

# Parliamo di medicina necroscopica

di Alberto Albè (\*)

**L'**emanazione del regolamento di polizia mortuaria tuttora vigente (D.P.R. 803/75), dopo oltre trenta anni dal precedente (R.D. 21/12/42 n. 1880), segnò una tappa importante nella disciplina di questa materia consentendo l'adeguamento della norma alle mutate condizioni sociali ed il coordinamento con altre particolari disposizioni a valenza locale. Purtroppo questo regolamento maturato quasi contemporaneamente alla travagliata gestazione della legge di riforma del servizio sanitario (L. 833/78), fu promulgato tre anni prima di essa e, non potendo tener conto anzitempo dei profondi cambiamenti che essa avrebbe apportato, nacque già vecchio.

Queste brevi note intendono puntualizzare alcuni aspetti controversi della materia di concreto rilievo nella prassi quotidiana proponendo alla discussione alcuni spunti operativi, anche in previsione dell'emanazione di un nuovo regolamento di polizia mortuaria, la cui necessità è sempre più attuale.

**Medico necroscopo:** L'art. 4 (D.P.R. 803/75) identifica la figura del medico necroscopo con il medico condotto o con un altro medico espressamente nominato dal sindaco, lo subordina di fatto all'ufficiale sanitario, precisa la natura del suo intervento (accertamento della realtà della morte) e prescrive la redazione del certificato necroscopico destinato ad essere allegato al registro degli atti di morte (art. 141 R.D. 9/7/39, n. 1238). La Legge 833/78 tra le profonde modifiche organizzative apportate ha sancito la scomparsa dell'ufficiale sanitario e del medico condotto, cioè delle figure fondamentali per l'espletamento dell'attività necroscopica. Le loro funzioni, in conformità dell'art. 32 L. 833/78, "sono state ridistribuite dalle U.S.L. secondo direttive regionali che risultano difformi sul territorio nazionale" (BUZZI). Nella più parte delle regioni che hanno dato una strutturazione logica ai servizi in cui deve articolarsi l'unità sanitaria locale le funzioni di medicina necroscopica sono state attribuite al servizio o settore di medicina legale e quelle più propriamente igienistico-preventive al servizio di igiene pubblica.

Sarebbe auspicabile, nell'ambito delle preannunciate revisioni del regolamento di polizia mortuaria e della legge 833/78, l'istituzione in tutte le regioni di autonomi servizi di medicina legale strutturati come dipartimenti multizonali, dotati di adeguato organico, inseriti nel-

l'ambito dell'ospedale del capoluogo di provincia ma con competenza operativa coincidente con l'intera provincia; servizi ai quali andrebbero affidate tutte le numerose mansioni di medicina legale tra le quali rientrano a pieno titolo le visite necroscopiche, i riscontri diagnostici, gli accertamenti per l'espianto-trapianto di organi.

**Guardia necroscopica:** La legge 833/78 ponendo ad esaurimento il ruolo dei medici condotti (sostanzialmente reperibili ad ogni ora) e sancendo la loro sostituzione con medici pubblici dipendenti ad orario di servizio contrattualmente delimitato (36 ore settimanali per il tempo pieno) ha di fatto determinato e determina tuttora grosse difficoltà nella regolare gestione del servizio necroscopico precludendo in pratica la possibilità di effettuare le visite necroscopiche oltre il limitato orario di servizio. Avviene così assai frequentemente, soprattutto al sabato ed alla domenica o ancor più quando a tali giorni conseguano una o più festività, che i tempi di esecuzione si allungano notevolmente suscitando comprensibili recriminazioni e proteste sia da parte dei congiunti del defunto, sia da parte delle imprese di pompe funebri per l'inevitabile differimento dei funerali, e d'altra parte determinando disagio nei medici necroscopi.

La programmazione di adeguati turni di servizio è impraticabile prima ancora che per la disfunzione ed antieconomicità di tale organizzazione, per l'insufficienza dell'organico.

Inizialmente le U.S.L. cercarono di ovviare a questi inconvenienti attribuendo di fatto ai medici del servizio di guardia medica anche l'onere delle visite necroscopiche, nonostante che sia ragioni di opportunità e di competenza, sia l'incongruenza della qualificazione d'urgenza per visite che tali non possono essere, sconsigliassero la adozione di questa soluzione di ripiego. Poi i colleghi della guardia medica, dopo la promulgazione del loro contratto di lavoro (D.P.R. 7/5/82, n. 281) che nulla prevede al riguardo, si rifiutarono di continuare a sostituire il medico necroscopo oltre al medico di base, pertanto come ebbero a rilevare Buzzi ed Oppezzo già nel 1985: "Allo stato attuale risulta invece disagevole prospettare che possa essere routinariamente richiesto ai medici del Servizio di guardia l'espletamento delle funzioni di medico necroscopo, ai fini del rilascio del

certificato di accertamento della realtà della morte, mediante visita da effettuarsi ad almeno 15 ore dal decesso, in carenza di una nomina formale ad personam da parte del sindaco, così come precedentemente richiamato". Nella quasi totalità delle U.S.L. si è perciò continuato ad operare in modo empirico sperando nell'episodicità delle urgenze e comunque confidando nella buona volontà dei medici preposti.

Solo in alcune U.S.L. (Barocelli e al.) si è provveduto a dare una risposta razionale a queste esigenze deliberando l'istituzione di una guardia necroscopica pur operante con criteri, personale ed attribuzioni diverse in rapporto alle diverse realtà locali. Nell'U.S.L. 2 di Piacenza da oltre tre anni esiste un apposito servizio di guardia necroscopica (più correttamente definibile di reperibilità necroscopica) affidato a quegli stessi medici che già in orario di servizio svolgono tali accertamenti, articolato settimanalmente in turni attivi dalle ore 14 alle ore 8 del successivo giorno lavorativo, finalizzato a garantire non solo l'espletamento delle visite necroscopiche, ma anche una pronta e competente effettuazione delle prestazioni frequentemente richieste dall'Autorità Giudiziaria o dagli organi di pubblica sicurezza.

Sono auspicabili l'istituzionalizzazione e l'estensione a tutte le U.S.L. delle guardie necroscopiche che valgano a garantire un più puntuale riscontro alle richieste di intervento inerenti la medicina necroscopica.

**Trattamento antiputrefattivo:** Secondo il combinato degli artt. 28-30 e 45 del regolamento il trattamento antiputrefattivo deve essere praticato nei mesi primaverili ed estivi alle salme dirette fuori comune o all'estero e, negli altri mesi, quando la traslazione del feretro duri più di 24 ore o inizi dopo oltre 48 ore dal decesso. Taluni Autori (Augurio e Messina) ritengono che anche il trasporto nel periodo primaverile ed estivo da comune a comune, purchè non distanti più di 25 km., possa effettuarsi senza trattamento antiputrefattivo, in deroga al disposto dell'art. 30 e conformemente a quanto prescritto dall'art. 28, ultimo comma. Questo però, a rigore, prevede la deroga limitatamente a quanto prescrive il primo comma (duplice cassa) e non già anche al trattamento antiputrefattivo.

Detto trattamento (art. 45, ultimo comma), da eseguire trascorso il periodo di osservazione, è di competenza dell'ufficiale sanitario o di "altro personale tecnico da lui delegato", non necessariamente medico (come invece è previsto per l'imbalsamazione). L'avvento delle U.S.L. e la conseguente scomparsa degli ufficiali sanitari e dei medici condotti, ha acuito anche questo aspetto della normativa non essendo stato incluso contrattualmente in nessun profilo professionale l'onere dei trattamenti antiputrefattivi. Si è così creata una grande diffimità di indirizzo nelle singole U.S.L., in funzione soprattutto di rapporti di forza categoriale. In alcune sono i vigili sanitari a provvedervi, in altre i medici igienisti o addirittura i medici necroscopi, in altre ancora i tecnici delle sale anatomiche, in altre infine il personale

delle imprese di pompe funebri. E' auspicabile che nell'ambito del nuovo regolamento di polizia mortuaria la vertenza trovi soluzione univoca. Non è d'altra parte per caso che anche il vigente regolamento, prescrivendo la visita necroscopica non prima che siano trascorse 15 ore dal decesso (art. 4) ed invece il trattamento antiputrefattivo (art. 45) trascorso il periodo di osservazione (24-48 ore), postuli di fatto una duplicità di interventi e conseguentemente di operatori, che trova d'altra parte ragione d'essere nella diversa natura e finalità delle prestazioni (tipicamente medico-legale la prima, propriamente igienistico-preventiva la seconda).

**Modalità tecniche:** L'attuale normativa, diversamente da quella tedesca, come sottolinea Martini, non prevede esplicitamente l'obbligatorietà dell'ispezione cadaverica ad opera del medico necroscopo, verosimilmente per ragioni di opportunità e di rispetto dei ruoli, competendo al legislatore la regolamentazione giuridico-amministrativa, non già quella tecnico-operativa. A tale riguardo pare opportuno suggerire alcuni indirizzi, alcuni consigli, e non invece formulare un vero protocollo operativo: sarà infatti la preparazione professionale, l'esperienza, l'attenta valutazione delle circostanze a suggerire al medico necroscopo come procedere concretamente, sua essendo la piena responsabilità professionale nell'agire. Certamente un corretto e prudente modo di procedere non dovrebbe prescindere dalla raccolta di un'anamnesi patologica accurata ancorchè succinta ed adeguatamente indirizzata, dall'esame dell'eventuale documentazione clinica esistente, dalla valutazione ragionata della sintomatologia riferita da eventuali testimoni del decesso, e soprattutto da un accurato esame esterno della salma -previa svestizione della stessa- che consenta di rilevare oltre ai fenomeni cadaverici l'eventuale presenza di reperti di lesività. Non si possono però sottacere le obiettive condizioni di difficoltà in cui tali visite vengono sovente espletate: tuttora in locali angusti, scarsamente illuminati, sovente in assenza di sufficienti elementi anamnestici, su un proscenio con una moltitudine di congiunti più o meno prossimi che non sempre si riesce a sfolire, in un clima di sorpresa, diffidenza e sospetto verso questo atto medico sconosciuto ai più, che trascende in malumore se il medico si azzarda a "toccare" il defunto e addirittura in manifesta ostilità se "pretende di spogliare" quella salma la cui vestizione al familiare di solito costa non poco. Si pensi d'altra parte alle proteste ed agli impropri suscitati dalla visita necroscopica nel caso di soggetti appartenenti alla religione israelitica che considera lo svolgimento del sudario alla stregua di un atto di profanazione.

Sta al medico necroscopo, nella consapevolezza delle sue responsabilità, resistere alle pressanti sollecitazioni cui non infrequentemente si trova esposto da parte dei congiunti, ma anche dalle imprese di pompe funebri. Può capitare quando il medico necroscopo, ravvisando o sospettando gli estremi di un reato perseguibile d'uf-

ficio, inoltri rapporto all'Autorità Giudiziaria, con conseguente diniego da parte dell'ufficiale dello stato civile (art. 141 R.D. 9/7/39, n. 1238) dell'autorizzazione alla sepoltura o differimento della stessa. Ma succede soprattutto quando, specialmente nel periodo estivo, i congiunti si prodigano per anticipare i funerali motivando la richiesta di abbreviazione del periodo di osservazione con una vera o presunta precoce putrefazione della salma. E' consigliabile, per non innescare un'epidemia di tali richieste -comprensibili ma disfunzionali al servizio- che il medico necroscopo limiti a casi eccezionali le abbreviazioni del periodo di osservazione e consigli piuttosto semplici accorgimenti come l'aerazione adeguata del locale (previa copertura della salma con un velo per prevenire l'azione degli insetti), la limitazione dell'assembramento dei familiari intorno alla salma, la rimozione di addobbi floreali troppo copiosi. La proposta di fare trasportare la salma nel deposito di osservazione locale (facoltà che l'art. 12 della vigente normativa prevede per le salme di persone "morte in abitazioni inadatte e nelle quali sia pericoloso mantenerle per il prescritto periodo di osservazione") è pressochè immancabilmente espediente sufficiente per far recedere anche i più insistenti.

Altrettanto risoluto deve essere l'atteggiamento del medico necroscopo nel caso, sempre più frequente, dei coperchi refrigeranti il cui uso, a norma dell'art. 8 del citato regolamento, è da ritenere illecito prima del completamento del periodo di osservazione.

Appare auspicabile che, de jure condendo, venga più esplicitamente ribadita la peculiarità medico-legale dell'operato del medico necroscopo, prevedendo che proprio ai medici legali venga direttamente attribuito questo incarico e comunque il coordinamento dell'attività necroscopica. Occorre altresì prevedere, soprattutto per chi non abbia conseguito la specializzazione in medicina legale, appositi seminari di qualificazione e di aggiornamento. E' altresì opportuno che venga superata l'attuale incongruenza del dettato legislativo che da un lato postula l'intervento del medico necroscopo proprio per accertare la realtà della morte e d'altra parte invece prescrive che comunque ogni intervento sulla salma non possa essere praticato prima che siano trascorse 24 ore dal decesso.

**Modalità amministrative:** L'attuale normativa nel prescrivere all'ufficiale di stato civile l'accertamento della realtà della morte per il tramite del medico necro-



Carlo Mattioli "Erbario"

scopo non specifica alcuna prassi o modalità per tale collaborazione, così come, pur prevedendo che il medico necroscopo rilasci una certificazione scritta della visita effettuata, non prevede uno specifico modello cui debbano conformarsi detti certificati. Proprio questa indeterminatezza della norma ha di fatto prodotto, come hanno rilevato accuratamente Rodriguez e Aprile in un loro interessante studio, un'enorme difformità non solo formale nella modulistica adottata al riguardo da singoli comuni o dalle U.S.L., ma addirittura sostanziale sugli stessi scopi della visita necroscopica. Si può infatti rilevare come accanto a stampati in cui al medico necroscopo viene chiesto, conformemente alla normativa, di certificare la realtà della morte e che la stessa non sia imputabile a causa delittuosa, se ne trovano altri in cui invece si pretende dal medico necroscopo una precisa e compromettente indicazione in ordine all'epoca del decesso e soprattutto alle cause che l'hanno determinato. Vero è che in questi casi il medico necroscopo sovente si limita ad attingere questi dati dalla denuncia delle cause di morte redatta dal medico curante, ma così facendo, cioè sottoscrivendo di fatto una diagnosi non sua, finisce più o meno consapevolmente per avallare tale diagnosi eziologica con tutte le conseguenti responsabilità che, non va dimenticato, sono ben maggiori agendo egli in veste di pubblico ufficiale. La prudenza dovrebbe invece consigliare, anche a costo di qualche attrito iniziale con l'ufficio anagrafe del Comune, il rifiuto di sottoscrivere una certificazione necroscopica così immotivatamente impegnativa. Giova ricordare a questo proposito che gli studi finora condotti sulla correlazione tra diagnosi clinica di morte e diagnosi necroscopica (accertata mediante autopsia), tra i quali merita segnalare quello recente di Tessadri et al., hanno dimostrato una discordanza variabile dal 20 al 60%. E' d'altra parte comune esperienza il riscontro di un suggestivo convincimento personale di alcuni medici curanti, pur in assenza di obiettivi elementi clinici di riscontro, nell'attribuire una morte naturale ad una causa organica (cardio-circolatoria, respiratoria, cerebrale) piuttosto che ad un'altra.

Notevole difformità e confusione è altresì riscontrabile nell'analisi delle modalità seguite nell'attivazione delle visite necroscopiche e nella successiva trasmissione dei relativi certificati. In taluni luoghi è il messo comunale o altro incaricato del Comune che recapita direttamente nello studio del medico necroscopo i compilandi certificati che vengono poi ritrasmessi al Comune con lo stesso mezzo, in altri il compilando certificato viene rilasciato dal Comune al familiare o all'impresa di pompe funebri all'atto della dichiarazione di morte, sì che possa poi essere compilato dal medico necroscopo presso il domicilio del defunto e quindi ritrasmesso in Comune con la stessa modalità. Tutte le procedure sono ugualmente legittime, nulla prescrivendo la normativa al riguardo, non tutte invece sono ugualmente opportune. La prima modalità ad esempio può lasciare adito al sospetto, non sempre purtroppo

infondato, che la certificazione necroscopica possa anche prescindere dall'effettiva visita risolvendosi di fatto nella semplice compilazione di un modulo all'atto del recapito.

Appare quanto mai opportuno, in sede di revisione della vigente legge, che venga previsto per la certificazione necroscopica un unico modello da compilare in duplice esemplare autocopiante (sì che una copia possa rimanere agli atti del servizio di medicina legale) e da cui risultino l'attestazione dell'accertata realtà della morte, l'indicazione dell'eventuale modificazione del periodo di osservazione (che magari potrebbe esaurirsi con l'effettuazione della visita necroscopica) e l'eventuale prescrizione del trattamento antiputrefattivo.

Sarebbe altresì auspicabile, per una migliore funzionalità ed attendibilità del servizio, che le richieste di visite necroscopiche fossero trasmesse dal Comune direttamente al servizio di medicina legale mediante fonogramma, con l'esatta indicazione oltre che dei dati anagrafici del defunto, dell'ora e della causa di morte desumibili dalla denuncia di decesso, che la compilazione del certificato necroscopico avvenisse al domicilio del defunto contestualmente alla visita e che infine l'onere della successiva trasmissione dello stesso all'ufficiale di stato civile competesse ai congiunti del defunto, o in loro vece all'impresa di pompe funebri.

## Bibliografia

1 - Buzzi F., *Oppezzo M.C.*: La Medicina Necroscopica dopo l'istituzione delle U.S.L. e del Servizio di Guardia Medica. *Federazione Medica* 38(1):98-101; Gen. 1985.

2 - Barocelli A.P., Bosello M.G., Daffieno L., Droetto G., Palombella A., Tagna M.: Una esperienza organizzativa: la guardia medico-legale di USL. In Atti della giornata di studio "La Medicina Legale nell'Unità Sanitaria Locale: attualità e prospettive future" - Trento, 19/2/1988.

3 - *Augurio G., Messina A.*: La polizia mortuaria. Maggioli Editore, Rimini, 1980, 2<sup>a</sup> ed.

4 - *Schneider V., Martini M.*: L'ispezione cadaverica. Edizioni S.B.M. - Noceto, PR, 1989.

5 - *Rodriguez D., Aprile A.*: Il certificato necroscopico: ricerca sulla modulistica in uso nelle diverse sedi. In Atti della Tavola rotonda "Lo stato attuale della Medicina Legale nelle UU.SS.LL., nell'I.N.P.S. e nell'I.N.A.I.L." - Rimini, FO, - 5/7 Maggio 1988.

6 - *Tessadri A., Alberton F., De Leo D.*: Il riscontro diagnostico ex art. 36 del Regolamento di Polizia Mortuaria (D.P.R. 21.10.75 n. 803): la casistica del settore medico-legale veronese nel decennio 1977-1986. In Atti della giornata di studio "La Medicina Legale nell'Unità Sanitaria Locale: attualità e prospettive future" - Trento, 19/2/1988.

(\*) Settore di Medicina Legale - Servizio Igiene Pubblica U.S.L. n.2 - Piacenza