

Medicina necroscopica/parte I

di Daniele Cafini (*)

Definizione

La *medicina necroscopica* è il settore che, nell'ambito delle scienze mediche, si occupa di osservare, esaminare (σκοπεῖν) il cadavere (νεκροσ); essa è complementare alla tanatologia (da θάνατος e λογος) – disciplina che si occupa della fenomenologia della morte in relazione ai fattori che condizionano la trasformazione del corpo privo di vita – ed alla necropsia o, più comunemente, autopsia (da αὐτος = propria e ὀπισσ = vista), studio del cadavere mediante la sezione del medesimo.

Dunque, funzione tradizionalmente primaria del *medico necroscopo* è verificare la cessazione della vita, ovvero accertare l'avvenuto decesso dell'individuo, divenuto "corpo inanimato".

Excursus storico

Ed in merito a ciò, l'importanza del ruolo svolto dal medico necroscopo trova – provocatoriamente – giustificazione storica, nel momento in cui l'umanità ha affrontato la tematica della morte nel profondo del suo significato biologico, ovvero quando si è posta l'obiettivo di individuare la metodica per accertare la *realtà della morte*.

Ed ecco che dall'antica Grecia giunge il monito di Platone (V-IV sec. a.d.), che ci raccomanda di osservare le salme sino al terzo giorno dall'*exitus*, al fine di assicurare la realtà della morte.

Democrito (V-IV sec. a.d.) – o, secondo altre fonti, Eraclito da Ponto, V-IV sec. a.d. – scrisse di "una malattia chiamata senza respirazione", che parlava di morte e di segni tanatologici, precorrendo e anticipando quanto attualmente seguito.

Empedocle (V sec. a.d.) fu ammirato per aver guarito una donna che si credeva essere morta; di qui, la negazione della morte stessa (fr. 8): "... non c'è nascita alcuna di tutte le cose mortali, né alcuna fine di morte funesta; ma solo mescolanza e cangiamento di cose frammiste, che nascita si chiama fra gli uomini ...".

Nella Roma antica i morti venivano adagiati a terra per diversi giorni prima di procedere alla cremazione, fin quando non si verificasse l'amputazione (spontanea!) di un dito, a testimonianza della morte reale. Successivamente, grazie all'influsso della filosofia e della medicina greca, la civiltà romana sviluppò e affinò ulteriormente queste problematiche.

Così Plinio il Vecchio affermava "*Haec est conditio mortalium ad asce ejusmodi occasiones fortunae gignimur, ut de homine ne morti quidem debeat credi*", mentre Celso si chiedeva "*Si certa futurae mortis indicia sunt, quomodo interdum deserti a medicis convalescunt, quosdamque fama prodidit in ipsis funeribus revixisse?*".

Ancora, i giuristi romani introdussero e codificarono l'ispezione cadaverica a scopi giudiziari e per identificare la causa della morte: Svetonio riferisce che delle 23 ferite inferte a Giulio Cesare, a detta del medico Antistio, incaricato di esaminare la salma, una sola fu mortale (trattasi di vera e propria perizia medico legale).

Tacito tramanda l'abitudine romana di denudare ed esaminare le salme nel foro prima di incenerirle; in particolare, con riferimento

alle esequie di Germanico, scrive: "*Prima di essere dato alle fiamme, il corpo fu denudato nel foro di Antiochia, che era stato prescelto per la cremazione; non risulta se rivelasse segni di veleno; i vari indizi si interpretavano infatti in vario modo, a seconda che ciascuno fosse più portato alla pietà verso Germanico, e quindi alla presunzione del sospetto, oppure inclinasse al favore verso Pisone*". Ancora, la "*Lex Cornelia*" (81 a.C.), introdotta per la repressione dei crimini, imponeva l'indagine autoptica finalizzata a rilevare eventuali "segni di veneficio", ove ve ne fosse il sospetto.

Negli Stati germanici la competenza dell'espletamento dell'ispezione cadaverica fu affidata, per secoli, a chirurghi e *flebotomi*. Si tenga peraltro presente che si fa riferimento ad un'epoca in cui esisteva una netta distinzione tra chirurgo e medico, quest'ultimo in realtà identificato nel farmacista. Il chirurgo era colui che tagliava (a volte poteva trattarsi del barbiere!); egli possedeva competenze e capacità più adeguate nell'obiettivazione delle stigmate letifere, sapeva "osservare". L'ispezione cadaverica era ad esclusivo appannaggio dei chirurghi, proprio in ragione del fatto che solo il chirurgo era in grado di vedere, osservare, toccare, sezionare i corpi, a volte momentaneamente inanimati (nella necessità, ad esempio, di dover amputare le gambe). Il medico, viceversa, era deputato ad interpretare i segni esteriori del corpo malato (il colore delle pupille, la postura, l'atteggiamento eccetera), onde somministrare il rimedio terapeutico più opportuno. In sostanza, l'attività del chirurgo prevedeva l'osservazione positiva del corpo umano, più che quella estrapolativo-filosofica.

Così, nella "*Criminale Costituzione*" promulgata da Carlo V (XVII sec.) era prevista l'ispezione dei cadaveri da parte dei soli chirurghi.

Luigi XIV, con decreto del 1692, compì un ulteriore passo: dispose che durante l'esame della salma, il chirurgo, posto sotto giuramento, fosse assistito da un medico (quest'ultimo non era tenuto al giuramento).

La prima sistematizzazione della Medicina legale avvenne nel XVII secolo ad opera dello Zacchia, che tuttavia risolse il problema dell'accertamento della realtà della morte, affermando laconicamente: "*Mortis probatio est difficilis, immo impossibilis probationis, antequam signa putrefactionis cadaveris se prodant*".

Contemporaneamente allo Zacchia, alcuni studiosi sostenevano la "*necessaria cadaverum inspectione*", finalizzata ad obiettivi di rilevanza giudiziaria: "*Nam Magistratus loci cadaver defuncti, vel occisi, vi officii sui, nemine etiam postulante, nulloque accusante, etiam si deliquens refugerit, a Medicis, Chirurgis, et Scabinis diligenter inspici, et vulnerum quantitatem et qualitatem notari, curare debet*"; ed ancora: "*Inspectio ejusmodi cadaveris, adeo necessaria est, ut ommissa ea, nihil certi de reo statui possit, ob defectum certioris indicii, an occisus a vulnere mortuus sit nec ne, et an tale vulnus simpliciter lethale fuerit*".

In Italia, il primo esempio di norma regolamentare che codificò l'attività giuridico-sanitaria dopo la morte spetta al Granduca di Toscana, che nel 1775 decretò l'illegittimità della tumulazione, quando priva dell'autorizzazione dei magistrati preposti a tale compito, comminando pene severe agli inadempienti. Successivamente, con decreto del 1777 fu imposto il divieto di seppellire i corpi entro le prime 24 ore dall'*exitus* (48 per le morti improvvise); tale disposizione era estesa anche alle sezioni del cadavere, con l'eccezione dei "*casi straordinari, come di epidemie incipienti e malattie di incognita cagione, purché per giudizio di idonei professori siano senza*

(*) Asl della Provincia di Bergamo.

contraddizione manifesti i segni della morte seguita; e ciò per non defraudare il pubblico di quei vantaggi che derivano alle arti salutari dalle ricerche di tale natura". E il medesimo atto legislativo (art. 13), nel dubbio di una morte apparente, cita con rara lungimiranza scientifica: "non dovrà tenersi il cadavere supino, ma inclinato sopra una parte"; giacitura tuttora prevista nei soggetti incoscienti al fine di evitare l'inalazione di rigurgiti gastrici.

Dunque, durante il '700, l'ispezione cadaverica al fine di accertare la realtà della morte ottenne il giusto riconoscimento giuridico-scientifico, venendo individuati e stabiliti alcuni segni che, non sempre di facile rilevazione, consentivano di stabilire l'assenza di vita in ciascun corpo. Così, grazie all'opera di studiosi di primo piano (tra gli altri il Tortosa e il Puccinotti), alla "facies" cadaverica di Ippocrate, si aggiunsero ulteriori stigmati significative dell'avvenuto decesso: la "mancanza di sentimento", l'ipotermia, la rigidità (sec. la legge di Nysten), la cessazione della funzione cardiaca (mancanza di pulsazioni) e circolatoria (assenza della fuoriuscita di sangue dopo la sezione dei vasi venosi), l'assenza di respirazione (mancato appannamento di uno specchietto (!) o persistenza della direzione di una fiammella posta vicino alla bocca e alle narici o, ancora, assenza di movimento dell'acqua contenuta in un bicchiere appoggiato sull'addome o sullo sterno), la cute pallida, giallognola, specie alle palme delle mani e alle piante dei piedi, la perdita della trasparenza delle mani e delle dita sotto fonte luminosa, l'assenza di arrossamento della cute dopo sfregamento, l'opacità delle membrane mucose (segno di Treviranus), l'odore cadaverico, l'opacità della cornea (segno di Louis e Devengie), gli occhi infossati, la pupilla dilatata e non reagente agli stimoli luminosi, il fungo schiumoso orale, l'abbassamento della mandibola (senza che si verifichi il ritorno alla posizione iniziale - prova del Bruhier), l'abduzione palmare del pollice (segno di Villermè), il sollevamento della palpebra superiore, la dilatazione degli sfinteri, la perdita della contrattilità muscolare (stimolazione con pila di Volta) e, infine, la perdita della sensibilità alla stimolazione plantare (segno di Lancisi).

Di più, in ordine alle figure deputate all'accertamento della morte, il Tortosa affermava: "... nei casi di morte per ferite di ogni genere, o sospetti di veneficio, o di infanticidio, o nate all'improvviso e senza testimoni per qualunque accidentale cagione, l'esame dei cadaveri dev'essere fatto dal medico e dal chirurgo, alla presenza del giudice criminale, del notaio e di alcuni testimoni ... Questa è la pratica comune tra i popoli ben governati". Ed ancora: "... che se la imperizia o la mala condotta del giudice nel dirigere gli atti in causa criminale, può violare l'ordine dei processi, la temeraria ignoranza dei chirurghi, con un esame insufficiente e con un erroneo giudizio, rende nullo l'atto principale, guasta l'assenza del merito, e trae di mano al giudice una ingiusta sentenza".

Nel Ducato di Parma, dal 1821, era fatto obbligo di sottoporre ad autopsia le salme decedute per morte violenta, o sospetta di esserlo. Più tardi, in due successive occasioni (nel 1822 e nel 1853), ancora una volta presso il Granducato di Toscana, veniva promulgata ulteriore normativa in merito alle procedure da utilizzare in caso di decesso. Negli incontri scientifici dell'epoca si auspicava l'introduzione di figure professionali dell'area medica (ispettori) che: "visitato il cadavere, dovrebbero essi assicurarsi con una prima ispezione, se appartengono alla categoria di quelli, né quali è impossibile la vita latente, o di quegli altri, né quali questa impossibilità non è evidente. Se il cadavere appartiene a questa seconda categoria dovrebbero di nuovo essi giudicare, se la presenza di una vita latente

sia secondo i criteri dell'arte tra i probabili, o se tra gli improbabili; e nel secondo caso dovrebbero ordinare, che almeno non si tumulasse il creduto morto, finché non sian sopravvenuti i criteri evidenti della morte seguiti; e nel primo dovrebbero procedere a tentativi di rinvivimento: anzi questi a rigor di verisimiglianza v'abbia, benché lontanissima, che i cimenti istituiti sortiranno prospero successo".

Nel contempo, correva l'anno 1826, ci si doleva del fatto che nello Stato Pontificio ben poche realtà cittadine erano provviste di idonei mezzi che consentissero l'assistenza agli "apparentemente morti", in riferimento a quanto già da tempo esisteva nei paesi germanici: "il defunto portato alla parrocchia e collocato in una camera nettissima, e di una dolce temperatura sopra morbido e fornito letto. A ciascun dito si intromette un anello, il quale per mezzo di un filo di ferro termina ad una serie di campanelli, che danno uno stridentissimo suono per qualunque piccolo movimento. Un custode è sempre presente per apprestare pronto soccorso in caso di bisogno, e si tiene in questa situazione, finché non incomincia a dare inizio di putrefazione".

Il Comune di Milano, in data 31 dicembre 1874, emanò il "Regolamento per l'accertamento dei decessi e per la custodia, trasporto, inumazione e disumazione dei cadaveri", di cui si propongono alcuni stralci:

Art. 4.

"il medico o il chirurgo della cura, avuto notizia del decesso, deve colla massima sollecitudine visitare il defunto ... omissis... trattandosi s'individuo non in cura né di medico né di chirurgo, procederà all'accertamento del decesso il medico municipale";

Art. 8

era possibile procedere al seppellimento del cadavere solo dopo 24 ore dall'*exitus*, ad eccezione dei casi di morte improvvisa, morte violenta o nel dubbio di morte apparente (in tali circostanze erano previste 48 ore di attesa);

Art. 12

"... il necroforo ... presta poi attenzione se mai appare il minimo indizio di vita, nel qual caso deve avvertire immediatamente e richiedere un medico perché occorra alla necessaria ricognizione".

Nel 1865 il codice civile stabilì che l'ufficiale di stato civile possedesse i requisiti idonei ad accertare la morte "o personalmente o per mezzo di un suo delegato", accordando il seppellimento solo "dopo che siano trascorse 24 ore dalla morte"; il codice statui inoltre che "risultando segni o indizi di morte violenta, od essendovi luogo di sospettarla per altre circostanze, non si potrà seppellire il cadavere se non dopo che l'ufficiale di polizia giudiziaria, assistito da un medico o chirurgo, abbia steso il processo verbale sopra lo stato del cadavere e le circostanze relative".

Poco più tardi, il RD n. 5793 del 18 novembre 1880 disponeva l'introduzione dell'indagine statistica delle cause di morte su tutto il territorio italiano e, per la prima volta, si parlava di medico necroscopo, figura professionale le cui "funzioni ... atenevano esclusivamente alla dichiarazione della causa di morte, nel caso che una persona fosse deceduta senza aver avuto assistenza medica".

Nel 1838 l'Imperial Regia Cancelleria Aulica emanò un decreto che

(1) Nelle iconografie dell'epoca c'era tutto un sistema molto complesso: una scatola, detta lo specchio del morto, munita di un coperchio ribaltabile, che, aperto, presentava un'asticella posteriore che consentiva di mantenere lo specchio di fronte alla bocca del cadavere. Si osservava quindi se lo specchio veniva appannato dall'alito.

vietava "la sezione automatica di alcun cadavere ... senza l'assenso dei parenti prossimi del defunto, eccettuati i casi che la sezione si rendesse necessaria a salvare un feto o convenisse anticiparla per gli effetti della giustizia punitiva"; in ogni caso, prima di provvedere al riscontro diagnostico, si ritenne comunque opportuno attendere preliminare periodo di osservazione.

Le testimonianze giunte d'oltralpe grazie al Bayard riferiscono che a Parigi, già all'inizio del 1800, era stata istituita la figura del medico di quartiere, professionista deputato, tra gli altri compiti, a redigere dettagliato rapporto per ciascun decesso, con particolare riferimento alla realtà e alla causa dell'*obitus* nei casi di morte violenta o inosservata. Tale mansione, nominata "levata dei corpi", veniva così descritta dall'autore: "S'indicano così i dettagli dell'operazione alla quale procede il medico incaricato di averare lo stato esterno di un cadavere trovato sulla pubblica strada, o presentante segni od indizi di morte violenta. In questo esame il medico riporta dettagliatamente i segni della morte e tutti i caratteri fisici che possono fargli credere essersi trattato d'asfissia, di sospensione, di sommersione, di morte improvvisa; quando esistono alla superficie del corpo delle tracce di ferite, il medico descrive la loro sede, il loro numero, la gravità, facendo conoscere se esse a lui sembrano risultare da un accidente o da un atto delittuoso. Descrive i vestiti o le biancherie, le macchie che lo ricoprono, ecc.". Si ha inoltre notizia che in Francia il servizio necroscopico vigeva sin dal 1821.

Regolamento di polizia mortuaria e medico necroscopo

Tornando alle vicende del nostro Paese, a proposito del regolamento di polizia mortuaria attualmente vigente (DPR 285/90), si vuole tracciare brevemente l'iter legislativo che ne ha maturato la promulgazione.

Nel Regno d'Italia, la prima emanazione di una normativa inerente a tale problematica risale al RD dell'11 gennaio 1891 (Regolamento speciale di polizia mortuaria), che prescriveva l'obbligo di denuncia della causa di morte e di referto all'autorità giudiziaria ogni qualvolta vi fosse il dubbio di un evento delittuoso, imponendo altresì il divieto di compiere qualsiasi atto sulla salma per 24 ore (48 ore in caso di morti improvvise o nel sospetto di morte apparente). Ancora, il medesimo regio provvedimento legislativo prevedeva:

Art. 5.

"sulla denuncia di un decesso nel comune, il sindaco deve ... farlo constatare da un medico ...", ovvero il pubblico ufficio dell'attuale medico necroscopo poteva essere affidato a qualsiasi sanitario, prescindendo dall'eventuale qualifica professionale;

Art. 6.

non era richiesto alcun controllo pubblico sui decessi, essendo genericamente previsto un "medico incaricato dal sindaco".

Tale normativa, nonostante la rivisitazione concettuale attuata in due diverse occasioni, rispettivamente con RD n. 448 del 25 luglio 1892 e RD n. 1880 del 21 dicembre 1942, non ha conosciuto sostanziali modifiche sino al vigente regolamento di polizia mortuaria. Si tenga comunque presente che inizialmente (artt. 5 e 6 del RD 11.1.1891) si stabilì che l'accertamento della realtà della morte spettasse al sindaco o ad un suo delegato, con ampia discrezionalità di scelta, mentre, in seguito, solo l'ufficiale sanitario del comune ovvero il medico condotto competente per territorio poterono assumere tale incarico-delega.

Ad ogni modo, si è giunti all'attuale regolamento di polizia mortuaria

(DPR 285 del 10 settembre 1990), costituito da 22 capi e 108 articoli, la cui eventuale inosservanza o inadempienza può configurare reati commissivi o omissivi, perseguibili in diversi ambiti: giudiziario, penale o civile, sanitario locale (sindaco o SSN), religioso.

Schematicamente il regolamento è così suddiviso:

Capo I:

"Denuncia delle cause di morte e accertamento dei decessi"

Capo II:

"Periodo di osservazione dei cadaveri"

Capo III:

"Deposito di osservazione ed obitori"

Capo IV:

"Trasporto dei cadaveri"

Capo V:

"Riscontro diagnostico"

Capo VI:

"Rilascio dei cadaveri a scopo di studio"

Capo VII:

"Prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico"

Capo VIII:

"Autopsie e trattamenti per la conservazione del cadavere"

Capo IX:

"Disposizioni generali sul servizio dei cimiteri"

Capo X:

"Costruzione dei cimiteri piani cimiteriali disposizioni tecniche generali"

Capo XI:

"Camera mortuaria"

Capo XII:

"Sala per autopsie"

Capo XIII:

"Ossario comune"

Capo XIV:

"Inumazione"

Capo XV:

"Tumulazione"

Capo XVI:

"Cremazione"

Capo XVII:

"Esumazione ed estumulazione"

Capo XVIII:

"Sepolture private nei cimiteri"

Capo XIX:

"Soppressione dei cimiteri"

Capo XX:

"Reparti speciali nei cimiteri"

Capo XXI:

"Sepolcri privati fuori dai cimiteri"

Capo XXII:

"Disposizioni finali e transitorie"

In tale regolamento sono stati introdotti alcuni concetti innovativi. Il più rilevante, di rottura rispetto a quanto precedentemente disposto, verte sulle modalità di ottenimento del nulla osta alla cremazione, rappresentando, dal punto di vista concettuale, un profondo mutamento storico-giudiziario a paragone di quanto previsto sino a poco prima. Precedentemente, infatti, per informale e tacito accordo tra gli organi istituzionali, si ottemperava al dettato "normativo" previsto dai *Patti Lateranensi*, impedendo ai cittadini, se non in casi assai limitati, di accedere alla cremazione.

Ancora, nonostante la scrupolosa stesura di tale regolamento, poco dopo la sua approvazione, esso fu oggetto di un sostanziale equivo-

co interpretativo, che ha trovato definitiva risoluzione sulla scorta di sentenza formulata dalla Corte costituzionale (174/91) e della relativa circolare esplicativa emanata dal Ministero della sanità (24/93) in seguito a contenzioso innescato dalla Regione Lombardia.

In sostanza, si è finalmente risolta l'annosa diatriba in merito a quale organo – Azienda sanitaria locale o sindaco o, ancora, autorità civile – dovesse provvedere ad identificare e nominare il medico necroscopo, figura di sanitario preposto ad una funzione istituzionale, non già identificabile con una qualifica professionale. Nel caso in specie, poiché l'art. 37 del regolamento faceva riferimento ad un non meglio specificato "coordinatore sanitario", la Regione Lombardia si è appellata ai dettami della riforma sanitaria introdotta dalla legge 833/78, che introduceva la figura di un'autorità sanitaria locale (per alcune attività individuabile nel sindaco), con mansione di medico necroscopo, la cui nomina era imprescindibile competenza delle Unità sanitarie locali e delle Aziende sanitarie locali.

Per puntualizzare con maggior chiarezza l'intoppo burocratico insorto, si precisa che l'organizzazione statale prevede due strutture piramidali – schematicamente:

Stato → Regioni → subunità delegate dalle regioni, ovvero, in ambito sanitario, Ministero della sanità → Assessorati regionali alla sanità → Aziende sanitarie locali.

Sindaco e municipalità (con elezione diretta del sindaco da parte della cittadinanza, di cui rappresenta l'amministratore, senza referenti) –,

comprendendosi come il regolamento la polizia mortuaria rientri nell'ambito della prima delle due scale istituzionali, risultando pertanto priva di giustificazione legislativa la gestione della funzione di necroscopo da parte della massima autorità cittadina o di altri membri dell'Azienda municipale.

Si precisa ad ogni modo che **regioni e/o comuni** hanno titolo di emanare "regolamenti di polizia mortuaria regionali e comunali", che stabiliscano norme locali (ovviamente non in contrasto con la normativa nazionale) per il trasporto delle salme, per le onoranze funebri, per l'attività cimiteriale e per l'attività delle agenzie d'onoranze funebri.

Orbene, il dibattito politico-istituzionale nato sulla scia di un equivoco interpretativo della legislazione vigente, mette in luce l'importanza di stabilire con certezza l'evento morte, che rappresenta

un evento rilevante, in quanto coinvolge i molteplici ambiti del contesto socio-istituzionale e, precisamente:

- Uffici di stato civile;
- Autorità giudiziaria;
- Sistema sanitario nazionale;
- Culto religioso;
- Servizi cimiteriali.

E, conseguentemente, diverse sono le normative che regolamentano l'evento morte:

- Codice civile;
- Codice penale;
- Leggi fiscali;
- Leggi sui prelievi d'organo da cadavere e sull'accertamento della morte;
- Regolamento di polizia mortuaria;
- Codice deontologico;
- Accordi internazionali sul trasporto, espatrio ed importazione delle salme (la cosiddetta *convenzione di Berlino*);
- Leggi sullo smaltimento dei rifiuti e sull'inquinamento ambientale;
- Leggi sulla tutela dell'igiene e della salubrità dei luoghi e delle persone;
- Leggi urbanistiche inerenti all'edilizia cimiteriale;
- Normativa che tutela i rapporti tra lo Stato ed il culto religioso.

Tornando al *medico necroscopo*, volendo fornire ragguagli interpretativi del regolamento di polizia mortuaria, si rimanda a quanto citato dall'art. 4: "negli ospedali la funzione di medico necroscopo è svolta dal direttore sanitario o da un medico da lui delegato". Non si afferma dunque che il medico necroscopo competente per territorio non può svolgere tale funzione in ospedale. Pertanto, l'interpretazione giurisprudenziale è in positivo, poiché la normativa si esprime in merito a ciò che è vietato, non a quanto vada compiuto. Tale dettato legislativo assumeva valenza applicativa fino a quando esistevano due sole realtà organizzative, nello specifico la municipalità (al cui vertice si trova il sindaco) e l'ospedale (con il direttore sanitario). Attualmente, queste due strutture sono state inglobate in una terza e più ampia struttura, l'Azienda sanitaria locale. Quindi la municipalità si confronta da una parte con il direttore sanitario dell'ospedale e dall'altra con le Asl. Ulteriore rischio di sovrapposizione o confusione di competenze si verifica allorché una Asl comprenda anche un ospedale non azienda, per cui nello stesso distretto territoriale operano sia il medico necroscopo che il direttore sanitario.