

MARCO DI PAOLO, MIRELLA GHERARDI¹

Marco Di Paolo,
Aggregato di Medicina
Legale - Facoltà di
Medicina e Chirurgia -
Università degli Studi di
Pisa - Sezione di Medicina
Legale

Morte improvvisa giovanile

Un "richiamo" all'obbligatorietà dell'attività diagnostica post-mortem

La "morte improvvisa" giovanile costituisce evenienza fortunatamente rara ma assai drammatica che inevitabilmente apre inquietanti interrogativi in ordine alla causa mortis, che talora solo ad intuitum – e troppo semplicisticamente – viene attribuita ad aritmie cardiache maligne di n.d.d.

Sul piano definitorio si identificano con la "morte improvvisa" quei decessi che intervengono in maniera repentina ed inattesa in soggetti fino a quel momento apparentemente sani, in cui però la "causa naturale" deve essere effettivamente identificata e confermata, non potendosi aprioristicamente escludere l'intervento di una causa diversa da quella naturale.

La giovane età ($\geq 35-40$ anni) delle persone decedute, per lo più prive di una storia clinica anche solo suggestiva per una qualche ipotesi etiopatogenetica nonché l'assenza di qualsivoglia reperto cadaverico esterno utile, fanno della morte improvvisa giovanile un evento che impone la verifica della natura delle cause mediante indagini necrosettorie, per un ampio ventaglio di motivazioni che afferiscono ad ambiti anche molto diversi ma tutti molto importanti: giudiziario, assicurativo, sanitario, statistico-epidemiologico, scientifico ed anche sociale.

In effetti, se la morte improvvisa giovanile discende in molti casi da un'origine cardiaca che spesso costituisce la prima – ed ultima – manifestazione di una patologia rimasta fino a quel momento misconosciuta, molte altre possono essere le cause del decesso diverse da queste che non possono essere identificate se non attraverso indagini di laboratorio (vedi cause tossicologiche), non essendo infrequenti i casi di "autopsia bianca" ovvero priva di reperti macroscopici dirimenti.

Per quanto concerne l'aspetto cardiologico, pare qui opportuno ricordare che, se nel soggetto ultraquarantenne, la malattia coronarica è la patologia più frequentemente responsabile del decesso (80% circa dei casi), **nella popolazione più giovane un rilievo statistico significativo è svolto dalle cardiopatie congenite**. Ad alcune di queste corrisponde un pattern morfologico ben codificato (Displasia Aritmogena del Ventricolo Destro, Cardiomiopatia Ipertrofica, etc.) ma non va dimenticato che la morte improvvisa può verificarsi anche in cuori strutturalmente normali (morte improvvisa sine materia), in presenza di disordini elettrofisiologici che determinano un'instabilità

elettrica responsabile dell'insorgenza di aritmie ventricolari, come nel caso della sindrome del QT lungo (LQTS), della sindrome di Brugada (BS), della tachicardia ventricolare polimorfa catecolaminergica (CPVT).

In questi casi, opportune procedure diagnostiche post-mortem con tecniche di genetica molecolare possono consentire di individuare la specifica cardiomiopatia e quindi di avviare a monitoraggio clinico e terapia eventuali portatori asintomatici consanguinei della vittima, palesemente esposti ad alto rischio di un'analoga morte improvvisa (c.d. "planning familiare").

Da considerare poi che sovente la morte avviene in ambito extraospedaliero, per lo più in assenza di assistenza sanitaria; quando quest'ultima è presente, come ad esempio nel corso di avvenimenti sportivi, di solito l'intervento sanitario non riesce a fornire alcuna indicazione diagnostica cosicché la morte rimane "unexplained".

In questi contesti sia i sanitari di primo soccorso, o comunque quelli che accertano la morte, dovrebbero formalmente avvisare le autorità competenti mettendole in condizione di disporre i necessari approfondimenti d'indagine.

Trattandosi di un decesso dalle cause inspiegate, l'Autorità Giudiziaria dovrebbe sempre essere avvisata attraverso specifica relata, non potendosi in alcun modo escludere ipotesi delittuose, quali l'assunzione di farmaci anche a scopo dopante o di sostanze stupefacenti.

L'autopsia ordinata dall'Autorità Giudiziaria viene eseguita su richiesta del Pubblico Ministero ai sensi di quanto previsto dalle disposizioni attuative dell'art. 116 del Codice di Procedura Penale (Indagini sulla morte di una persona per la quale sorge sospetto di reato) "Se per la morte di una persona sorge sospetto di reato, il procuratore della Repubblica accerta la causa della morte e, se lo ritiene necessario, ordina l'autopsia secondo le modalità previste dall'art. 360 c.p.p. Nei predetti casi la sepoltura non può essere eseguita senza l'ordine del procuratore della Repubblica".

In estrema sintesi, il Magistrato, informato (attraverso il referto) del verificarsi di un decesso dalle cause "inspiegate", può avviare un procedimento penale ordinando, attraverso la nomina di un consulente tecnico, l'autopsia finalizzata a comprendere da un lato le cause della morte, dall'altro l'eventuale incidenza sulla stessa di azioni penalmente rilevanti omissive o

¹ Dirigente Medico di I livello - UO di Medicina Legale dell'Ospedale di Aosta

commissive di terze persone.

Se fino a qualche anno addietro la Magistratura penale era per lo più incline a disporre l'accertamento autoptico a fronte di queste specifiche situazioni (autopsia da taluni definita "sociale") recentemente le stringenti necessità di contenimento della spesa pubblica hanno di fatto fortemente ridimensionato questa propensione tanto che spesso il Pubblico Ministero, in mancanza di solidi sospetti di reato, rilascia immediato nulla osta al seppellimento senza disporre alcuna attività di indagine.

A lato di questa opportuna attività informativa, resta comunque il valore "socio-sanitario" dell'accertamento della causa della morte che, evidentemente in forma subordinata alle determinazioni della magistratura, deve essere sempre tenuto in debita considerazione richiedendo opportuno **riscontro diagnostico**.

In Italia, al di fuori della legge "speciale" sulla SIDS (n. 31/2006), in materia di riscontro diagnostico la normativa di riferimento proviene dal regolamento di polizia mortuaria (DPR 285/1990).

L'art. 37 del suddetto regolamento, al comma 1, prevede che "Fatti salvi i poteri dell'autorità giudiziaria, sono sottoposte al riscontro diagnostico, secondo le norme della legge 15 febbraio 1961, n. 83, i cadaveri delle persone decedute senza assistenza medica, trasportati ad un ospedale o ad un deposito di osservazione o ad un obitorio". Ed ancora, al comma 2 si stabilisce che "Il coordinatore sanitario può disporre il riscontro diagnostico anche sui cadaveri delle persone decedute a domicilio quando la morte sia dovuta a malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, o a richiesta del medico curante quando sussista il dubbio sulle cause di morte".

La normativa è pertanto categorica nell'individuare quei casi in cui deve essere eseguito l'esame - riscontro diagnostico "obbligatorio" (al comma 1) - delineando anche (al comma 2) il riscontro di tipo "facoltativo". In entrambi i casi, si badi bene, non è previsto il consenso dei familiari/prossimi congiunti per cui gli stessi non possono in alcun modo opporsi alle decisioni sanitarie, nell'ottica del concetto per cui l'esigenza di accertamento delle cause della morte ha la priorità su ogni altro interesse.

Detto questo, va rilevato come nella realtà italiana, praticamente su tutto il territorio nazionale, siano troppo frequenti i casi in cui nessuna

procedura autoptica di accertamento di morte viene eseguita a fronte di casi di morte improvvisa giovanile, senza dunque l'avvenuta identificazione della causa del decesso.

Si tratta di situazioni in cui l'Autorità Giudiziaria non ravvede sospetto di reato per cui, per i motivi suddetti, concede tout court il nulla osta al seppellimento. Per contro non sono comprensibili le motivazioni per cui in questi scenari, sussistendo una tassativa indicazione normativa, non venga eseguito il riscontro diagnostico.

È possibile, ma questa rimane solo un'ipotesi, che i sanitari deputati alla formale richiesta del riscontro diagnostico, si lascino condizionare dalle richieste dei familiari in un momento contrassegnato da una straordinaria e comprensibile emotività.

Al di là del fatto che così facendo si contravviene ad uno specifico obbligo di legge, dovendo peraltro ricorrere, a fini necroscopici e statistici, a indicazioni sulla causa di morte quanto meno vaghe ("causa naturale indeterminata" o "morte naturale di origine cardiaca"), non può non rilevarsi come la mancata esecuzione di un riscontro diagnostico di fatto privi la famiglia vittima dell'evento luttuoso, di informazioni sanitarie che potrebbero rilevarsi quanto mai preziose per la salute, o addirittura per la sopravvivenza, di altri membri della famiglia stessa.

Come già detto, in età giovanile, una sostanziosa quota di decessi deve essere ricondotta a patologie cardiache a carattere genetico/ereditario per cui l'individuazione del meccanismo fisio-patologico e delle basi genetiche della morte può assumere un'estrema importanza, sia sul piano delle conoscenze teoriche che su quello della prevenzione primaria e secondaria nei discendenti o nei collaterali, specie ove la trasmissione sia prevalentemente di tipo autosomico dominante.

Tra l'altro, se uno dei familiari dovesse a sua volta andare incontro a morte improvvisa, si realizzerebbe un evento dannoso di estrema portata prevedibile e prevenibile sul piano sanitario, potenzialmente foriero di questioni di responsabilità professionale sulla base della non immotivata presunzione dell'esecuzione di un'attività necroscopica espletata in forma incompleta e, pertanto, negligente. **TM**

Info: marcodipaolo@med.unipi.it

LEGENDA

SI RICORDA CHE È POSSIBILE ATTIVARE I LINK TRAMITE CODICE QR.

NELLA VERSIONE PDF, SCARICABILE DAL SITO DELL'ORDINE DI FIRENZE O DALL'APP: ATTIVARE I LINK DOVE SONO PRESENTI I SEGUENTI SIMBOLI



Codice QR - Rimando Link esterno con cellulare



URL - Rimando Link esterno



Sommario - Rimando pagina interno



Info: **E-mail** - Rimando programma e-mail