel settore*».
    - Versione precedente: *L'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore.*

La responsabilità del personale sanitario può essere di tipo individuale (il singolo professionista che svolge un'azione) o di tipo collettivo (lavoro in equipe). Le attività in equipe possono essere organizzate in maniera orizzontale o verticale.

- *"équipe verticale":* tra i sanitari si viene a realizzare una sorta di vincolo gerarchico e si prevede un obbligo di controllo da parte del soggetto in posizione apicale nei confronti dell'operato dell'attività degli altri soggetti
- *équipe orizzontale":* i sanitari hanno specializzazioni diverse ed agiscono in posizione "paritaria" tra loro, essendo ognuno tenuto a svolgere la propria prestazione del rispetto delle regole specifiche del proprio settore ma avendo una sorta di dovere di controllo nei confronti dell'operato dei colleghi di diversa specializzazione in relazione ad eventuali errori rilevabili con il supporto delle conoscenze del professionista medio, indipendentemente dunque dal campo di specializzazione.

Nel caso verticale, il capo equipe deve svolgere una funzione di controllo e sorveglianza rispetto ai subordinati a lui.

Nella equipe orizzontale invece, ci si trova tutti alla pari; in questo caso non è che si chiede a uno specialista di avere conoscenze di qualsiasi tipo, ma questo deve cercare di vigilare e di essere attento a quelle situazioni che si discostano da quella che può essere una prassi o normalità. Il prof fa un esempio sulla circolazione stradale: se si fa un incidente avendo il diritto di precedenza, ma si poteva evitarlo, in ogni caso parte della colpa sarà anche propria – analogamente per una negligenza in un'equipe.
Non ci si può mascherare dietro il fatto di aver chiamato l'altro specialista. Se per caso si determina qualcosa che, sulla base delle nostre conoscenze, ci fa capire che non va bene, dobbiamo intervenire e far qualcosa. Anche l'infermiere ha un ruolo importante in una equipe, deve seguire quello che dice il medico ma fino a un certo punto: ci sono determinate situazioni che un infermiere deve essere in grado di capire in base alle proprie competenze. Per esempio se il medico dice di dare del Lasix ad un paziente, ma l'infermiere trova una pressione di 60/40, se lo fa lo stesso sbaglia, perché nelle sue competenze rientra il misurare la pressione, capire se uno è ipoteso e saper l'effetto del diuretico. Può essere frequente che l'infermiere faccia tutto ciò che dice il medico, ma poi risponde di errore. L'infermiere deve essere in grado di capire queste cose e poi avvisare il medico.
L'equipe verticale può esserci ad esempio in sala operatoria, con il primo operatore, il secondo, il ferrista, l'anestesista ecc. Qui potrebbero sorgere dei problemi: se restasse qualcosa in addome in seguito ad un intervento la colpa di chi è? L'anestesista che non opera è colpevole? Solitamente risponde tutta l'equipe, anche se secondo il prof la colpa dovrebbe essere ad esempio del ferrista, adibito al passaggio di materiale ed anche alla conta.
Secondo la Cass. Pen., sentenza n. 41317 del 9/11/2007: "*Nell'attività medico-chirurgica in équipe, la divisione del lavoro costituisce un fattore di sicurezza (perché ciascuno dei sanitari è chiamato a svolgere il lavoro in relazione al quale possiede una specifica competenza e perché, in rapporto ad esso, è posto nelle condizioni di profondere tutta la diligenza, prudenza e perizia richieste, senza essere tenuto a controllare continuamente l'operato dei colleghi), ma rappresenta anche un fattore di rischio. Fa sorgere, in particolare, rischi nuovi e diversi (rispetto a quelli propri dell'attività medica monosoggettiva), essenzialmente derivanti da difetti di coordinamento o di informazione, da errori di comprensione o dovuti alla mancanza di una visione di insieme, ecc., e spesso tra loro collegati. E, quando nel caso concreto si appalesino circostanze tali da rendere evidente la negligenza altrui, quali ad esempio [...] un'attività colposa già in atto, oppure un errore commesso nella fase preparatoria, ciascuno dei soggetti che si dividono il lavoro deve farsi carico di questi rischi peculiari*"

<u>Articolo 7</u>: Responsabilità civile della struttura e dell'esercente la professione sanitaria

- *La struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica o privata che, nell'adempimento della propria obbligazione, si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose.*
    - ***1218 CC:** Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile*
    - ***1228 CC:** Salva diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi o colposi di costoro*
- *La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di*

ricerca clinica ovvero in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale nonché attraverso la telemedicina.

- *L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente. […]*
    - ***2043 CC**: Qualunque fatto doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno*

In tema di responsabilità contrattuale

- ai fini del riparto dell'onere probatorio, l'attore, paziente danneggiato, deve limitarsi a provare il contratto (o il contatto sociale) e l'aggravamento della patologia o l'insorgenza di un'affezione ed allegare l'inadempimento del debitore, astrattamente idoneo a provocare il danno lamentato. Competerà al debitore dimostrare o che tale inadempimento non vi è stato ovvero che, pur esistendo, esso non è stato eziologicamente rilevante
- termini di prescrizione: 10 anni

Articolo 5.

1. *Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle **raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3** ed **elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie** iscritte in **apposito elenco** istituito e regolamentato con **decreto** del Ministro della salute, da emanare entro **novanta giorni** dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale […]*
2. *Nel regolamentare l'iscrizione in apposito elenco delle società scientifiche e delle associazioni tecnico-scientifiche di cui al comma 1, il decreto del Ministro della salute stabilisce:*
    a) *i requisiti minimi di rappresentatività sul territorio nazionale;*
    b) *la costituzione mediante atto pubblico e le garanzie da prevedere nello statuto in riferimento al libero accesso dei professionisti aventi titolo e alla loro partecipazione alle decisioni, all'autonomia e all'indipendenza, all'assenza di scopo di lucro, alla pubblicazione nel sito istituzionale dei bilanci preventivi, dei consuntivi e degli incarichi retribuiti, alla dichiarazione e regolazione dei conflitti di interesse e all'individuazione di sistemi di verifica e controllo della qualità della produzione tecnico-scientifica;*
    c) *le procedure di iscrizione all'elenco nonché le verifiche sul mantenimento dei requisiti e le modalità di sospensione o cancellazione dallo stesso*

Linee guida (Alcune definizioni):

- **Raccomandazioni** di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di **revisione sistematica della letteratura** e delle **opinioni di esperti**, con lo scopo di **aiutare i medici e i pazienti** a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche.
- **Raccomandazioni** sviluppate in modo **sistematico** per assistere medici e pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche (Institute of Medicine, 1992)
- ***Statements*** che includono raccomandazioni intese a ottimizzare l'assistenza ai pazienti, che sono **informate** da una revisione sistematica delle evidenze e da una valutazione dei **benefici e dei rischi di opzioni alternative** (Instute of Medicine, 2011)

A un certo punto il legislatore vuole cercare un sistema che possa fare da base a tutto, quindi si stilano le linee guida. Le linee guida si basano anche sulla sostenibilità economica delle scelte terapeutiche. Questa legge non si limita a dire che gli esercenti della professione sanitaria debbano seguire le linee guida, ma che queste linee guida devono essere pubblicate a livello del sito del ministero della sanità. Prima che venisse emanata questa legge c'erano poche linee guida italiane; le linee guida per la maggior parte arrivano dagli USA, UK, Germania. L'idea è di fare un sistema in cui ci sono delle linee guida che vadano bene per lo Stato e che tengano conto della loro applicabilità in Italia: queste devono essere pubblicate ed elaborate da enti pubblici, privati, scientifici che devono essere iscritti in un apposito elenco. C'è stata una corsa iniziale per l'accreditamento per poter stilare linee guida da parte di diverse società, che devono però aver dei requisiti molto selettivi affinché possano produrre linee guida.
Non è semplice realizzare una linea guida, perché prevede una attività di carattere multidisciplinare in cui sono coinvolti pazienti, specialisti e in cui non si devono avere interessi personali. Grossomodo tutti i professionisti sanitari di un certo livello anche minimale sono iscritti in una società scientifica; la società scientifica elabora delle linee guida, che poi devono essere vagliate a livello ministeriale, ma chi le vaglia visto che tutti fanno parte di qualche società scientifica? Quelli dell'ISS per esempio, ma chi sono e che rilevanza hanno? Il problema è che secondo il prof prima o poi si chiameranno esperti stranieri per vagliarle - e quindi perderebbe di senso l'idea di fare linee guida italiane se poi le valuta una persona estera.
Il prof si chiede che senso abbia limitarsi e fare delle linee guida per ogni Stato: perché questo nazionalismo? Inoltre, per inventare una linea guida servono minimo 1 anno, massimo 2 anni: quindi per fare tutte quelle di cui avremmo bisogno sarà lunghissimo il tempo necessario. Secondo il prof ha più senso prendere come base quelle che ci sono già e magari adattarle.
Ogni articolo che dice cosa fare per produrre delle linee guida si conclude con una postilla: "senza nessun onere aggiuntivo per la finanza": senza gravare economicamente. Come si fa a lavorare per un anno a zero costi? Come si fa a fare prevenzione senza mettere un centesimo? Non ha senso, è contro logica: se si fa prevenzione bisogna investire, e se non si investe vuol die che non ci si credi. La cosa è abbastanza ridicola, perché questo ci fa capire come stiamo abbassando la guardia e investendo meno sulla prevenzione.
Il coordinamento della gestione del rischio clinico può essere fatto da uno specialista di igiene, da uno specialista di medicina legale o da qualsiasi altro operatore di quell'ospedale che abbia 3 anni di esperienza nel settore (potrebbe addirittura non essere un medico). Vuol dire che l'ospedale ricicla qualcuno a costo zero e gli fa fare un'attività in cui non crede nessuno perché che non porta soldi freschi al momento (si avrà un risparmio, ma più avanti).
Il direttore sanitario generale è una carica politica: ad esempio ha 3 anni di tempo per dimostrare quello che ha fatto, per cui non gli interessa niente di quello che succede al quarto anno. La prevenzione dà risultati sul medio lungo termine: il direttore spende ma non vede i frutti, quindi non lo fa.
Il sanitario che si attiene alle linee guida non risponde penalmente: questo è importante ricordarlo perché consente di pensare che se utilizzando un percorso di un certo tipo si è esente da colpa.
Le linee guida sono dei percorsi clinici finalizzzati a diagnosi e cura. L'impostazione ora sarebbe di fare nuove linee guida di carattere nazionale che possono venir contaminate dall'uso che verrà fatto delle stesse per un altro ambito, che è quello di giudizio. Quindi possono essere utilizzate per valutare la condotta del medico dal punto di vista giudiziario, e questo potrebbe portare a una deriva "difensivistica" quando vengono stilate. Rischieremo di avere delle linee guida troppo difensive, l'idea di un qualcosa che porterà i medici ad essere infermieri 2.0, quindi a dover sottostare a qualcosa. Deriva di tutto!

Applicazione CLINICA

CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

Art. 4
Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico
L'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità.
Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura.

Art. 13
Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico.

"Il concetto di libertà nelle scelte terapeutiche del medico, è un valore che ***non può essere compromesso a nessun livello*** *né disperso per nessuna ragione, pena la degradazione del medico a livello di* ***semplice burocrate****, con gravi rischi per la salute di tutti."* (Cass. Pen. 24455/2015)
"Le linee guida "se provenienti da fonti autorevoli e caratterizzate da un elevato livello di scientificità, pur rappresentando un importante ausilio scientifico, con il quale il medico è tenuto a confrontarsi, ***non eliminano l'autonomia del medico nelle scelte terapeutiche****, giacché questi è sempre tenuto a prescegliere la migliore soluzione curativa, considerando le circostanze peculiari che caratterizzano il caso concreto e la specifica situazione del paziente, nel rispetto della volontà di quest'ultimo, al di là delle regole cristallizzate nei protocolli medici*." (Cass. Pen. 3592/2012)
Le linee guida non sono la medicina (come la pipa di Matisse: le linee guida non sono la medicina, ne sono solo una rappresentazione). In questa legge si dice che si devono seguire le linee guida ma ci si può discostare caso per caso, quindi non si è capito bene cosa sia una linea guida se poi bisogna aggiustarla ad ogni paziente. Il concetto di linea guida forse può andar bene per la sicurezza della collettività: per esempio tutti i pazienti sotto i 6 anni devono fare quella operazione, ma per il resto non va bene. Il rischio è quello di un uso acritico e di medicina difensiva (medicina dell'obbedienza giurisprudenziale/protocollare).
La realtà clinica tuttavia è diversa dalla linea guida.

Va, comunque, precisato, in via generale, che le linee guida **per avere rilevanza nell'accertamento della responsabilità del medico** devono indicare standard diagnostico-terapeutici conformi alla regole dettate dalla **migliore scienza medica** a garanzia della salute del paziente e (come detto) non devono essere ispirate ad esclusive logiche di economicità della gestione, sotto il profilo del contenimento delle spese, in contrasto con le esigenze di cura del paziente (va ovviamente precisato che anche le aziende sanitarie devono, a maggior ragione in un contesto di difficoltà economica, ispirare il proprio agire anche al contenimento dei costi ed al miglioramento dei conti, ma tali scelte non possono in alcun modo interferire con la cura del paziente [...]).

Cassazione Penale, sentenza n. 11493/2013.

Il rispetto delle 'linee guida' [...] nulla può aggiungere o togliere al diritto del malato di ottenere le prestazioni mediche più appropriate né all'autonomia ed alla responsabilità del medico nella cura del paziente [...] Se le 'linee guida' richiamate dai giudici del gravame [...] dovessero rispondere solo a logiche mercantili, il rispetto delle stesse a scapito dell'ammalato non potrebbe costituire per il medico una sorta di salvacondotto, capace di metterlo al riparo da qualsiasi responsabilità, penale e civile, o anche solo morale [...] **a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute** [...]

Cassazione Penale, sentenza n. 8254/2011.

L'adeguamento o il non adeguamento del medico alle linee guida **non** esclude né determina **automaticamente** la colpa

Cassazione Penale, sentenza n. 35922/2012.

Le linee guida, **a differenza dei protocolli e delle check list**, non indicano una analitica, automatica successione di adempimenti, ma propongono solo direttive generali, istruzioni di massima, orientamenti. Esse, dunque, vanno **applicate in concreto senza automatismi**

Cassazione Penale, sentenza n. 16237/2013.

<u>Articolo 15</u>: Nomina dei consulenti tecnici d'ufficio e dei periti nei giudizi di responsabilità sanitaria

1. *Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi a oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi di cui ai commi 2 e 3, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi.*
2. *Negli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di pro-cedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decreto 18 dicembre 1941, n. 1368, e dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coor-dinamento e transitorie del codice di procedura pe-nale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere indicate e documentate le spe-cializzazioni degli iscritti esperti in medicina. In sede di revisione degli albi è indicata, relativamente a cia-scuno degli esperti di cui al periodo precedente, l'esperienza professionale maturata, con particolare riferimento al numero e alla tipologia degli incarichi conferiti e di quelli revocati.*
3. *Gli albi dei consulenti di cui all'articolo 13 delle disposizioni per l'attuazione del codice di procedura civile e disposizioni transitorie, di cui al regio decre-to 18 dicembre 1941, n. 1368, e gli albi dei periti di cui all'articolo 67 delle norme di attuazione, di coor-dinamento e transitorie del codice di procedura pe-nale, di cui al decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 271, devono essere aggiornati con cadenza almeno quinquennale, al fine di garantire, oltre a quella medi-co--legale, un'idonea e adeguata rappresentanza di esperti delle discipline specialistiche riferite a tutte le professioni sanitarie, tra i quali scegliere per la nomi-na tenendo conto della disciplina interessata nel pro-cedimento.*
4. *Nei casi di cui al comma 1, l'incarico è conferito al collegio e, nella determinazione del compenso globale, non si applica l'aumento del 40 per cento per ciascuno degli altri componenti del collegio pre-visto dall'articolo 53 del testo unico delle disposizio-ni legislative e regolamentari in materia di spese di giustizia, di cui al decreto del Presidente della Re-pubblica 30 maggio 2002, n. 115.*

19. La nuova disciplina del "consenso informato" sanitario, 18-04-2018 [Genovese]

La legge n. 219 del 22/12/2017

In materia di consenso informato, il primo concetto fondamentale è la differenza che c'è tra consenso e modulo di consenso informato, ovvero il documento effettivo che racchiude l'informativa che viene trasmessa al paziente. Quando si dice di "far firmare un consenso" ciò che si firma non è in effetti un consenso informato.

La legge che disciplina il consenso informato parte con un riferimento costituzionale.

Art. 1: Consenso informato

- I Comma: "*La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.*"

Non si possono fare atti sanitari a terzi se questi non sono consapevoli di ciò che si sta facendo e non lo autorizzano. Il concetto di consenso informato è alla base dello snodo che c'è stato tra la medicina paternalistica e quella moderna, che prevede la centralità di medico e paziente nello stabilire quella che si può chiamare un'alleanza terapeutica.

Senza il consenso non è possibile eseguire trattamenti, a meno di situazioni che esulano dalla norma. Esempi di quest'ultima affermazione sono il TSO, in cui un soggetto per motivi psichiatrici non è in grado di fornire un consenso, o il coma (o un soggetto che comunque per motivi patologici non è in grado di ricevere un'informazione).

In questo primo comma, il Legislatore richiama in realtà la nozione di consenso informato così come era stata delineata dalla giurisprudenza sia della Suprema Corte che della Corte Costituzionale.

La **Corte Costituzionale**, in particolare, qualificò il consenso libero e consapevole come un vero e proprio "**diritto alla persona**" del paziente (e non più dunque come una causa di giustificazione), un "**principio fondamentale in materia di tutela della salute" che trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 Cost., che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 Cost**: "La circostanza che il consenso informato trovi il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di **sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute**, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione; discende da ciò che il consenso informato deve essere considerato un principio fondamentale in materia di tutela della salute, la cui conformazione è rimessa alla legislazione statale" (**Corte Costituzionale 15.12.2008 n. 438**).

- II Comma: "*È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico. Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono*

coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo."

È di centrale importanza nella costruzione di questa alleanza il trasferimento dell'informazione a chi non possiede competenze tecniche, cioè ai pazienti. Bisogna sempre assicurarsi che vengano accuratamente spiegati e recepiti quelli che sono i motivi di un intervento, la preparazione e le conseguenze che possono verificarsi, le complicanze in termini di rischio effettivo, e proporre scelte alternative quando possibile. Non esistono infatti percorsi standard, ed è compito cruciale del medico cercare di fornire tutti gli strumenti al paziente per decidere tenendo conto della propria parzialità senza influenzarne la decisione (senza però esimersi dal fornire elementi che possano far propendere da un lato la sua decisione, come per esempio le alternative).

Facendo l'esempio di una colonscopia, se ne devono spiegare il motivo per cui viene effettuata, le alternative, la procedura di preparazione, l'eventuale biopsia o rimozione di polipi, le complicanze come la perforazione, la somministrazione di sedativi che incidono sul periodo successivo all'esame (come ad esempio sulla guida), le conseguenze di un eventuale rifiuto.

- III Comma: *"Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi".*

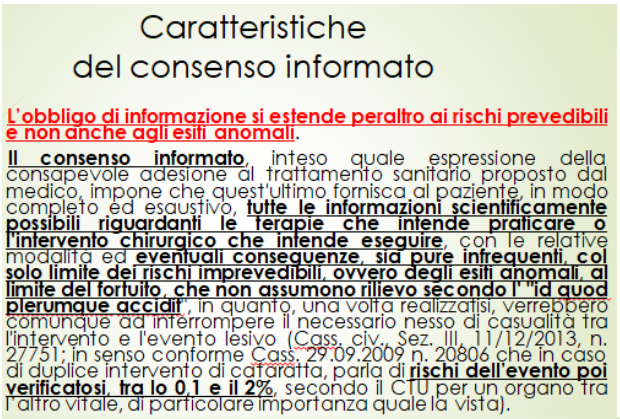
Il legislatore, anche in questo caso, pare aver fatto propri, trasformandoli in un precetto normativo, i principi che sono stati delineati nel corso degli ultimi anni dalla giurisprudenza delle Supreme Corti.

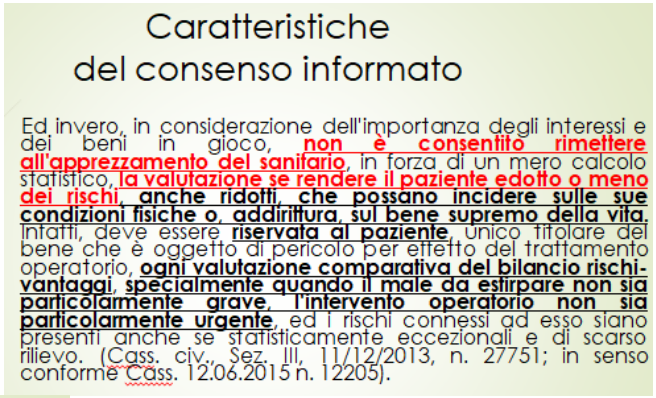
In particolare, dal momento che il dovere di informazione che grava sul sanitario: "è funzionale al consapevole esercizio, da parte del paziente, del diritto, che la stessa Carta Costituzionale, agli artt. 13 e 32, secondo comma, a lui solo attribuisce (salvi i casi di trattamenti sanitari obbligatori per legge o di stato di necessità), alla scelta di sottoporsi o meno all'intervento terapeutico … **dalla peculiare natura del trattamento sanitario volontario scaturisce, al fine di una valida manifestazione di consenso da parte del paziente, la necessità che il professionista lo informi dei benefici, delle modalità di intervento, dell'eventuale possibilità di scelta tra diverse tecniche operatorie e, infine, dei rischi prevedibili in sede post operatoria»**, … l'informativa deve attenere anche al verificarsi «di **un possibile esito di mera inalterazione delle condizioni di salute**, e pertanto della relativa sostanziale inutilità, con tutte le conseguenze fisico psicologico che ne derivano per il paziente" (**Cass. 21.04.2016 n. 8035; in senso conforme Cass. 25.11.1994 n. 10014 e Cass. 06.10.1997 n. 9705**).

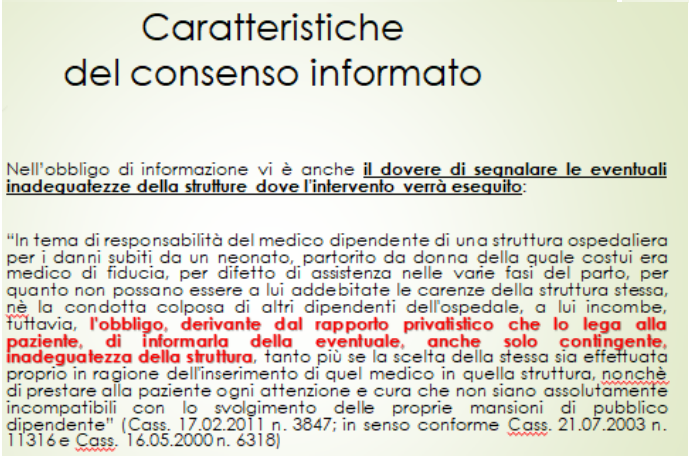
In altri termini, il **paziente deve essere messo concretamente in condizione di valutare ogni rischio ed ogni alternativa**: "nell'ambito degli interventi chirurgici, in particolare, il dovere di informazione concerne la portata dell'intervento, le inevitabili difficoltà, gli effetti conseguibili e gli eventuali rischi, sì da porre il paziente in condizioni di decidere sull'opportunità di procedervi o di ometterlo, attraverso il bilanciamento di vantaggi e rischi" (Cass. 15.01.1997, n. 364; in senso conforme Cass. 30.07.2004 n. 14638 e Cass. 26.09.2006 n. 20382; Cass. Civ., sez. III 21.04.2016 n. 8035)

L'obbligo di informazione si estende peraltro ai rischi prevedibili e non anche agli esiti anomali.

Ciò significa che vanno dette per esempio le complicanze e i rischi prevedibili, ma non che magari potrebbe esserci un blackout durante l'intervento (in quanto ciò non è assolutamente prevedibile, ma un fatto anomalo).







La comunicazione è tempo di cura, ma spesso il medico non si trova nella condizione di poter trovare questo tempo.

Il consenso del paziente ad un trattamento sanitario deve essere reale, attuale (poiché è ovviamente possibile che il paziente cambi idea fino all'ultimo momento), effettivo e prestato all'esito di un'adeguata informazione. Bisogna prestare attenzione al fatto che molte patologie psichiatriche non determinano un atteggiamento "on/off" sulla capacità di intendere e di volere; può non essere possibile che alcuni soggetti comprendano per intero l'informativa ma abbiano comunque chiaro il concetto di vita/morte.
Il consenso può inoltre essere revocato in qualunque momento, e deve essere continuato.

La valutazione del consenso sufficientemente informato **prescinde dalla considerazione della qualità soggettiva del paziente**, **tale qualità rilevando solo ai fini delle modalità di informazione**, con l'adozione di un linguaggio che tenga conto di tale stato soggettivo e che sia parametrato alle sue eventuali conoscenze scientifiche in materia (nella specie, il paziente era anche medico radiologo nella struttura ospedaliera). (Cass. civ., Sez. III, 27/11/2012, n. 20984; in senso conforme Cass. 04.02.2016 n. 2177)
Il consenso, in ogni caso, deve essere continuato, nel senso che non può essere prestato una tantum all'inizio della cura, ma **va richiesto e riformulato per ogni singolo atto terapeutico o diagnostico**, il quale sia suscettibile di cagionare autonomi rischi: "é noto che interventi particolarmente complessi, specie nel lavoro in equipe, ormai normale negli interventi chirurgici, presentino, nelle varie fasi, rischi specifici e distinti. Allorché tali fasi assumano una propria autonomia gestionale e diano luogo, esse stesse, a scelte operative diversificate, ognuna delle quali presenti rischi diversi, l'obbligo di informazione si estende anche alle singole fasi ed ai rispettivi rischi" (Cass. 15.01.1997 n. 364. Vedi anche Cass. 29.09.2009 n. 20806 e Cass. 28.07.2011 n. 16543 che da una laparoscopia passa ad una laparotomia senza consenso)

Il consenso inoltre **non deve mai essere presunto**.

Il consenso del paziente all'atto medico infatti deve concretarsi **in un'esplicita manifestazione di volontà conseguenziale a un'adeguata attività informativa e non può mai essere tacito o presunto, neppure nell'ipotesi in cui il paziente sia a sua volta medico**; presuntiva potrà invece essere la prova che un consenso informato sia stato effettivamente ed esplicitamente dato ed il relativo onere grava sul medico (Cass. civ., Sez. III, 27.11.2012, n. 20984. Il danneggiato era un medico radiologo della struttura convenuta operato presso altro reparto; cassata sentenza di merito che non aveva riconosciuto danno da mancato consenso in quanto essendo il paziente un medico si poteva presumere, per facta concludentia, che avesse prestato il proprio consenso ai colleghi che lo curavano; in senso conforme Cass. Civ., sez. III 21.04.2016 n. 8035).

Esempi

- Iniezione intramuscolo: anche un semplice abbassamento dei pantaloni costituisce una base di consenso. Il paziente non deve essere informato più di tanto, perché sa cos'è un'intramuscolo: al massimo si deve spiegare perché si fa.
- Movimenti fetali: non esiste che si debba fare una prescrizione in cui si specifica che si deve prestare attenzione alla presenza o meno di movimenti fetali, in quanto ciò è conoscenza comune (in riferimento ad un caso in cui una signora era andata in PS da gravida ed aveva perso il bambino dopo 3 giorni dalla dimissione, senza aver sentito i movimenti fetali per tutto quel periodo: nella lettera di dimissioni non c'era scritto di prestare attenzione ai movimenti, ma in effetti non era assolutamente necessario che ci fosse).
- Allergia agli antibiotici: una signora muore in ospedale perché un infermiere fa un antibiotico ad una paziente su indicazione del medico, senza avvisare la paziente. Se l'infermiera avesse detto cosa stava per fare, la paziente avrebbe ribadito di essere allergica.

Per riassumere

Caratteristiche del consenso informato:

- Completo
- Aggiornato
- Comprensibile
- Non discrezionale
- Reale e attuale
- Effettivo
- Continuato
- Mai presunto

È difficile stabilire quale sia la **forma** più corretta per la trasmissione del consenso.

- IV Comma: "*Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.*"

È obbligatorio l'utilizzo di un consenso informato scritto solo in pochi casi come per la sperimentazione o per il test HIV. La forma scritta è comunque molto utilizzata per il suo carattere probatorio, soprattutto quindi in quelle situazioni che sono a maggior rischio di contenzioso: ad esempio se in una cartella clinica è presente il fatto che un paziente neghi allergie è un conto, se

questo invece non è specificato a livello giuridico costituisce un indice di colpevolezza del medico (che se non lo riporta con questa dicitura è accusabile di non aver proprio posto la domanda sulle allergie).
Questa è una vera novità da parte del Legislatore in quanto, sino ad oggi, la prestazione del consenso da parte del paziente non era soggetta ad alcuna forma particolare, sebbene l'art. 35 del Codice Deontologico parlasse di "informazione scritta".
Deve essere peraltro ben chiaro che la giurisprudenza ha ritenuto non sempre esaustiva, in assenza di esplicita previsione normativa, la forma scritta.

Sul punto la Suprema Corte è intervenuta affermando che: "l'obbligo di informazione in questione non può ritenersi debitamente assolto mediante la **mera sottoscrizione – come nella specie – di un generico e non meglio precisato "apposito modulo"**, dovendo … risultare per converso acclarato con certezza che il paziente sia stato dal medico reso previamente edotto delle specifiche modalità dell'intervento, dei relativi rischi, delle possibili complicazioni, ecc." (Cass. 08.10.2008 n. 24791; in senso conforme Cass. 04.02.2016 n. 2177; Cass. Civ., sez. III 21.04.2016 n. 8035)
Difatti: «**l'assoluta indeterminatezza della manifestazione di consenso rende la dichiarazione (ndr scritta) del tutto inidonea ad assumere il carattere di dichiarazione di consenso informato**» (Cass. 12.06.2015 n. 12205).
Il consenso deve essere pienamente consapevole e completo, ossia deve essere "informato": "dovendo basarsi su informazioni dettagliate fornite dal medico, ciò implicando la piena conoscenza della natura dell'intervento medico e/o chirurgico, della sua portata ed estensione, dei suoi rischi, dei risultati conseguibili e delle possibili conseguenze negative" (**Cass. 04.02.2016 n. 2177**. **Cassata una sentenza di merito** che aveva respinto una domanda risarcitoria avanzata da una signora che si lamentava di non essere stata adeguatamente informata dal chirurgo sulla natura e i rischi dell'intervento, al quale non si sarebbe sottoposta se fosse stata informata delle insorgenza delle intervenute complicanze. La domanda era stata respinta in primo e secondo grado in quanto era stato escluso che la paziente non fosse stata adeguatamente informata dal chirurgo sui disturbi poi manifestati, giacché, prima dell'intervento, lo stesso **le consegnò un depliant informativo**).
In altre parole, **la semplice presenza di un modulo per il consenso informato sottoscritto dal paziente, cioè la forma scritta,** non è di per sé sufficiente per considerare dimostrato che il paziente sia stato adeguatamente e compiutamente informato in misura tale da aver compiutamente prestato un consenso libero e consapevole.
Questo neppure dopo la Legge n. 219/2017.

Novità della legge N.219

- il rifiuto o la rinuncia a ricevere le informazioni
- la delega ad esprimere il consenso
- la revoca del consenso
- il rifiuto alle cure ed ai trattamenti sanitari

Il **dissenso** alle cure è legittimo, anche se necessarie per la sopravvivenza (e anche se sembra folle). Anche questo deve essere inequivoco e attuale.

- III Comma, secondo capoverso: "*Ogni persona può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la*

rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

- V Comma: "*Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.*
  In tutte le ipotesi in cui il paziente esprime la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza: il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

La Giurisprudenza, invero, si era da tempo interessata alla delicata questione del rifiuto alle cure, in particolare: «Per le stesse ragioni per le quali l'atto medico non può essere compiuto senza il consenso del paziente, anche se presunto, **il paziente ha diritto di rifiutare l'atto medico, anche se necessario per la sua sopravvivenza**. La Corte ha da tempo stabilito che **non potesse ritenersi lecito l'atto medico compiuto "senza il consenso o malgrado il dissenso del paziente**" (Cass. 25.11.1994 n. 10014, in Foro it. , 1995, I, 2913)
Pur in presenza di un espresso rifiuto preventivo di cure da parte del paziente, il medico può comunque legittimamente intervenire dinanzi ad un peggioramento imprevisto ed imprevedibile delle condizioni del paziente, quando - pur essendo il paziente incapace di intendere e di volere - possa ritenere certo od altamente probabile che il dissenso precedentemente manifestato non fosse più valido (Cass. 23.02.2007 n. 4211. Trasfusione di sangue che un testimone di geova rifiuta al momento del ricovero. Domanda respinta da Tribunale, Corte d'Appello e Cassazione perché ci si doveva chiedere se il paziente avrebbe ribadito tale dissenso qualora avesse poi saputo dell'effettiva gravità della lesione e dell'imminente pericolo di vita).

Tre princìpi fissati dalla decisione N. 4211/2007:

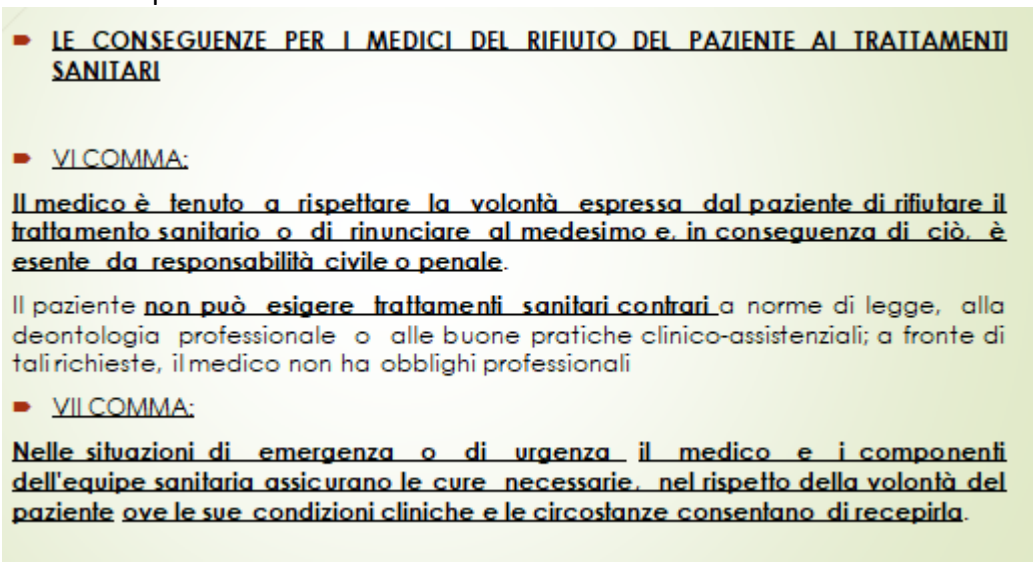
(a) il paziente può legittimamente rifiutare le cure;
(b) **il dissenso alle cure deve essere inequivoco ed attuale**;
(c) il dissenso precedentemente manifestato non impedisce al medico di effettuare cure salvavita quando ricorrono tre condizioni:
(c') sia peggiorato il quadro clinico del paziente;
(c'') il paziente non sia in grado di manifestare la propria volontà;
(c''') possa ragionevolmente presumersi che, se fosse stato informato, il paziente non avrebbe confermato il proprio dissenso alle cure.

Questo orientamento è stato successivamente ribadito dal Supremo Collegio che ha affermato che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente non incontra un limite **neppure quando da esso consegua il sacrificio del bene della vita**.
Pertanto, dinanzi ad un paziente che **rifiuti le cure dopo essere stato non solo informato, ma anche inutilmente indotto a recedere dal proprio intento**, **il medico deve astenersi dall'intervenire** (Cass. 16.10.2007 n. 21748. Richiesta di autorizzazione all'interruzione del trattamento di nutrizione e di idratazione del paziente in stato vegetativo permanente presentata

dal tutore, legale rappresentante dell'incapace, il quale deve decidere "non al posto, né per l'incapace, ma con l'incapace". **Caso E.E.**)

Il paziente ha sempre diritto di rifiutare le cure mediche che gli vengono somministrate, anche quando tale rifiuto possa causarne la morte, precisando che **il dissenso alle cure mediche, per essere valido ed esonerare così il medico dal potere-dovere di intervenire, deve essere espresso, inequivoco ed attuale**: non è sufficiente, dunque, una generica manifestazione di dissenso formulata *ex ante* ed in un momento in cui il paziente non era in pericolo di vita, ma è necessario che il dissenso sia manifestato *ex post* , e cioè dopo che il paziente sia stato pienamente informato sulla gravità della propria situazione e sui rischi derivanti dal rifiuto delle cure (Cass. 15.09.2008 n. 23676. Relatore Travaglino sui **Testimoni di Geova**. Il cartellino "no sangue". Dissenso preventivo all'effettuazione di trasfusioni da parte di paziente in stato di incoscienza ed in pericolo di vita. Domanda respinta sia in primo che in secondo grado: Cassazione conferma in Cassazione; in senso conforme Cass. Pen., sez. IV, sent. n. 17801 del 2014)
Anche in questo caso, la giurisprudenza della Suprema Corte, invero, aveva già qualificato come "trattamenti sanitari" sia la nutrizione che l'idratazione artificiale.
In particolare: "Il giudice può autorizzare il tutore - in contraddittorio con il curatore speciale - di una persona interdetta, giacente in persistente stato vegetativo, **ad interrompere i trattamenti sanitari che la tengono artificialmente in vita, ivi compresa l'idratazione e l'alimentazione artificiale a mezzo di sondino**, sempre che: a) la condizione di stato vegetativo sia accertata come irreversibile, secondo riconosciuti parametri scientifici, b) l'istanza sia espressiva della volontà del paziente, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dai suoi convincimenti" (Cass. 16/10/2007, n. 21748. Caso Eluana Englaro; Foro It., 2008, 9, 1, 2609 nota di CACACE).
Il Legislatore, pertanto, ha recepito all'interno della disposizione di legge quelli che erano gli orientamenti più recenti della giurisprudenza della Suprema Corte.

La legge non prevede un diritto di obiezione di coscienza per i sanitari e/o strutture che non intendessero sospendere l'alimentazione/idratazione artificiale considerandola una specie di «eutanasia passiva»



Circa l'"esonero" di responsabilità di cui si parla al sesto comma, il termine pare essere stato utilizzato in modo improprio, nel senso che con il termine esonero si presupporrebbe un fatto illecito civile o penale, rispetto al quale il medico è scriminato dalla sussistenza del consenso.

In realtà**, a fronte di un rifiuto valido ed efficace** – ora qualificato come pieno esercizio di un diritto del paziente - l'attività del medico dovrebbe semplicemente ritenersi non illecita e, pertanto:

- **non si configura un fatto illecito;**
- **non sussiste una fattispecie incriminatrice penale**.

È chiaro, comunque, come la Legge n. 219/2017 non abbia affatto introdotto l'eutanasia "attiva" o il suicidio assistito in Italia, dal momento che il paziente: "non può esigere (ndr dal medico) trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali".

DOVERI PER LE STRUTTURE IN MATERIA DI INFORMAZIONE AI PARENTI

IX COMMA:

Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

X COMMA:

La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

Art. 3: Minori ed incapaci

Per quanto riguarda il consenso informato per **minori**, per la legge il limite per la capacità giuridica è a 14 anni. Le situazioni conflittuali possono verificarsi tra il minore e i genitori, ma molto più frequentemente tra i genitori stessi, e in questo caso viene data voce in capitolo al giudice tutelare che ha il compito di tutelare il minore.

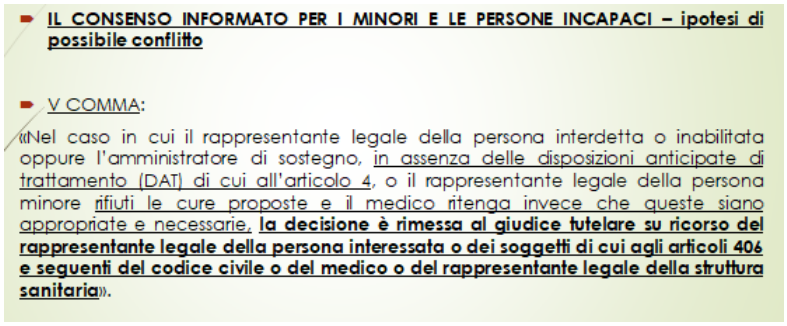
- I Comma: "*La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.*"
- II Comma: "*Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità.*"

Esistono anche consensi informati a disegni per i bambini; il problema infatti è che un consenso informato è necessario anche per la collaborazione del paziente che ne dovrebbe seguire.

IL CONSENSO INFORMATO PER LE PERSONE INCAPACI

Per quanto riguarda invece le persone incapaci, si dovrà distinguere:

- **la persona interdetta** ai sensi dell'articolo 414 del codice civile: in questo caso il consenso informato sarà (comma III): "espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità";
- **la persona inabilitata** (comma IV): in questo caso il consenso informato sarà espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato sarà: "espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere".



A proposito della figura del giudice tutelare (evocata più volte all'interno della normativa), osserviamo come non siano previste norme di competenza.
Quale sarà il giudice tutelare competente dunque ?
Dovrebbe ritenersi che la competenza si radichi **nel luogo di residenza abituale della persona dei cui interesse si discute** (cd. forum conveniens, in linea con le previsioni autorevoli della Convenzione dell'Aja del 13 gennaio 2000 per la protezione internazionale degli adulti "vulnerables" e in linea con i diktat della Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006).
Rileviamo altresì come la normativa preveda **l'estensione dell'ambito dei legittimati attivi**: ora ha competenza a promuovere un ricorso al G.T. anche il "medico" che intreccia la relazione di cura con il paziente.

Cosa la legge non regola?

- Effetti della violazione dell'obbligo di informazione
- Oneri probatori
    - L'onere di provare la sussistenza del consenso informato incombe sempre sul sanitario (Cass. 23.05.2001 n. 7027 e da ultimo Cass. 29.09.2009 n. 20806) e non sul paziente come invece era un tempo (vedi Cass. 25.11.94 n. 10014)
- Modalità di liquidazione del danno da mancato consenso informato

Conseguenza del mancato consenso informato
Si può verificare "responsabilità da lesione della salute pur sussistendo il consenso consapevole, se la prestazione terapeutica è stata inadeguatamente eseguita, oppure una lesione del diritto all'autodeterminazione senza che vi sia stata una lesione del diritto alla salute, come accade quando manchi il consenso ma l'intervento terapeutico sortisca un esito assolutamente positivo" (Cass. 09.02.2010 n. 2847)

- **primo caso: "il consenso è irrilevante**";
- **secondo caso**: "la **mancanza di consenso può assumere rilievo a fini risarcitori** benchè non sussista lesione della salute o la lesione della salute non sia causalmente collegabile alla lesione di quel diritto, **quante volte siano configurabili conseguenze pregiudizievoli** (di apprezzabile gravità, se integranti un danno non patrimoniale) che siano **derivate dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione in se stesso considerato**" (Cass. 09.02.2010 n. 2847)

Sul punto si è di recente espressa la **Suprema Corte**, con **sentenza n. 26827 del 14.11.2017 (ed in senso conforme Cass. 31.01.2018 n. 2369):**

FATTO

La vicenda coinvolgeva lo stato di salute di una paziente sottoposta ad un'operazione chirurgica di **sostituzione protesica** presso il reparto di ortopedia di una struttura sanitaria.

L'attrice, in via principale, lamentava un errore tecnico dei sanitari, riconducibile ad un'errata manovra nell'esecuzione dell'intervento, che le avrebbe provocato la frattura femorale e la conseguente lesione del nervo sciatico. In via subordinata, per l'ipotesi di mancato riconoscimento di responsabilità in capo ai sanitari, chiedeva il risarcimento del danno lamentando la mancata corretta prestazione del proprio consenso informato avvenuta attraverso un modulo prestampato.

Il Tribunale di Verona condannava l'Azienda Ospedaliera, rigettando la domanda di risarcimento per il danno subito da un asserito errore tecnico e accogliendo quella che riguarda l'errata prestazione del consenso.

La Corte di Appello di Venezia confermava la decisione di primo grado ritenendo infondati i motivi di gravame in relazione all'errore tecnico e si concentrava sul secondo motivo.

Risultava, infatti, del tutto evidente la mancanza di una corretta informazione preventiva nel documento del consenso informato privo: del nome della paziente, della data e della dimostrazione della necessità dell'intervento. Pertanto, l'oggetto del risarcimento non avrebbe riguardato il pregiudizio conseguente all'operazione ma quello conseguente alla violazione del diritto all'autodeterminazione per mancanza di valido consenso.

Sentenza confermata in cassazione.

«la mancanza di consenso può assumere rilievo a fini risarcitori quando siano configurabili **conseguenze pregiudizievoli derivate dalla violazione del diritto fondamentale all'autodeterminazione** in se considerato, del tutto a prescindere dalla lesione incolpevole della salute del paziente.

Tale diritto, distinto da quello alla salute, rappresenta, secondo l'insegnamento della stessa Corte costituzionale (sentenza n. 438 del 2008), una **doverosa e inalienabile forma di rispetto per la libertà dell'individuo**, nonché' uno strumento relazionale volto al perseguimento e alla tutela del suo interesse ad una compiuta informazione».

«**Condizione di risarcibilità (in via strettamente equitativa) di tale tipo di danno non patrimoniale è che esso varchi la soglia della gravità dell'offesa secondo i canoni delineati dalle sentenze delle Sezioni unite nn. 26972-26975 del 2008**, con le quali è stato condivisibilmente affermato che il diritto deve essere inciso oltre un certo livello minimo di tollerabilità, da determinarsi dal giudice nel bilanciamento tra principio di solidarietà e di tolleranza secondo il parametro costituito dalla coscienza sociale in un determinato momento storico.

«**Diversamente**, **il paziente che richieda il risarcimento anche del danno da lesione della salute che si sia verificato per le non imprevedibili conseguenze di un atto terapeutico, necessario e correttamente eseguito secundum legem artis**, **ma** tuttavia compiuto **senza la preventiva informazione** circa i suoi possibili effetti pregiudizievoli e dunque senza un consenso consapevolmente prestato, **deve allegare, sulla base anche di elementi soltanto presuntivi** (Cass. 16503/2017) - la cui efficienza dimostrativa seguirà una sorta di ideale scala ascendente, a seconda della gravità delle condizioni di salute e della necessarietà dell'operazione - **che egli avrebbe rifiutato quel determinato intervento se fosse stato adeguatamente informato** (Cass. civ. Sez. 3, Sent., 9-2-2010, n. 2847), allegando ancora che, **tra il permanere della situazione patologica in atti e le conseguenze dell'intervento medico, avrebbe scelto la prima situazione**, ovvero che, debitamente informato, avrebbe vissuto il periodo successivo all'intervento con migliore e più serena predisposizione ad accettarne le eventuali conseguenze (e le eventuali sofferenze) - predisposizione la cui mancanza andrebbe realisticamente e verosimilmente imputata proprio (e solo) all'assenza di informazione.

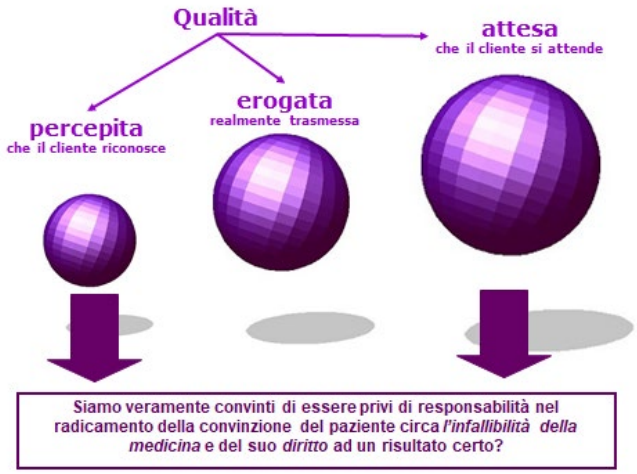
Infatti, **se il paziente avesse comunque e consapevolmente acconsentito all'intervento, dichiarandosi disposto a subirlo qual che ne fossero gli esiti e le conseguenze, anche all'esito di una incompleta informazione nei termini poc'anzi indicati sarebbe palese l'insussistenza di nesso di causalità materiale** tra la condotta del medico e il danno lamentato, perché' quella incolpevole lesione egli avrebbe, in ogni caso, consapevolmente subito, all'esito di un intervento eseguito secondo le leges artis da parte del sanitario.»

Il fatto di non aver ricevuto il consenso può o meno configurare il danno: il fatto in se stesso di non aver fornito adeguato consenso può essere considerata come lesione dell'autonomia del paziente, e come tale essere considerata come voce di danno a parte oltre al danno fisico subito.
Siccome la possibilità delle derive in questo sistema è elevata, è stata introdotta però l'onere del paziente di dimostrare che avendo avuto un'adeguata informazione avrebbe fatto una scelta diversa.

Ricordare che il modulo di consenso sanitario non è l'informazione, ma la **prova dell'avvenuta informazione** (e non la sostituisce quindi).

20. Il contenzioso e l'errore, 18-04-18 [Genovese]

Già la parola stessa riassume il significato di ciò che si sta sviluppando in questo momento nell'ambito della valutazione della colpa medica.
Il problema esiste: non bisogna nascondere la testa sotto la sabbia e fare finta che non ci sia. Sicuramente da qualcuno è amplificato, e da altri è sottovalutato (alcuni ambiti, come ortopedia, neurochirurgia, ostetricia, sono più vessati di altri, come per esempio quelli laboratoristici), da altri ancora sopravvalutato e da altri ancora infine mal affrontato (non bisogna pensare che ogni volta che un paziente si approccia ad un medico abbia interesse a portarlo in tribunale).
Casi come questi non mettono tuttavia in discussione solo la professionalità del singolo, ma quella di un'intera professione: l'idea che il cittadino poi ha è che non è che ci sia solo un medico cattivo, ma che tutta la classe medica non vada bene. È importante anche la tutela della struttura, in un ambito in cui tuttavia questa non riesce ad essere completamente un paracadute per il medico, e in cui talvolta si rifà nei confronti del medico per ciò che questi non fa bene.
Il nostro è un settore complesso, non di rado con dei conflitti interni (il settore sanitario è: "sistema occupazionale complesso", formato da una trentina di occupazioni che agiscono nel sistema sanitario come importanti soggetti collettivi, dotati di proprie strategie e non di rado in conflitto tra loro). Siamo quelli che Marx definiva "lavoratori parziali": ciascuno svolge pochi compiti lavorativi, raggruppati in una mansione e governati da una logica esterna al lavoratore.
Bisogna anche avere rispetto per l'attività dei propri colleghi: il che non vuol dire non riconoscere quando sbagliano, ma non farlo in maniera immotivata. Bisogna anche avere contezza dei propri limiti e dei limiti della medicina, e *non trasferire ai pazienti l'idea di una medicina che può tutto*.
La sanità si lega molto di più all'autoreferenzialità che alla qualità oggi: per esempio un chirurgo è definito bravo se fa tanti interventi, ma in realtà un chirurgo bravo è uno che ha poche complicanze. Il paziente non ha spesso elementi di concretezza per decidere a quale medico rivolgersi: spesso è per passaparola. Per quanto riguarda la qualità, quanto minore è il gap tra qualità erogata e qualità percepita dal paziente, tanto più il risultato è di qualità.



Se facciamo percepire una medicina che può tutto, quando eroghiamo prestazioni non elevate, con risultati non in linea con quelli attesi, i pazienti sono scontenti.
Gli elementi che fanno considerare ottimale o criticabile la scelta e l'esito di un atto sanitario sono inoltre diversi a seconda di chi li giudica: medico, paziente o azienda ospedaliera.
In uno studio dell'84 si valutava come fossero solo 18 i secondi quelli che il paziente aveva a disposizione per parlare prima di essere interrotto dal medico; nel 99 questo tempo si era esteso a 23 secondi. Quando il paziente viene dal medico la possibilità di esprimersi e di raccontarsi è

fondamentale, perché è un fattore importantissimo nella sua soddisfazione (se un paziente non viene ascoltato, sarà più prono al contenzioso).

Umanizzazione delle cure e comunicazione con i cittadini: le principali segnalazioni

Il maggior numero di segnalazioni quest'anno fa riferimento alla **scarsa assistenza medica ed infermieristica** percepita dai cittadini durante i ricoveri (24,6%). Questo dato esprime il grande senso di trascuratezza e noncuranza vissuto dai cittadini e la volontà di questi di segnalare, a gran voce, la necessità di ricevere cure di qualità, migliore assistenza e maggiore ascolto.

Tipologia segnalazioni	%
Scarsa assistenza medica ed infermieristica	24,6
Negato accesso al ricovero	15,9
Difficoltà accesso alle informazioni in ospedale	14,5
Carenza di umanizzazione verso i pazienti (mancato ascolto delle necessità del paziente trattamento degli utenti)	10,1
Sospetti/dubbi sull'inadeguatezza della terapia	9,4
Difficoltà ad accedere all'intervento	7,2
Diniego presenza familiari in reparto fuori orario	4,3
Difficoltà nell'inviare il paziente presso altre strutture (ritardi nei trasferimenti tra le strutture medici che inviano presso strutture private)	4,3
Ricovero in un reparto inadeguato	4
Infortunio in ospedale	2,9
Mancanza di farmaci	1,4
Mancanza di servizi e reparti (reparti di rianimazione, terapia intensiva)	1,4
Totale	100

Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato, 2008

Problematiche emergenti dalla Consulenza medico-legale dei casi di presunto errore che hanno ottenuto esito negativo	%
Relazione medico–paziente carente	33,5
Carente umanizzazione	20,2
Ritardi diagnostici e terapeutici	11,1
Documentazione clinica inadeguata ad intraprendere un'azione legale	8,6
Senso di solitudine e di abbandono del cittadino	8,1
Carenze nella gestione assistenziale del malato	6,2
Errore interpretativo da parte del paziente	5,7
Insorgenza di infezioni	3,4
Carenze igienico-strutturali	2,7
Carenze nella raccolta dell'anamnesi	0,5
Totale	100

Cittadinanzattiva – Tribunale per i diritti del malato, 2008

Grossomodo i parametri di valutazione dell'esito non favorevole di una prestazione sono di due ordini:

- Parametro oggettivo: **danno**, che è la conseguenza di una incongruità comportamentale o di un errore nel senso giuridico dei termini (per esempio si opera il rene destro al posto del sinistro).
- Parametro soggettivo: **insoddisfazione**. Pur a fronte di un comportamento medico congruo, il risultato o il percorso (il modo) per ottenerlo non corrisponde alle attese della persona assistita.

Il problema nel secondo caso non è tanto la natura causale del fatto rispetto all'oggetto del contenzioso, quanto più il fatto che il contenzioso stesso parta, il che rappresenta un danno per il medico. È indubbio che il cittadino percepisce soprattutto:

- Il comfort ambientale
- La nostra sensibilità psicosociale
- La nostra empatia e solidarietà umana nei confronti dei suoi problemi e dei suoi vissuti di malattia

piuttosto che la nostra competenza tecnica e professionale.

Anche il grado di scolarità del paziente ha la sua importanza, non tanto nel ricorso al contenzioso, quanto più al fatto che ci dobbiamo spesso interfacciare con persone che non hanno le nostre

stesse capacità linguistiche, tecniche e culturali. Nella comunicazione in medicina, come in quella di tutte le scienze, vale un principio di inteterminazione ($\Delta R \times \Delta C = k$, con R rigore e C comunicabilità, k costante): più abbassiamo il rigore dell'informazione, più siamo comunicativi. Il medico deve essere comunicativo, ma senza perdere la propria qualifica: il paziente deve capire il medico, ma senza avere l'impressione che il medico sia al suo livello (quindi non vanno abbassate le proprie competenze tecniche).

Inoltre, vi è un ulteriore problema: quando qualcosa va storto, è quasi impossibile per un medico parlare sinceramente con il paziente dei suoi errori. I legali degli ospedali avvertono i dottori che non devono mai far capire di aver sbagliato, perché la loro confessione potrebbe finire in Tribunale e costituire una prova della loro colpevolezza.

SVELARE L'ERRORE?

- Il Code of Medical Ethics dell'American Medical Association enfatizza la RESPONSABILITA' in capo ai Medici di riconoscere con i pazienti i propri errori (*Concern regarding legal liability which might result following truthful disclosure should not affect the physician's honesty with a patient*).
- Famosi standard di qualità (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, 2004) legano l'accreditamento degli ospedali alla comunicazione ai pazienti degli "eventi avversi".

Per quanto riguarda chi giudica il medico, cioè la giurisprudenza, bisogna pensare che alcuni aspetti di carattere giuridico hanno influenzato la nostra attività (per esempio il consenso, o il passaggio da una medicina paternalistica all'alleanza terapeutica).

"GIUDIZIARIZZAZIONE" DELLA MEDICINA

"Espansione della norma giuridica in territori che ne erano originariamente scevri, con l'introduzione di rapporti giuridici (e, in ultima analisi, di clausole contrattuali) nel rapporto tra il professionista sanitario ed il paziente ed il ricorso, conseguente, al giudice ordinario (giudiziarizzazione) ed alla sanzione sociale (penalizzazione) quali strumenti di regolazione dei rapporti che intercorrono tra la struttura sanitaria (ed i professionisti che in essa lavorano) e la persona malata, considerata, sotto questo profilo, alla stregua di un *cliente* sempre più critico ed esigente".

Cembrani F, Cembrani V, Rodriguez D, L' istanza etica dell' autonomia della persona umana ed il diritto alla salute: consenso "informato" o consenso "comunicato"? in www.jus.unitn.it

Per quanto riguarda l'errore, questo può essere di diagnosi, di prognosi, di scelta terapeutica e di esecuzione della terapia; può essere rilevante ai fini giudiziari, oltre che tecnico. In questo senso è importante l'identificazione di:

- eventuale errore (per azione o per omissione),
- eventuale danno subito dal malato,
- eventuale rapporto di causalità fra l'uno e l'altro.

Il medico legale deve tentare di discriminare - tra le complicanze - quelle evitabili da quelle inevitabili o comunque correlate alla specifica situazione patologica oggetto di indagine o trattamento, ed individuare - ove esistenti - le eventuali carenze di condotta che avrebbero potuto evitare la complicanza o ridurne gli effetti. Il giudizio di inevitabilità risulta correlato a quelli di imprevedibilità ed imprevenibilità, nonché di irrimediabilità.

Se da una parte non è un buon segno che l'espressione "responsabilità professionale" sia, nel comune linguaggio degli addetti ai lavori, ritenuta una mera variante semantica di "colpa professionale", dall'altra non bisogna dimenticare che i Sanitari non infrequentemente si sentono condizionati nelle loro scelte diagnostiche e terapeutiche più dal timore di incorrere in "guai" giudiziari ed amministrativi, che dal perseguire ciò che "scienza e coscienza" consigliano.

Oltre ai giudici, esistono i giornalisti e i mass media. In un libro di Marcello Foa (gli stregoni della notizia) si parla della figura degli "spin doctor", "specialisti" che sanno far girare le notizie inducendo i media e le masse a far propria una determinata visione della realtà, introducendo

pseudoeventi, cioè eventi non spontanei, ma programmati al fine di diffondere nel pubblico determinate informazioni o defletterne altre, così da attrarre l'attenzione su aspetti particolari, che non necessariamente coincidono con quelli più importanti.
A tal proposito, il prof cita un esempio: nel 2006 su Repubblica esce un articolo dal titolo "Sanità, gli errori dei medici provocano 90 morti al giorno". Lo stesso articolo era comparso nel 2004. Il prof ha voluto verificare se questo numero aveva senso: nel suo istituto avrebbe dovuto avere 4 autopsie al giorno per sospetto errore medico, ma in realtà alla fine in tre anni ha avuto solo 125 casi di presunta malpractice contro 1460.

I motivi alla base di tutto questo è che il medico ha un grande potere, e di conseguenza grandi responsabilità. Inoltre vi è anche un aspetto legato alle pretese inconciliabili: qualora si pensi alla sanità e alla medicina problematiche legate alla sostenibilità impongono certi atteggiamenti, ma poi il giudice chiede cose sul singolo paziente che esulano da questo discorso.
Il rischio è quello di avere paura delle sentenze e di essere allo stesso tempo condizionati da scelte amministrative (dover visitare per esempio 15 pazienti in una mattinata): il rischio è quello di arrivare ad una medicina dell'obbedienza.

Ciò che non dobbiamo fare è la medicina difensiva: è una cosa diversa dalla buona pratica medico-legale (che è per esempio relazionare bene la cartella clinica).
Ciò che invece possiamo fare per gestire il rischio del "contenzioso" è essere tutelati e tutelarci, con buone coperture assicurative: oggi chi non è ben rappresentato nell'arena pubblica rischia di perdere voce, risorse, fiducia e a volte anche libertà. Al giorno d'oggi esistono anche delle specializzazioni in ambito assicurativo a cui rivolgersi; inoltre i medici a livello sindacale sono poco rappresentati, forse perché non sappiamo nemmeno noi quale linea comune adottare al di là delle varie specializzazioni.
L'antidoto è individuabile nella **responsabilizzazione,** che passa attraverso tre punti: formazione, competenza e negoziazione.

- Formazione
    - Non è concepibile l'insegnamento universitario scisso dalla Professione, così da ritenere che colui il quale non l'esercita non può soddisfare completamente i propri obblighi di "maestro".
    - Solo la professione è il correttivo del dottrinarismo, cioè della cultura così estraniata dalla vita da giustificare spesso il vecchio motto, secondo il quale dal sublime al ridicolo non vi è che un passo.
    - Solo la professione permette di sottoporre al vaglio della esperienza quotidiana le nostre nozioni, correggendo e modernizzando quotidianamente l'insegnamento.

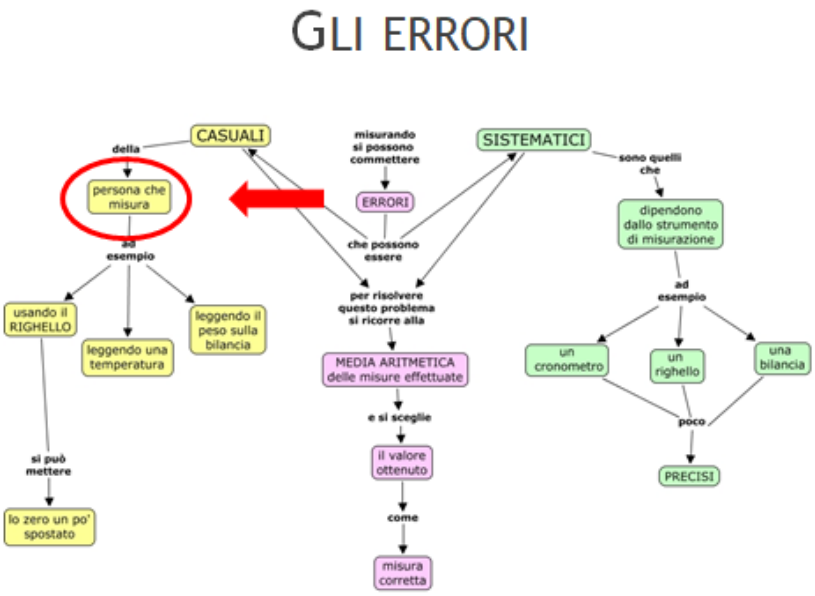
- Competenza
    - La competenza clinica richiede conoscenze, attitudini appropriate ed abilità osservabili – meccaniche o intellettuali – che insieme concorrono all'erogazione di una specifica prestazione professionale (OMS 1988)
    - “I medici devono tenersi costantemente aggiornati in quanto è loro responsabilità mantenere il livello di conoscenze mediche e di competenze cliniche e organizzative necessarie per offrire un'assistenza di qualità [...]” (Carta della Professionalità Medica)
    - “Il medico deve garantire impegno e competenze professionale […]”. (Art. 21 CdM)
    - Uno dei criteri essenziali su cui si fondano i percorsi di qualità è che non è migliorabile ciò che non è misurabile, ma è altrettanto vero che risulta anche fondamentale saper scegliere l'idonea unità di misura di ciò che si vuol misurare. Per l'ambito in discussione, ciò risulta estremamente difficile. Al punto che la sensazione è che ad oggi si sia riusciti solo a tentare di quantificare la qualità, ma non a qualificarla. Identificare un numero di procedere/interventi minimo per identificare la competence di un professionista è inevitabilmente una misura parziale. Senz'altro utile, ma parziale. Per qualificarla, occorre anche sapere "come” il professionista ha espletato quelle attività.
- Negoziazione
    - Possiamo capire il senso della negoziazione con l’esempio di un tappeto. Il professionista della Sanità è certo il tessitore, ma perché esista un tessuto non basta l’ordito: è necessaria la trama, della quale i fili del paziente sono parte integrante. La trama è la relazione terapeutica. Se l’ordito è chiaramente definito, la trama è invece flessibile: dimensioni e colori dei fili possono variare ampiamente a seconda delle situazioni. È questo lo spazio della negoziazione.

Il senso finale può essere racchiuso da questa poesia di Robert Frost:

due strade divergevano in un bosco, ed io
-io presi la meno percorsa,
e ciò ha fatto tutta la differenza.

È il concetto della responsabilizzazione: non bisogna avere paura di percorrere la strada meno battuta. È qui che si vede veramente l’importanza della capacità del professionista.

L'errore: dalla gestione del rischio alle euristiche



Secondo J. Reason, "Errore" sarà inteso come termine generico per comprendere tutti quei casi in cui una sequenza pianificata di attività fisiche o mentali fallisce il suo scopo, e quando questo fallimento non possa essere attribuito all'intervento di qualche agente casuale.

2. Classificazione degli errori

Nell'ambito delle teorie che si sono sviluppate per lo studio dell'errore in medicina, quella dell'errore umano propone una classificazione del *comportamento dell'uomo in tre diverse tipologie* (Rasmussen, 1987):

1. **Skill-based behaviour**: sono comportamenti automatici ad una data situazione. All'individuo si propone uno stimolo cui reagisce meccanicamente senza porsi problemi d'interpretazione della situazione stessa. Tale abilità si sviluppa dopo che lo stimolo si è ripetuto per più volte, sempre allo stesso modo. È un tipo di comportamento riscontrabile in situazioni di routine.
2. **Ruled-based behaviour:** si mettono in atto dei comportamenti, prescritti da regole, che sono state definite in quanto ritenute più idonee da applicare in una particolare circostanza. Il problema che si pone all'individuo è di identificare la giusta norma per ogni specifica situazione attenendosi ad un modello mentale di tipo causale.
3. **Knowledge-based behaviour**: si tratta di comportamenti messi in atto quando ci si trova davanti ad una situazione sconosciuta e si deve attuare un piano per superarla. È la situazione che richiede il maggior impiego di conoscenza e l'attivazione di una serie di processi mentali che dai simboli porteranno all'elaborazione di un piano per raggiungere gli obiettivi.

A) ERRORI DI ESECUZIONE CHE SI VERIFICANO A LIVELLO DI ABILITÀ (SLIPS):
In questa categoria rientrano tutte quelle azioni che vengono eseguite in modo diverso da come pianificato.
In tale ipotesi, esiste una pianificazione delle attività ma l'errore è riconducibile ad una carenza di abilità dell'individuo.

B) ERRORI PROVOCATI DA UN FALLIMENTO DELLA MEMORIA (LAPSES):
In questo caso l'azione ha un diverso risultato da quello atteso a causa di un fallimento della memoria.

C) ERRORI NON COMMESSI DURANTE L'ESECUZIONE PRATICA DELL'AZIONE (MISTAKES):
Si tratta di errori pregressi che si sviluppano durante i processi di pianificazione strategica: in tale ipotesi, l'obiettivo non viene raggiunto perché i mezzi e le tattiche impiegati per raggiungerlo non lo consentono.

Gli errori appartenenti alla tipologia **c)** possono essere di due tipi:
Ruled-based: si è scelto di applicare una regola o una procedura che non permette il conseguimento di quel determinato obiettivo;
Knowledge-based: sono errori che riguardano la conoscenza, a volte troppo scarsa, che porta all'attuazione di percorsi operativi che non consentono il raggiungimento dell'obiettivo prefissato. In questo caso è il piano stesso ad essere sbagliato, nonostante le azioni siano eseguite in modo corretto.

Definizioni	
Errore	Fallimento nella pianificazione e/o nell'esecuzione di una sequenza di azioni che determina il mancato raggiungimento, non attribuibile al caso, dell'obiettivo desiderato.
Evento avverso ***(Adverse event)***	Evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile. Gli eventi avversi possono essere prevenibili o non prevenibili. Un evento avverso attribuibile ad errore è "un evento avverso prevenibile".
Evento evitato ***(Near miss o close call)***	Errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o perché intercettato o perché non ha conseguenze avverse per il paziente.

Con l'errore dobbiamo convivere. Vi è una specie di circolo tra i comportamenti del singolo e quelli del sistema: talvolta i comportamenti dell'uno influenzano l'altro e viceversa. Se per esempio il sistema aumenta il numero delle visite che il medico deve svolgere, aumenta il numero di errori che il medico può fare. Fattori che determinano il grado di rischiosità di un sistema sono:

- fattori organizzativi e gestionali;
- fattori che riguardano l'ambiente operativo;
- fattori legati al gruppo di lavoro;
- fattori individuali dell'operatore: la crescita culturale individuale è fondamentale;
- fattori inerenti le caratteristiche del paziente; il paziente è l'elemento di criticità. La sua esclusività individuale è il fattore cruciale.

Gli errori si distinguono inoltre in:

- Attivi: associati alle prestazioni degli operatori di prima linea e, pertanto, con effetti immediatamente percepibili e, di conseguenza, facilmente individuabili
- Latenti: esito di attività distanti (in termini di spazio e tempo) dal luogo dell'incidente e riguardano aspetti di management, di progettazione tecnologica, di elaborazione di norme e regolamenti,...

Vi sono delle scienze cognitive che studiano le nostre possibilità di errore, che esistono ad ogni livello: per esempio anche il giudizio può essere influenzato dal momento temporale (prima o dopo il pasto del giudice, situazioni extra-professionali).

Gli errori sono anche correlati al nostro utilizzo delle euristiche, strategie di semplificazione decisionale: le euristiche sono "scorciatoie" mentali che permettono di prendere decisioni velocemente e con sforzo ridotto basandosi solo su alcune informazioni disponibili. Possono tuttavia portare a prestazioni non sempre accurate e condurre ad errori sistematici (bias).

La nostra mente è portata al pensiero causale, e ravvisa correlazioni anche dove non ce ne sono.

Tra i bias possibili:

- **Bias di conferma**: tendenza a ricercare dati coerenti con l'ipotesi iniziale. È la tendenza a credere nelle argomentazioni che paiono corroborare una conclusione che si è convinti sia corretta, benché tali argomentazioni possano essere infondate. L'esistenza di questo bias implica una possibile "strumentalizzazione" della ricerca e dell'uso della letteratura scientifica.
- **Impact bias**: Tendenza a sovrastimare l'impatto emotivo che un evento avrà in futuro
    - Halpner & Arnold (2008): le persone senza una certa menomazione valutano la qualità della vita "in previsione" di quella menomazione in maniera peggiore rispetto alle persone che effettivamente ne sono portatori
    - Questo è un possibile bias nella costruzione delle tabelle di valutazione del danno permanente
- Teoria del prospetto di Kahneman e Tversky (1979):
    - Il valore soggettivo attribuito ad un esito è funzione del punto di riferimento in base a cui lo si valuta – una perdita produce una diminuzione di utilità superiore, in valore assoluto, all'aumento di utilità generato da un guadagno di pari entità.

    - Endowment effect – effetto dotazione: si tende ad assegnare ad un bene di cui si è in possesso un valore superiore rispetto a quello che si assegnerebbe nell'ipotesi in cui non si possedesse.
    - I giurati sono indotti a liquidare somme inferiori rispetto a quelle che fisserebbero se fosse loro chiesto di far consegnare al danneggiato la cifra che questi sarebbe stato disposto a pagare per subire la lesione di cui si tratta.
    - Questo è un possibile bias nella costruzione delle tabelle o nella personalizzazione.
- **Effetto di "identificabilità dell'altro**":
    - Nel 1987 Jessica McClure (baby Jessica), di 18 mesi, cadde in un pozzo nel giardino della zia. Per il suo salvataggio, sono stati donati 700.000 $. Quanti altri bambini sarebbero stati "salvati" se lo stesso importo fosse stato donato per la ricerca o la prevenzione?
    - L'interesse è maggiore per le vittime "identificabili" rispetto alle vittime "statistiche".
    - C'è differenza tra la valutazione di un caso "sugli atti" o "a visita"?
- **WYSIATI**: What you see is all there is:
    - Quello che vedi è tutto ciò che c'è: tendenza a giungere a delle conclusioni sulla base delle sole informazioni disponibili, senza valutare la possibilità di cercare approfondimenti
        - A due gruppi di volontari veniva sottoposto il medesimo "scenario legale". I due gruppi ascoltavano l'arringa di un avvocato di una sola parte. I soggetti a cui erano state presentate prove unilaterali erano più sicuri del loro giudizio rispetto a quelli che erano stati esposti a entrambi i punti di vista. Come influisce quindi l'eventuale mancanza della tesi di controparte nella valutazione?
- **Euristica dell'ancoraggio**:
    - A due gruppi di studenti viene chiesto "quanti sono i paesi africani rappresentati alle Nazioni Unite?" (Kanheman e Tversky, 1974): al primo gruppo viene chiesto "più o meno del 10%?" (risposta: 25%), al secondo gruppo viene chiesto "più o meno del 65%?" (risposta: 45%). Nelle situazioni in cui è necessario valutare una grandezza numerica si utilizzano intuitivamente le informazioni che possono funzionare da punto di riferimento (àncora) a partire da cui, con qualche aggiustamento, si quantifica la risposta finale. Il punto scelto come riferimento iniziale condiziona fortemente il giudizio finale
    - L'ammontare della richiesta di risarcimento può funzionare da àncora? E la valutazione del danno di controparte?
- **Euristica della disponibilità**:
    - Processo di giudizio in base alla facilità con cui vengono in mente situazioni analoghe (evento saliente che attira l'attenzione, recente evento drammatico).
    - Per esempio un incidente aereo riceve sempre una grande attenzione sui mass media ed ha un forte impatto emotivo nella mente delle persone. Il ricordo del disastro aereo è quindi più facile da ricordare rispetto alle statistiche sul numero degli incidenti stradali in un anno. Ciò produce una distorsione nel processo cognitivo delle persone, le quali sono portate a stimare erroneamente più alta la probabilità di morte in aereo superiore rispetto ad altri mezzi di trasporto (es. automobile) nonostante le probabilità oggettive degli eventi siano l'opposto.
    - La quantificazione che raggiungiamo si riferisce alla valutazione di quel preciso danno alla persona o alla previsione di quanto sarà valutato da altri?

Quest'ultima parte è tratta da un racconto di Coelho (Il Cammino dell'arco): il prof l'ha posta alla fine come riflessione filosofica sulla professione di medico, e l'ha commentata in relazione alla nostra futura professione.
Si tratta della storia di un giovane arciere che va a cercare un vecchio insegnante di arco che si è ormai ritirato.
[…]
L'uomo portò l'arco - con la freccia già incoccata alla corda - fino al centro del petto. Lo innalzò sopra la sua testa, e a man mano che faceva scendere le mani, iniziò a tenderlo. Quando la freccia arrivò all'altezza del suo volto, l'arco era già completamente teso. Per un istante che sembrò durare un'eternità, l'arciere e l'arco rimasero immobili. Il ragazzo guardava il punto verso il quale la freccia stava puntando, ma non vide niente. Improvvisamente, la mano sulla corda si aprì, il braccio venne spinto all'indietro, l'arco descrisse un cerchio elegante nell'altra mano, e la freccia scomparve dalla vista, per tornare ad fare la sua comparsa lontano. -Vai a prenderla- disse Tetsuya. Il ragazzo tornò con la freccia: aveva trafitto una ciliegia che si trovava per terra, a quaranta metri di distanza. Camminarono per un'ora, finché giunsero ad una fenditura fra due rocce, dove scorreva un fiume impetuoso: quel luogo poteva essere attraversato solo per mezzo di un ponte di corda fradicio, mezzo pericolante. Con tutta calma, Tetsuya arrivò fino al centro del ponte - che oscillava pericolosamente - fece un inchino verso qualcosa dall'altra parte, armò l'arco nella maniera in cui aveva fatto lo straniero, lo innalzò, lo porto nuovamente al petto, e tirò. Il ragazzo e lo straniero videro che una pesca matura, che si trovava a venti metri dal punto preso di mira, era stata trafitta dalla freccia. -*Tu hai colpito una ciliegia, io ho colpito una pesca*- disse Tetsuya, tornando verso la sicurezza rappresentata dalla sponda. -*La ciliegia è più piccola. Tu hai colpito il tuo bersaglio a quaranta metri, e il mio si trovava a metà di quella distanza. Quindi, tu sei in grado di ripetere quello che hai fatto. Vieni fin qui al centro di questo ponte, e rifai la stessa cosa*-. Terrorizzato, lo straniero si diresse fino al centro del ponte semi fradicio, tenendo gli occhi fissi al burrone sotto ai suoi piedi. Fece gli stessi gesti rituali, tirò in direzione dell'albero delle pesche, ma la freccia passò molto distante.
Facendo ritorno verso la sponda, il suo volto era pallido. -*Possiedi capacità, possiedi dignità, e possiedi la postura giusta*- disse Tetsuya. -*Conosci bene la tecnica e padroneggi lo strumento, ma non sai dominare la tua mente. Sai tirare quando tutte le circostanze ti sono favorevoli, ma trovandoti su un terreno rischioso, non riesci a raggiungere l'obiettivo. Invece, l'arciere non sempre può scegliere il suo campo di battaglia, per cui ricomincia l'allenamento e tieniti pronto per le situazioni non a tuo favore*-.

Gli alleati
L'arciere che non condivide con gli altri …non conoscerà mai le proprie qualità e i propri difetti. Perciò, prima di iniziare qualsiasi cosa, cerca degli alleati - persone che si interessano a ciò che stai facendo.
I tuoi alleati non saranno necessariamente quelle persone che tutti guardano, restano incantati, e affermano: «non esiste nessuno migliore». Proprio il contrario: sono persone che non hanno paura di commettere errori, e quindi li commettono.
I migliori alleati sono quelli che non ragionano come gli altri.
Unisciti a chi sperimenta, rischia, cade, si fa male, e torna a rischiare.

L'arco
L'arco è la vita: da lui viene tutta l'energia. La freccia scoccherà un giorno. Il bersaglio è distante. Ma l'arco resterà sempre con te, e bisogna saper prendersene cura.

L'arco non possiede coscienza: è un prolungamento della mano e del desiderio dell'arciere. Serve per ammazzare o per meditare. Perciò, *le tue intenzioni siano sempre chiare*.
Per comprendere il tuo arco, bisogna che passi a far parte del tuo braccio, ed essere un'estensione del tuo pensiero.

La freccia
La freccia è l'intenzione. È ciò che unisce la forza dell'arco con il centro del bersaglio. L'intenzione deve essere cristallina, onesta, molto equilibrata.
Se i movimenti che hai fatto sono corretti, apri la tua mano e lascia la corda. Anche se non raggiunge l'obiettivo, la prossima volta saprai perfezionare la tua mira. *Se non corri dei rischi, non saprai mai quali cambiamenti erano necessari.*
Ogni freccia lascia un ricordo nel tuo cuore - ed è la somma di questi ricordi che ti farà tirare sempre meglio.

Il bersaglio
Il bersaglio è l'obiettivo da raggiungere.
Sei stato tu a scegliere il tuo bersaglio, e ne sei responsabile.
Se guardi al bersaglio come ad un nemico, potrai comunque colpire il bersaglio, ma non riuscirai a migliorare niente in te stesso. Passerai la vita tentando soltanto di conficcare una freccia al centro di una cosa di carta o di legno, il che è assolutamente inutile. E quando starai con altre persone, ti lamenterai che non fai niente di interessante.
Guardando il bersaglio, *non concentrarti solo su di esso, ma su tutto quello che succede attorno*: perché la freccia, quando viene scoccata, si imbatterà con fattori come il vento, il peso, la distanza. Tu devi capire il bersaglio. Bisogna che ti domandi costantemente: *e sono il bersaglio, dove sono? In che maniera mi piacerebbe essere centrato, in modo da dare all'arciere quella rispettabilità che merita?".*
Poiché un bersaglio esiste nella misura in cui esiste un arciere.

La posizione
Una volta compreso l'arco, la freccia, e il bersaglio, occorre possedere serenità ed eleganza per imparare la pratica del tiro.
L'eleganza non è la posizione più comoda, ma la posizione più appropriata affinché il tiro sia perfetto. *L'eleganza si raggiunge quando si elimina tutto il superfluo, e l'arciere scopre la semplicità e la concentrazione*: più la posizione è semplice e sobria, più sarà bella. La neve è bella perché è solo di un colore, il mare è bello perché sembra una superficie piana - ma sia il mare che la neve sono profondi e conoscono le proprie qualità.

Come incoccare la freccia
Incoccare la freccia significa essere in contatto con la propria intenzione.
La freccia, con la sua semplicità e leggerezza, può sembrare fragile - ma la forza dell'arciere fa sì che riesca a portare lontano l'energia del suo corpo e della sua mente. Racconta la legenda che una semplice freccia fu in grado di affondare una nave, perché l'uomo che la scoccò sapeva dove si trovava il punto più debole del legno, e così riuscì ad aprire una falla che fece sì che l'acqua entrasse senza far rumore nella stiva, annientando la minaccia degli invasori del suo villaggio.
La freccia è l'intenzione che abbandona la mano dell'arciere, e parte in direzione del bersaglio - dunque, lei è libera durante il volo, e seguirà il cammino che le è stato destinato al momento del tiro. Sarà toccata dal vento e dalla gravità, ma questo è parte del suo percorso: una foglia non smette di essere foglia solo perché un temporale l'ha strappata dall'albero.

Come reggere l'arco

Mantieni la calma e respira profondamente. Tutti i movimenti vengono osservati dai tuoi alleati, che ti aiuteranno nella misura necessaria. Ma non dimenticarti che anche l'avversario ti sta osservando, e conosce la differenza tra una mano ferma e una mano tremante …

Nel momento in cui reggi il tuo arco e lo disponi - con eleganza - di fronte al tuo corpo, cerca di rivedere mentalmente ogni passaggio che ti ha portato a preparare il tiro, …, mano a mano che rivedi ogni passaggio, prenderai coscienza dei momenti più difficili, e di come li hai superati. Questo ti darà fiducia, e la tua mano non tremerà più.

Serviti dei brutti momenti per scoprire ciò che ti fa tremare.
Serviti dei momenti belli per trovare la tua via verso la pace interiore.
Ma non smettere né per paura né per allegria: il cammino dell'arco è una via senza fine.