

Attualità

La sfida del cambiamento in polizia mortuaria

Riflessioni sul ruolo svolto dai servizi di Igiene Pubblica

di Andrea Poggiali (*)

Premessa

Dopo decenni di immobilismo, la normativa in materia di polizia mortuaria è in fase di radicale trasformazione, parzialmente già realizzata, in buona parte ancora da attuare ma comunque a scadenza non lontana. Abituamente si parla sempre dei riflessi che ciò avrà per l'attività delle ditte di pompe funebri: altri temi considerati prioritari sono la gestione dei cimiteri e la cremazione. Rimane generalmente in secondo piano un tema particolare: l'influenza dei cambiamenti intercorsi e di quelli preventivabili sull'attività della pubblica amministrazione.

Sotto questo versante, le problematiche di adattamento degli uffici comunali di polizia mortuaria, degli uffici di Stato Civile e delle ex Prefetture (ora uffici territoriali del Governo) sono comunque periodicamente oggetto di analisi, ed almeno questo rincuora ⁽¹⁾.

Nessun risalto hanno invece finora avuto le problematiche dei servizi di Igiene Pubblica (di seguito denominati SIP), organismi di prevenzione che nelle aziende unità sanitarie locali (AUSL) ricoprono anche le funzioni sanitarie di polizia mortuaria. L'argomento riveste tuttavia un certo interesse, specie se lo si analizza non isolatamente ma nel contesto degli importanti cambiamenti sopravvenuti nell'attività di prevenzione dei SIP. L'osservazione così allargata consente infatti di evidenziare una certa inerzia nel modo di concepire le competenze sanitarie di polizia mortuaria, contrapposta alla dinamicità dimostrata nelle restanti attività.

Non è detto che questo debba dipendere da una presunta pigrizia degli operatori: probabilmente deriva invece dalle caratteristiche particolari della polizia mortuaria, dal fatto cioè che in essa si può rintracciare ben poco di attinente alla prevenzione.

Nel presente articolo cercherò di illustrare i cambiamenti del tradizionale modello di attività di prevenzione in un SIP, le ragioni dell'immobilismo osserva-

bile in polizia mortuaria, le possibilità di superare questa condizione di stallo.

Evoluzione del modello di attività di prevenzione in un SIP

L'impostazione che, fino a tempi recenti, aveva caratterizzato l'attività dei SIP, era tutto sommato semplice, ed era anche talmente radicata da apparire come l'unica possibile. Lo Stato imponeva prescrizioni igienico sanitarie dettagliate e ne controllava il rispetto tramite i SIP, il cui impegno si risolveva quindi nella vigilanza capillare sull'ottemperanza alle norme e nell'effettuazione di prestazioni obbligatorie (vaccinazioni, certificazioni ecc.).

Pare che l'origine di questo modello di attività risalga addirittura all'impero austroungarico, tanto che qualcuno ne ha parlato come del "paradigma imperiale" ⁽²⁾.

Se ne può capire meglio il funzionamento ricorrendo ad alcuni esempi.

Per il controllo delle malattie trasmissibili con gli alimenti, buona parte delle risorse era assorbita dal rilascio/rinnovo dei libretti sanitari, obbligatorio ai sensi della legge n.283/62 ⁽³⁾.

Per la prevenzione delle malattie infettive, una volta fatto fronte agli obblighi di legge relativi ai calendari vaccinali, rimanevano ben poche risorse per altre iniziative.

⁽²⁾ Nella rivista della Società Nazionale Operatori della Prevenzione del dicembre 1998 è pubblicato un articolo di Massimo Valsecchi, direttore sanitario Azienda ULSS 20 di Verona, dal titolo "La prevenzione in una società complessa". L'articolo è una splendida sintesi di storia della prevenzione sanitaria. La parte sul "paradigma imperiale" è dedicata proprio al concetto (allora rivoluzionario) affermato nella organizzazione sanitaria asburgica: l'Impero doveva occuparsi in modo invasivo e capillare della salute dei suoi sudditi. Un impero, per essere potente, aveva bisogno di cittadini sani: il metodo coercitivo era il più appropriato per raggiungere questo obiettivo.

⁽³⁾ Art.14 della legge 30 aprile 1962, n.283 "Disciplina igienica della produzione e della vendita delle sostanze alimentari e delle bevande", in G.U. n.139 del 4.6.62. Da tenere presente che già nel 1989 l'Organizzazione mondiale della Sanità aveva considerato inefficaci gli accertamenti sanitari sugli alimentaristi.

⁽¹⁾ A titolo esemplificativo cito la circolare Sefit n.4405 del 2.2.2001, con oggetto "Conferimento alle regioni di autorizzazioni dello Stato in materia di polizia mortuaria. Nuova disciplina per la conferenza dei servizi", e la circolare Sefit n.4728 del 12.6.2002, con oggetto "Circolare del Ministero della Salute sul trasferimento di funzioni dal livello centrale a quello locale in materia di polizia mortuaria".

Per la polizia mortuaria, si seguiva quanto disposto dal DPR n.285/90 ⁽⁴⁾, un decreto chiaramente ispirato al “paradigma imperiale”, visto l’elevato numero di articoli contenenti obblighi di controlli sanitari.

I pochi accenni sopra riportati sono sufficienti per apprezzare le differenze rispetto alle caratteristiche della pratica clinica. Nei servizi che si occupano della diagnosi e cura dei pazienti c’è una costante autoregolamentazione degli operatori, che modificano spontaneamente i propri comportamenti adeguandosi al miglioramento delle conoscenze scientifiche. Più che sul pedissequo rispetto della normativa (aspetto presente, ma in forma marginale), i clinici si basano soprattutto su linee guida elaborate ed aggiornate all’interno del mondo scientifico.

In un SIP, come già detto, l’attività è invece maggiormente condizionata da norme che devono essere applicate indipendentemente dalla loro data di pubblicazione. Se, come spesso accade, la normativa invecchia e non viene revisionata, essa rimane ugualmente obbligatoria, e gli operatori sono costretti ad applicarla a prescindere dalla sua inattualità.

Per fortuna, negli ultimi anni, si è cominciato a sfrondare la mole degli obblighi normativi, anche su sollecitazione degli igienisti stessi ⁽⁵⁾.

Il risultato non è stato quello di lavorare meno, ma di riuscire finalmente a lavorare in maniera diversa: la progressiva abolizione di prestazioni inutili ha liberato risorse che sono state utilizzate per fare vera prevenzione ⁽⁶⁾. In questa riconversione delle risorse disponibili, i SIP hanno dimostrato capacità propositive, interpretando autonomamente il proprio mandato,

⁽⁴⁾ Decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n.285 “Approvazione del regolamento di polizia mortuaria” (in S.O. n.63 alla G.U. n.239 del 12 ottobre 1990).

⁽⁵⁾ In proposito vedi “Le attività preventive nel SSN”, di Massimo Valsecchi, in Salute e territorio n.117-1999. Nell’articolo è riportata una lettera aperta, indirizzata al Ministro della Sanità, recante proposte per l’abolizione di pratiche di prevenzione inutili. Alcune di queste indicazioni furono recepite, con l’eliminazione degli screening obbligatori per la ricerca della lue in militari e pubblici dipendenti e per la ricerca della malattia tubercolare negli insegnanti. Relativamente al libretto sanitario ex L.283/62, sulla cui inutilità da tempo gli igienisti insistono, si registrano iniziative regionali per sostituirlo con progetti di educazione sanitaria agli alimentaristi.

⁽⁶⁾ Alcune attività esistenti sono state potenziate: rientrano in questo gruppo l’incentivazione delle vaccinazioni facoltative, la partecipazione a programmi per il controllo di specifiche malattie infettive (tubercolosi, malattie trasmissibili per via sessuale), la profilassi per i viaggiatori internazionali, l’educazione sanitaria per i lavoratori esposti al rischio di contrarre e/o di trasmettere malattie infettive (tatuatori, barbieri ecc.). Altre attività sono state introdotte ex novo, come il coinvolgimento dei SIP nelle campagne che vedono impegnata tutta la sanità pubblica nella riduzione delle cause di mortalità: lotta contro il fumo, danni da inquinamento atmosferico, disagio alimentare nei giovani ecc..

senza necessariamente aspettare nuove leggi che attribuissero ulteriori competenze.

La polizia mortuaria in un SIP

Vediamo ora come si colloca la polizia mortuaria in questo processo di rinnovamento delle attività di prevenzione.

Sicuramente condivide la stessa tendenza allo snellimento, con previsione di eliminazione delle prestazioni giudicate superflue. Ciò che manca è la ricerca di attività alternative a quanto sarà eliminato: ci si limita ad aspettare la nuova regolamentazione (nazionale o regionale che sia) per poi rielaborare in base ad essa la lista delle competenze.

Una carenza di iniziativa così settoriale può dipendere dal fatto che la polizia mortuaria è difficilmente classificabile come attività di prevenzione, risultando anzi fondamentalmente estranea ai compiti di un SIP.

Per averne conferma, esaminiamo la principale norma di riferimento, il DPR n.285/90. Le prescrizioni di natura igienico sanitaria in esso contenute trovavano la loro giustificazione nella pretesa di tutelare la collettività dal rischio infettivo costituito dalle salme. Tale era la finalità del trattamento antiputrefattivo (art.32), dell’avvolgimento in un lenzuolo imbevuto di disinfettante per determinate malattie infettive (art.18), dell’obbligo di presenza del personale AUSL durante la chiusura dei feretri (art.30 come interpretato dal punto 9.7 della C.M. n.24/93) e durante le traslazioni dei feretri in ambito cimiteriale (artt. da 83 ad 89).

Erano prescrizioni effettivamente utili? No, ed infatti si sta procedendo alla loro eliminazione.

È il concetto stesso di proteggere la collettività dal rischio rappresentato dai morti che rivela ormai la sua inconsistenza. Bisogna ammetterlo: la polizia mortuaria e la prevenzione hanno poco in comune ⁽⁷⁾.

La prossima regolamentazione funeraria non azzererà però il ruolo dei SIP: si limiterà a ridurlo, mantenendo alcune competenze.

Per i trasporti internazionali di salme, ad esempio, tutto rimarrà invariato: pure le attività che si possono definire di natura medico legale ⁽⁸⁾ richiederanno ancora l’apporto dei SIP, in attesa che i servizi di medicina legale incrementino i propri organici.

Aggiungendo il rilascio di autorizzazioni al trasporto e sepoltura di prodotti abortivi e di arti, i nuovi compiti relativi alla tanatoprassi ecc., si raggiungerà un volume di prestazioni inferiore a quello attuale ma da non disprezzare.

⁽⁷⁾ Analoghe considerazioni valgono per l’attività di medicina legale svolta in un SIP: è sostanzialmente un corpo estraneo, che ha trovato questa collocazione nel passaggio all’AUSL delle competenze di medico provinciale ed ufficiale sanitario. In quel momento non c’erano alternative.

⁽⁸⁾ Certificati necroscopici, certificati di esclusione del sospetto di morte dovuta a reato ecc..

Visto che i SIP rimarranno operativi ancora per molto tempo nella polizia mortuaria, non deve essere tralasciato il tentativo di modificare il modello di attività. Quando però si comincia a riflettere su come riconvertire le risorse che verranno disimpegnate, le idee scarseggiano. Non si possono sostituire gli anacronistici controlli di pseudo prescrizioni igieniche con altre prescrizioni sempre rientranti nelle attività di vigilanza ed ispezione, perché così si tornerebbe al vecchio modello. Le strade alternative sono poche, ma ci sono: in realtà le abbiamo proprio sotto gli occhi, si tratta di cose che vengono già fatte ed alle quali si potrà dedicare un maggiore impegno. Sto parlando di un noioso, solido impegno di natura amministrativa, mirato al miglioramento di quella regolamentazione locale che condiziona in maniera decisiva il rapporto tra l'utente ed il servizio pubblico.

Sia le procedure adottate dalle AUSL che i regolamenti comunali offrono un vasto campo di azione per le proposte di un SIP, a patto di interpretare il proprio ruolo in maniera diversa da quella tradizionale, ed a rischio di vedersi rimproverare una eccessiva invadenza.

Di seguito accenno ad alcune possibilità.

Ipotesi di miglioramento

1) Procedure AUSL

Nel caso di incidente mortale, a chi spetta la constatazione di decesso? Al medico igienista, al medico legale od al medico dell'ambulanza accorsa sul posto?

Nel caso di rinvenimento di cadavere, chi deve recarsi sul posto per partecipare al sopralluogo giudiziario? Verrebbe da dire un medico legale, che però magari in quel momento è già impegnato per un accertamento di morte cerebrale finalizzata all'espianto di organi.

Queste e molte altre domande, che pervengono in genere dal 118 (il servizio che coordina le chiamate di emergenza) non sempre trovano una risposta pronta. Le conseguenze sono incertezze e ritardi spiacevoli.

Non è del resto facile orientarsi, perché i servizi AUSL che oltre al SIP svolgono attività di polizia mortuaria sono numerosi: ne propongo una rapida carrellata.

I servizi di medicina legale non sono ancora presenti in tutte le AUSL, ma laddove esistenti svolgono la maggior parte dei compiti di necropsia (certificazione di morte, autopsie, partecipazione al collegio medico per l'accertamento della morte cerebrale ecc.) e sono il referente principale per l'autorità giudiziaria. La Direzione Sanitaria di presidio ospedaliero è interessata alla certificazione necroscopica (ovviamente all'interno della struttura ospedaliera), all'accertamento della morte cerebrale, alle procedure per il trasporto e seppellimento di prodotti abortivi ed arti o parti anatomiche riconoscibili (di cui l'ospedale è produttore).

Il Servizio di Anatomia Patologica può essere chiamato in causa per riscontri diagnostici, certificati necroscopici, rapporti di collaborazione con l'autorità giudiziaria.

Il Servizio di Assistenza Sanitaria di Base è interessato per via dei medici di medicina generale, a cui competono il certificato di causa di morte, il certificato di constatazione di decesso⁽⁹⁾, la prima parte del certificato necroscopico⁽¹⁰⁾.

Il Servizio di Continuità Assistenziale (la Guardia Medica, per intenderci) viene spesso allertato nell'immediatezza di un decesso, ed è quindi interessato alle problematiche della certificazione di constatazione di decesso: lo stesso vale per il Pronto Soccorso.

Come si può notare dal breve elenco sopra riportato, vi sono alcune possibili sovrapposizioni di competenze. Senza volere prenderle in considerazione tutte, mettiamoci almeno nei panni del 118, che deve sapere con sicurezza "chi fa cosa": di fronte a segnalazioni su problemi di polizia mortuaria, il 118 deve infatti potere subito individuare il servizio competente a cui girare la chiamata, evitando pellegrinaggi telefonici alla ricerca di un medico disponibile.

I problemi, in genere, si presentano in due casi: richieste di certificazione per la constatazione di decesso, richieste da parte delle forze di Pubblica Sicurezza per ottenere la presenza di un medico (morti violente, rinvenimento di resti ecc.).

La collaborazione dei servizi AUSL per dare immediata copertura in queste occasioni non è sempre facile da ottenere: a maggior ragione è opportuno che i SIP presentino proposte per coordinare le rispettive risorse. Di seguito riassumo i fattori da tenere in con-

⁽⁹⁾ Il certificato di constatazione di decesso non è esplicitamente previsto da alcuna norma (non ha niente a che vedere con il certificato necroscopico ex art.4 DPR n.285/90) ma è ugualmente necessario per soddisfare le esigenze delle diverse autorità richiedenti. Lo chiedono le forze di pubblica sicurezza quando si recano sul luogo di un decesso, i necrofori quando devono trasportare una salma durante il periodo di osservazione, gli ufficiali di Stato Civile quando devono ricevere una dichiarazione di morte ex art.1 DPR n.285/90. Su quest'ultima consuetudine, per il vero, si sono appuntati gli strali di Sereno Scolaro: in proposito, vedi *"I procedimenti di rilascio delle autorizzazioni di polizia mortuaria alla luce dei processi di semplificazione e snellimento dell'azione amministrativa- I Parte"*, in *Nuova Antigone* n.2/99.

⁽¹⁰⁾ L'art.4 del DPR n.285/90 non specifica nulla riguardo alle modalità di compilazione dei certificati necroscopici. Il modello di modulistica più diffuso è però del tipo definito "complesso", cioè prevede la certificazione necroscopica in calce ad un certificato medico di constatazione di morte, redatto abitualmente dal curante. In proposito, vedi *"Il certificato necroscopico: ricerca sulla modulistica in uso nelle diverse sedi"*, di Daniele Rodriguez ed Anna Aprile, in *Riv. It. Med. Leg.* n.3/90.

siderazione. Non propongo soluzioni, poiché queste possono variare di molto a seconda delle condizioni organizzative locali.

a) Certificazione di constatazione di decesso. I medici tenuti a rilasciarlo possono essere quelli del SIP, del Servizio di Medicina Legale, del Servizio di Continuità Assistenziale, del Pronto Soccorso, ed i medici di medicina generale (per i propri assistiti). La scelta di affidare questa competenza agli uni od agli altri può variare a seconda che si tratti di morte naturale o di morte violenta, che la morte sia avvenuta a domicilio o per strada, in giorno feriale od in orario notturno, prefestivo e festivo. Un accordo tra servizi, che tenga conto di tali fattori, può consentire di abbreviare i tempi di risposta e di consentire una tempestiva rimozione della salma.. Questo è particolarmente importante nel caso di salme di persone morte per strada od in altri luoghi pubblici, e si rivela positivo anche per le salme di persone decedute a domicilio.

b) Richieste di intervento medico da parte delle forze di pubblica sicurezza. Le richieste di intervento possono essere motivate dalla semplice necessità di un certificato di constatazione di decesso (ipotesi già menzionata), oppure dalla necessità di prestazioni più specialistiche quali la partecipazione ad un sopralluogo giudiziario, l'esame esterno di una salma (eventualmente integrato da prelievi di liquidi organici), l'esame di ossa o resti rinvenuti. I medici coinvolti possono appartenere ai SIP, ai servizi di Medicina Legale, ai servizi di Anatomia Patologica. È facile dire che per le prestazioni più specialistiche dovrebbero essere allertati questi ultimi due servizi. Bisogna però considerare la consistenza degli organici, l'esistenza o meno di un regime di guardia (notturna, prefestiva e festiva), la possibile sovrapposizione di attività differenti: in un Servizio di Medicina Legale, ad esempio, il medico di guardia potrebbe essere chiamato contemporaneamente sia per le procedure di espanto d'organo che per un rinvenimento di ossa.

2) Proposte per uniformare i regolamenti comunali di polizia mortuaria

Può sembrare paradossale la ricerca di uniformità in una regolamentazione che per principio dovrebbe invece rispecchiare proprio le diversità locali. Preciso quindi che non voglio suggerire uniformità di contenuti, bensì di impostazione. Per spiegarmi meglio, farò riferimento ad uno studio effettuato sui regolamenti di polizia mortuaria dei diciotto comuni che costituiscono l'ambito territoriale della mia AUSL. La maggior parte di essi è impostata sul modello del testo coordinato con la normativa nazionale: le disposizioni puramente locali sono quindi accorpate ad ampi stralci del regolamento nazionale (in alcuni casi si è rimasti al DPR n.803/75) e questo ne ostacola l'individuazione. L'operatore che voglia rendersi conto delle differenze esistenti fra i vari regolamenti comunali su di un determinato argomento deve poi de-

streggiarsi fra indici difformi sia per il numero e la rubrica degli articoli che per la partizione di questi in titoli e capi. Questi difetti sono destinati a peggiorare. In futuro, le disposizioni comunali rischiano di affogare in un mare di stralci tratti da normativa sia nazionale che regionale: peggio ancora, nel caso di una maggiore autonomia regolamentare, rischiano di accentuare le difformità già osservabili.

A mio avviso, pertanto, i SIP dovrebbero sensibilizzare i comuni sui vantaggi di una semplificazione dei propri regolamenti: questo consentirebbe di recuperare la dimensione più genuina dei regolamenti locali, facendo emergere con chiarezza le soluzioni con cui ciascun comune ha ritenuto di interpretare al meglio i bisogni dei propri cittadini.

Conclusioni

L'ambito delle procedure e della regolamentazione offre ai SIP numerose occasioni di intervento. Io ne ho presentato solo alcune, ma altre possono essere individuate con un poco di fantasia e di iniziativa.

Bisogna però anche realisticamente considerare gli ostacoli a questo tipo di impegno. Il lavoro di "seconda linea", mirato al miglioramento burocratico, gode di scarsa considerazione. Non è molto valutato dai dirigenti AUSL, che tendono a privilegiare le prestazioni quantificabili in termini numerici. È ignorato dagli utenti, che si accorgono dell'importanza della burocrazia solo quando si imbattono nei suoi aspetti deteriori, ma immediatamente dopo riprendono a sottovalutarne la complessità.

In primo luogo, dobbiamo superare delle barriere culturali: si tratta di valorizzare la dimensione amministrativa. Per questo motivo, concludo con lo stralcio di un articolo di Sereno Scolaro⁽¹⁾.

"L'attività di "polizia" non è necessariamente sinonimo di polizia di sicurezza, con compiti repressivi e preventivi, o di polizia giudiziaria, ma ha anche altri significati: il termine deriva dal greco politeia che altro non significa se non "amministrazione dello stato", della "cosa pubblica" (in latino: *res publica*). I romani usavano il termine *politia* nel significato di ordinamento costituzionale della *civitas*.

È in questo suo senso etimologico, originario, che viene usato il termine di polizia mortuaria".

Non c'è altro da aggiungere.

(*) Dirigente medico I livello, Servizio Igiene Pubblica AUSL Ravenna

⁽¹⁾ Pubblicato in *Nuova Antigone*, Anno 9, n. 3 speciale.