

Rubrica

## Scheda di morte ISTAT e certificato necroscopico, funzioni e relazioni

di Sereno Scolaro

### La competenza alla redazione della c.d. “scheda ISTAT”

È stata posta la questione, con riferimento alla Circolare del Ministero della Sanità <sup>(1)</sup> n. 24 del 24 giugno 1993 e, al suo interno, con riferimento al punto 2, n. 3, sulla titolarità da parte del medico curante per quanto riguarda la compilazione della c.d. “scheda ISTAT” (modd. ISTAT/D.4, ISTAT/D.5, ISTAT/D.4.bis, ISTAT/D.5.bis).

L’indicazione assunta a riferimento recita, testualmente:

*“2.3. L’art. 1/4 prevede che in caso di decesso senza assistenza medica la denuncia della causa di morte è fatta dal medico necroscopo. L’assistenza medica è da intendersi come conoscenza da parte del medico curante del decorso della malattia, indipendentemente dal fatto che il medico abbia o meno presenziato al decesso. Il medico curante deve compilare, ai sensi dell’art. 1, comma 1, unicamente la scheda ISTAT.”*

L’indicazione della circolare, su questo punto, merita di essere approfondita, in particolare per la distinzione che ne discende tra il ruolo, e le titolarità e competenze, del medico curante da un lato e quelle del medico necroscopo dall’altro, svolgendo queste due figure ruoli del tutto distinti.

Distinzione che – funzionalmente – permane anche nei casi in cui l’obbligo del primo (su cui si tornerà, di seguito) venga a spettare al secondo, come è nel solo caso della morte senza assistenza medica. Per inciso, nel predetto punto 2.3 sopra riportato vi è una specificazione delle ipotesi in cui venga ad operare l’art. 1, comma 4 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, che costituisce un’eccezione, specificazione che si è resa necessaria se si ricordi come (metà degli anni ’80, circa) non siano mancate indicazioni in senso diverso da quello, attualmente, definito dal predetto punto 2.3 <sup>(2)</sup>.

<sup>(1)</sup> Si fa utilizzo della denominazione del Ministero all’epoca dell’emanazione della circolare.

<sup>(2)</sup> Infatti, l’allora Sottosegretario alla sanità Zampieri, rispondendo ad un’interrogazione parlamentare, aveva espresso l’avviso che l’assistenza medica richiedesse la presenza del medico curante,

Tuttavia, poiché la Circolare costituisce un atto amministrativo d’indirizzo che non ha effetti vincolati per i terzi, mentre ha effetti vincolanti laddove vi sia una relazione, sia essa gerarchica (in senso stretto), sia essa funzionale, tra il soggetto che l’emana e i soggetti a cui è rivolta (e, nella specie, questa relazione funzionale sussiste, anche dopo l’entrata in vigore della L. Cost. 18 ottobre 2001, n. 3 <sup>(3)</sup>), tra il Ministero emanante e i soggetti agenti

risposta che era stata influenzata da alcune componenti mediche (nella specie si trattava degli anatomicopatologi) che tendevano, per esigenza di non disinteressata “visibilità” della propria figura professionale ad trovare maggiori spazi propri. Non rilevano qui le diverse contrapposizioni tra anatomicopatologi e medici legali, né tra questi e i medici di medicina generale (i quali, oltretutto, hanno tenuto a precisare – Dichiarazione congiunta n. 5 alla Convenzione generale di Medicina Generale – come le funzioni di polizia mortuaria non rientrino e siano del tutto estranee alla Convenzione di Medicina Generale stessa) o simili, incluse le differenze di orientamento tra “scuole” presenti nell’ambiente medico, limitandoci a considerare come un’interpretazione di questa portata producesse una netta prevalenza di competenze in capo ad alcune figure mediche, piuttosto che di altre, ma, soprattutto, producesse situazioni di elevata disfunzionalità (si pensi, ad esempio, al fatto che nei decessi negli ospedali e strutture sanitarie di vario ordine, pressoché mai il decesso interviene in presenza, fisica, del medico, ma ciò non consente di affermare che sia assente l’assistenza medica, se non altro per il fatto che gli ospedali e le altre strutture sanitarie sono pre-ordinate proprio all’assistenza medica). Il punto 2.3 della Circolare del Ministero della sanità n. 24 del 24 giugno 1993 è stato formulato, intenzionalmente, per affrontare queste situazioni, fornendo una definizione di assistenza medica maggiormente coerente e realisticamente seria. Per inciso, allora, la questione era stata sollevata in relazione all’art. 1, comma 3 D.P.R. 21 ottobre 1975, n. 803, che, sostanzialmente, corrispondeva all’attuale art. 1, comma 4 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, anche se va detto come la disposizione regolamentare attuale avesse già in sé, in parte, indicazioni volte a contrastare l’abnorme interpretazione della quale è fatta qui memoria, attraverso la specificazione “*medico necroscopo di cui all’art. 4*”, con ché si può considerare come le indicazioni del citato punto 2.3 della circolare dal Ministero della sanità hanno avuto il solo pregio di un’ulteriore specificazione, *ad abundantiam*, o, se si voglia, con maggiore esplicitazione.

<sup>(3)</sup> Non senza forzature, si potrebbe, al più, sostenere che, in seguito all’entrata in vigore di tale legge costituzionale, tale relazione funzionale intercorra tra le amministrazioni dello Stato e le regioni e che queste ultime siano tenute a fornire indicazioni coerenti con

all'interno del S.S.N., occorre fare riferimento alla norma regolamentare (e, quindi, oggi, di rango secondario) di cui all'art. 1 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, considerando come la circolare citata, nel punto 2.3, rilevi in termini di interpretazione, definizione del presupposto di assistenza medica, come fattore che fa operare l'eccezionale traslazione della titolarità dal medico curante al medico necroscopo, considerata al suo comma 4. L'art. 1, comma 1 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 individua un obbligo in capo ai medici, non altrimenti qualificati, della denuncia della causa di morte, obbligo che è definito anche nella sua "forma" (comma 6), con la conseguenza che la c.d. "scheda ISTAT" costituisce lo "strumento", oltretutto vincolante (a fini di standardizzazione e di gestione del c.d. flussi statistici), attraverso cui deve necessariamente essere assolto all'obbligo della denuncia della causa di morte.

Ma, se l'art. 1 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, è norma di rango secondario, deve essere tenuto presente come esso non costituisca, né di più né di meno, se non la norma regolamentare di attuazione di obblighi presenti in norma di rango primario e che le sue diverse disposizioni abbiano natura operativa, specificativa (si pensi, a mero titolo di esemplificazione, alle specificazioni presenti all'art. 1, commi 2 e 3 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 in quanto consideranti situazioni particolari, che integrano, aggiungendo la previsione di altri comportamenti, la disposizione di ordine generale).

La norma di rango primario che viene così posta in esecuzione, in attuazione dall'art. 1 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 alno non è se non l'art. 103 T.U.L.L.SS., approvato con R. D. 27 luglio 1934, n. 1265, che stabilisce taluni obblighi – di ordine professionale – per specifiche figure.

Il testo relativo recita, testualmente:

*“Gli esercenti la professione di medico-chirurgo, oltre a quanto è prescritto da altre disposizioni di legge, sono obbligati:*

*a) a denunciare al sindaco le cause di morte entro ventiquattro ore dall'accertamento del decesso;*

*.... (omissis) ...*

*La denuncia, il cui contenuto deve rimanere segreto<sup>(4)</sup>, è fatta secondo le norme indicate dal regolamen-*

*to e non esime il sanitario dall'obbligo del referto ai sensi dell'art. 365 del codice penale e dell'art. 4 del codice di procedura penale.*

*.... (omissis) ...”*

Come si nota, destinatari dell'obbligo sono gli “*esercenti la professione di medico-chirurgo*”, formulazione che evidentemente e senza che sia necessaria altra specificazione comporta come i diversi obblighi considerati all'art.103 (di cui la denuncia della causa di morte è solo uno degli obblighi e con l'ulteriore specificazione come gli obblighi considerati allo stesso art. 103 si aggiungano, si sovrappongono ad altri, individuati da altre disposizioni di rango primario) T.U.L.L.SS. attengano al medico in quanto tale, in quanto esercente la professione in sé.

Ne consegue, come la stessa questione della qualificazione di medico “curante” non venga neppure presa in considerazione, aspetto che, per altro, trova anche corrispondenza, con altra formulazione, nell'art. 1, comma 1 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, in cui si la titolarità si collegata ad un fatto (... *morte di persona da loro assistita* ...), dove l'assistenza non può che essere se non la conoscenza da parte del medico, quale esercente la professione sanitaria, del decorso della malattia o, comunque, dell'evento che abbia causato il decesso.

#### **Le situazioni di conflittualità**

Probabilmente, molte delle situazioni che determinano conflittualità o differenti valutazioni, attengono ad aspetti del tutto differenti dal fatto di esercitare la professione medica e di avere, con rileva come, conoscenza della causa di morte (che, oltretutto, non richiede neppure una qualità di certezza scientifica, quanto una conoscenza molto meno forte (... *che, a loro giudizio, ne sarebbe stata la causa* ...<sup>(5)</sup>). Cioè attengono o possono attenersi (o trovare origine) in aspetti “classificatori” delle modalità di esercizio della professione medica, a volte anche sconfinanti in aspetti di ordine “contrattuale”, in cui giocano fattori che sono, del tutto, estranei, od esterni, al fatto che vi sia una figura che esercita la professione medica, in quanto tale, a prescindere dal contesto in cui l'esercita e dalla relative modalità. Una delle situazioni in cui questi fattori di criticità sembra essere maggiormente presente riguarda quella dei rapporti, rispetto alla titolarità (o, competenza) nella compilazione della c.d. “scheda ISTAT”, che meglio dovrebbe essere denominata per quello che è, cioè come “denuncia della causa di

le prime alle strutture incardinate nel contesto regionale, salvo che (con atto legislativo oppure regolamentare, a seconda se le questioni prese in considerazione rilevano dal punto di vista legislativo od abbiano carattere regolamentare) non regolino in modo diverso la questione. Nella specie – oltretutto – va considerata l'insussistenza di una potestà regionale trattandosi di materie rientranti in quelle considerate all'art. 117, comma 2, lett. *l), m)*, nonché *r)* Cost.

<sup>(4)</sup> Questo periodo è riportato per segnalare come l'aspetto della “segretezza” sul contenuto non sia un fattore nuovo o derivante da legislazione più o meno recente, ma fosse già presente nel T.U.L.L.SS. (e, a ben vedere, anche precedentemente). Attualmente, le operazioni di trattamento di questi dati, aventi oltretutto natura di “dati personali sensibili”, è regolata dal Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e succ. modif.), con la conseguenza che non sussiste legittimazione al trattamento (e trattamento costituisce anche la mera conservazione seppure temporanea; art. 4, comma 1, lett. *a)* D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 citato) di dati personali sensibili da parte di soggetti non pubblici (per i soggetti pubblici vi è una specifica regola-

zione) se non con il consenso dell'interessato (che, in questo ambito, non può esprimerlo essendo, generalmente, deceduto). Interesse, qui, solo segnalare come non si sia in presenza di aspetti nuovi o recenti, tutt'altro. Probabilmente, il fattore sostanziale di differenza della normativa attuale rispetto alla situazione precedente alla L. 31 dicembre 1996, n. 675 (abrogata, per essere “confluita”) nel Codice in materia di protezione dei dati personali, sopra citato), consiste nel fatto che la violazione di queste disposizione ha rilevanza penale (ed è sanzionata dall'art. 167, comma 2 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e succ. modif.).

<sup>(5)</sup> Si fa notare la relativizzazione, facendo riferimento ad un giudizio personale e ad un predicato formulato al condizionale.

morte”, tra le figure del medico di medicina generale ed i medici dei servizi di c.d. guardia medica (o, di continuità assistenziale, o altre denominazioni <sup>(6)</sup>), considerandosi, a volte, il termine di “medico curante” come pressoché sinonimo di quello di medico di medicina generale. Non va neppure sottovalutato il fatto per cui in alcune regioni sia stata scelta la modalità delle associazioni (a volte indicate come associazioni di servizio <sup>(7)</sup>) tra medici di medicina generale, sempre con finalità di continuità assistenziale <sup>(8)</sup>, situazioni nelle quali il medico che intervienga <sup>(9)</sup> in connessione ad un decesso, può essere un medico che non abbia, od affermi non avere, conoscenza, o sufficiente conoscenza, del paziente presso cui è intervenuto.

In tutte queste situazioni, occorre ricordare come non sia la peculiare qualificazione medica sulla base della quale l'esercente la professione medica agisce, quanto la disponibilità di informazioni, ancorché scarse (tanto è verso che sussiste l'istituto del riscontro diagnostico cui è possibile fare ricorso, seppure ciò avvenga del tutto raramente, proprio in situazioni di dubbia conoscenza sulla causa di morte <sup>(10)</sup>), il ché porta alla sussistenza dell'obbligo – a titolo di esempio – anche nei confronti del medico di medicina generale rispetto ai propri pa-

<sup>(6)</sup> Spesso sono presenti differenti definizioni di tali servizi, in relazione alle singole regioni cui si faccia riferimento.

<sup>(7)</sup> Come è nel caso dell'art. 45 dell'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'art. 4, comma 9, della legge n. 412/1991 e dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992, come modificato dal decreto legislativo n. 517/1993, sottoscritto il 25 gennaio 1996 e modificato in data 6 giugno 1996 (approvato con D.P.R. 22 luglio 1996, n. 484), oppure dell'art. 43 Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti pediatri di libera scelta (approvato con D.P.R. 21 ottobre 1996, n. 613).

<sup>(8)</sup> Le quali comportano che i pazienti di riferimento di un dato medico di medicina generale possano accedere, quando il medico di medicina generale di proprio riferimento, non sia accessibile (come può essere nel caso di ferie, malattie, altre tipologie di assenze, incluse quelle connesse ad attività di formazione ed aggiornamento professionale), alle prestazioni professionali di altro medico di medicina generale della medesima associazione professionale.

<sup>(9)</sup> Si usa questo termine – intervento – per evitare ulteriori fraintendimenti. Infatti, talora all'istituto della denuncia della causa di morte e a quello dell'accertamento necroscopico (su cui si interverrà di seguito) sono presenti altre terminologie, a volte del tutto prive di fondamento normativo, ma sorte nella prassi e come tali variamente percepite come cogenti, come il del tutto insussistente istituto della “constatazione di morte” (e non è fuori luogo osservare come la prassi, le abitudini assumano spesso una valenza tale da essere percepita, appunto, quasi come maggiormente cogente delle norme positive (scritte), specie quando sia venuta meno la memoria della *ratio* che, in origine, abbia determinato il sorgere di dati comportamentali, formando così la prassi). Intervento, quindi significa o visita (quale ne siano le risultanze e/o le modalità di effettuazione) al corpo del defunto o anche solamente la chiamata del medico in conseguenza della morte (non dimenticando come, in date situazioni, non manchino casi di medici di continuità assistenziale che, di fronte alla situazione del decesso, ritengono di non intervenire in quanto ... già morto, rinviando ad altre competenze o figure professionali).

<sup>(10)</sup> Art. 37, comma 2 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285; “.... *su richiesta del medico curante quando sussista il dubbio sulla causa di morte.* “

zienti, anche se siano deceduti nei periodi di continuità assistenziale e sia stato richiesto l'intervento di un medico di continuità assistenziale o, talora, non sia stato richiesto intervento medico (o questo, richiesto, sia stato ricusato). Ma, comunque, anche il medico di associazione professionale di servizio (laddove operanti) o il medico di continuità assistenziale (c.d. guardia medica) non può ruscare l'adempimento dell'obbligo, qualora abbia o possa avere elementi, anche non indiscutibili dal punto di vista scientifico che gli consentano di valutare – a suo giudizio – quale possa essere la causa, anche solo probabile, del decesso.

Tra l'altro l'obbligo, in capo agli esercenti la professione sanitaria di medico-chirurgo di cui all'art. 103 T.U.L.L.S.S. e, quindi, per le modalità, anche dell'art. 1 D.P.R. 10 settembre 1990, n.285, costituisce atto proprio dell'ufficio, in quanto esercente la professione sanitaria di medico-chirurgo, dovuto a ragioni di igiene e sanità, con la conseguenza che un indebito rifiuto connota la fattispecie (quanto meno) di cui all'art. 328, comma 1 C. P.

#### Il c.d. certificato necroscopico

Tuttavia, merita anche di essere affrontato l'aspetto del c.d. certificato necroscopico (e quanto ad esso connesso) poiché, a volte, le controversie attorno alla titolarità (o, competenza) della compilazione della c.d. “scheda ISTAT” (o, più correttamente, della denuncia della causa di morte), viene a sovrapporsi ad esso, spesso con “confusioni” di ruoli di tali documenti, rispetto a fasi di attività che, frequentemente o pressoché sempre, si esauriscono in un arco temporale molto breve.

Il certificato necroscopico altro non è se non il certificato rilasciato in seguito all'avvenuta effettuazione della visita necroscopica <sup>(11)</sup>, visita deputata all'accertamento della morte, cioè – in altri termini – all'accertamento dell'effettività della morte, attribuita alla competenza del medico necroscopo, e la cui funzione ha – sostanzialmente ed in via generalizzata – un'unica finalità, anche se possono, nel caso singolo, concorrere altre funzioni, come conseguenza della specificità della morte che rilevi a seguito delle risultanze della visita necroscopica.

Può essere importante osservare come il medico necroscopo (almeno assumendo a riferimento gli aspetti testuali) non sia investito di un obbligo di referto, ma di un

<sup>(11)</sup> A volte, ed erroneamente, non mancano situazioni in cui si denominano con questo termine un certificato contenente l'indicazione della causa di morte, indicazione che, a rigore, è presente solo nella denuncia della causa di morte (che non ha natura di certificato in senso tecnico) o, successivamente alla denuncia della causa di morte, è presente nel registro di cui all'art. 1, commi 7, 8 e 9 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, disposizioni corrispondenti, dal punto di vista sostanziali e con maggiori specificazioni operative, all'art. 1, comma 7 D.P.R. 21 ottobre 1975, n. 803 (ma anche in disposizioni precedenti) che presentava la caratteristica di individuare uno specifico ufficio a ciò competente (“... *A cura del comune presso l'ufficio di igiene dovrà essere conservato e tenuto aggiornato un registro con l'elenco dei deceduti nell'anno e relativa causa di morte.* “), costituendo con ciò la (probabilmente) unica disposizione che non attribuiva un compito al comune, quanto ad uno specifico ufficio di questo.

obbligo di riferire ad altro soggetto ai fini di adempiere all'obbligo di referto<sup>(12)</sup>, anche se, nei fatti, l'obbligo di referto, quando ne ricorrano le fattispecie, è assolto direttamente dal medico necroscopo (e ciò frequentemente, per sottrarsi a possibili imputazione di omissione).

A parte il caso delle morti che avvengano negli ospedali, che, sotto questo profilo, hanno una propria individuazione della figura di medico necroscopo<sup>(13)</sup>, la funzione del medico necroscopo è funzione propria dei medici delle A.S.L., pur se vada registrata la tendenza, da parte di alcune regioni, di estenderla anche ai medici di medicina generale, indirizzo che non ha particolare fondamento, se non quello di ottenere un esito contrastante, ed opposto, a quello voluto<sup>(14)</sup>. Altro fattore di complessità è dato dal fatto per cui le funzioni di polizia mortuaria e di medicina necroscopica siano, sotto il profilo organizzativo, attribuite in modo diverso a seconda della legislazione regionale vigente in materia di organizzazione delle A.S.L., andando ad osservare come l'attività dei medici necroscopi sia talora assegnata ai servizi d'igiene pubblica, altrove ai servizi di medicina legale, altrove ad altri servizi. Ne consegue che la stessa figura del medico necroscopo può risentire di questi aspetti, del tutto di organizzazione, magari andando a privilegiare determinati approcci piuttosto che altri. A mero titolo di esempio, nelle regioni in cui le funzioni di medico necroscopo sono attribuite, organizzativamente, al servizio di medicina legale possono registrarsi una maggiore attenzione dei medici necroscopi per quella che è la propria preparazione professionale specifica (la medicina legale), differenziandone i comportamenti rispetto alle realtà territoriali in cui la medesima funzione è attribuita al servizio d'igiene pubblica. E viceversa.

Finora, si è voluto non fare cenno alla "finalità" della visita necroscopica, limitandosi, in precedenza, a definirla come "unica finalità", in modo da approfondirla nello specifico, perché anche la finalità ha un proprio ruolo nelle relazioni funzionali tra il certificato della visita ne-

croscopica fatta, come accertamento della effettività della morte, e la stessa denuncia della causa di morte.

Se l'art. 4, comma 1 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 fa riferimento (e vi fa riferimento anche il succ. art. 6) a date disposizioni, essendo queste disposizioni state fatte oggetto di abrogazione, si fa qui riferimento a quelle attualmente vigenti, in ciò del tutto legittimati da quanto previsto dall'art. 110, comma 2 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 386<sup>(15)</sup>.

L'art. 74 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396 prevede:

*"Art. 74 (Inumazione, tumulazione e cremazione)*

*1. Non si può far luogo ad inumazione o tumulazione di un cadavere senza la preventiva autorizzazione dell'ufficiale dello stato civile, da rilasciare in carta semplice e senza spesa.*

*2. L'ufficiale dello stato civile non può accordare l'autorizzazione se non sono trascorse ventiquattro ore dalla morte, salvi i casi espressi nei regolamenti speciali, e dopo che egli si è accertato della morte medesima per mezzo di un medico necroscopo o di un altro delegato sanitario; questi deve rilasciare un certificato scritto della visita fatta nel quale, se del caso, deve indicare la esistenza di indizi di morte dipendente da reato o di morte violenta. Il certificato è annotato negli archivi di cui all'articolo 10.*

*3. In caso di cremazione si applicano le disposizioni di cui agli articoli 79 e seguenti del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285."*

Dall'art. 74, comma 2 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396, emerge come sia la figura dell'Ufficiale dello stato civile ad "accertarsi"<sup>(16)</sup> della morte (anche in questo caso, si dovrebbe dire: dell'effettività della morte), anche se tale "accertamento" non costituisce un accertamento diretto, ma ha luogo "per mezzo" di un medico necroscopo, collocando la figura di questo ultimo come strumentale rispetto a quella dell'Ufficiale dello stato civile, per quanto riguarda il procedimento di rilascio delle autorizzazioni all'inumazione o, distintamente, alla tumulazione. In altre parole la finalità della visita necroscopica, in quanto volta all'accertamento (dell'effettività) della morte e il conseguente rilascio del certificato della visita fatta è in funzione, strumentale, di consentire, concorrendo anche le condizioni di ordine temporale per provvedervi, all'Ufficiale dello stato civile il rilascio dell'autorizzazione di competenza di quest'ultimo, in relazione alla pratica funeraria caso per caso richiesta. A tal proposito, merita di essere ricordata anche la sentenza della Corte di Cassazione, Sez. V<sup>^</sup>, sent. n. 36778 del 3 ottobre-7 novembre 2006, che ha definito il medico necroscopo quale un "delegato" dell'Ufficiale dello stato civile: sarebbe stato preferibile la qualificazione di "ausiliario" (il termine "delegato" era per altro presente

<sup>(12)</sup> Art. 4, comma 3 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285. Analoga era la situazione della corrispondente disposizione del D.P.R. 21 ottobre 1975, n. 803, nonché del R. D. 21 dicembre 1942, n. 1880, senza andare ulteriormente a ritroso nella normativa regolante la materia.

<sup>(13)</sup> Art. 4, comma 2 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285.

<sup>(14)</sup> Tendenzialmente, tale indirizzo è stato argomentato come volto al contenimento degli oneri di spesa in capo alle A.S.L. (e non si affronta qui la delicatezza del problema che potrebbe sorgere per il fatto che la sovrapposizione tra la figura del medico di medicina generale e quella di medico necroscopo in casi, eccezionali e marginali, di male pratiche mediche), obliterando il fatto che le prestazioni di polizia mortuaria (e l'accertamento necroscopico vi rientra, mentre non vi rientra punto l'assolvimento dell'obbligo della denuncia della causa di morte) siano escluse dall'ambito di applicazione della Convenzione generale (Accordo collettivo nazionale) di medicina generale, per cui le relative prestazioni vanno, o dovrebbero essere, corrisposte distintamente da questa, ma anche il fatto che tra le prestazioni afferenti ai L.E.A. sono - espressamente - considerate le funzioni di polizia mortuaria, tra le funzioni. G. 1) d'igiene e sanità pubblica, 1.3) Tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita, dove è presente la voce "Controlli e vigilanze in materia di polizia mortuaria e medicina necroscopica" (D.P.C.M. 29 novembre 2001).

<sup>(15)</sup> Il cui tenore testuale è: "2. Quando in leggi, regolamenti o altri atti normativi sono richiamate disposizioni dell'ordinamento dello stato civile di cui al regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, il richiamo si intende effettuato alle corrispondenti norme del presente regolamento."

<sup>(16)</sup> Funzione che spesso non è colta neppure dagli Ufficiali dello stato civile e comprensibilmente, almeno da un certo punto di vista.

nell'art. 385, comma 2 C.C. del 1865 e, visto che i giudici della Corte Suprema non sono giovanissimi, forse si tratta di ricordi di gioventù). Anche se sarebbe del tutto preferibile parlare di "ausiliario" poco muta sul fatto che le attività necroscopiche, considerate all'art. 4 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 (e al suo comma 1, pur se con il riferimento a norma antecedente a quella attuale, lo conferma) abbiano come unica finalità quella di presupposto, con condizioni di ordine temporale, al rilascio delle autorizzazioni considerate all'art. 74 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396.

Tra l'altro, e per inciso, l'attività dell'Ufficiale dello stato civile in materia di rilascio di tali autorizzazioni non è, a rigore, esercizio di una funzione propria del servizio di stato civile (attenendo a questo servizio i compiti individuati dall'art. 5 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396 e, prima di questo, dagli artt. 446 e ss. C. C. ), quanto una funzione di polizia mortuaria<sup>(17)</sup> attribuita – *uti singuli* – alla figura dell'Ufficiale dello stato civile, pur se funzione estranea al servizio dello stato civile. Si tratta di una previsione che ha derivazioni storiche molto lontane, quando, in epoca immediatamente post-Unitaria, Ufficiale dello stato civile era esclusivamente il sindaco (che assolveva anche alle funzioni di autorità locale sanitaria) e non sussisteva la possibilità di delega a personale del comune, né altre situazioni nel tempo venutesi a determinare<sup>(18)</sup>.

Se il certificato della visita necroscopica è in funzione del rilascio, in concorrenza delle condizioni temporali, delle autorizzazioni considerate all'art. 74 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396, ai fini delle registrazioni di morte, queste si proprie del servizio dello stato civile portando alla formazione dell'atto di morte, non è richiesta alcuna "documentazione, comunque denominata, alla luce dell'art. 72 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396, essendo necessaria solo la dichiarazione di persona a ciò legittimata, nei casi considerati dai commi 1 e 2, o l'avviso, nei casi considerati dal comma 3.

Si nota come la denuncia della causa di morte, la c.d. "scheda ISTAT", non sia proprio funzionale né alla formazione dell'atto di morte, né al rilascio delle autorizzazioni considerate dall'art. 74 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396.

È ben vero che, nella realtà operativa di tutti i giorni, poiché si è in presenza di adempimenti, obblighi, registrazioni e quanto altro che si svolgono in un arco temporale estremamente contenuto, si può anche essere formata la prassi della contestuale disponibilità, che può rispondere a criteri di funzionalità e di efficienza, anche

quanto – a stretto rigore formale – non vi sia relazione tra i diversi istituti, come è anche vero che la stessa "scheda ISTAT" presenta una parte destinata alla compilazione da parte del medico curante e altra parte destinata alla compilazione da parte dell'Ufficiale dello stato civile: anche in questo ultimo caso, vi sono motivazioni di ordine storico<sup>(19)</sup>.

Non rileva molto considerare come il termine per la denuncia della causa di morte sia previsto quale decorrente dall'accertamento della morte<sup>(20)</sup>, anziché dalla morte, pur se merita di essere richiamato il fatto che talora, specie nelle regioni in cui il servizio di medicina necroscopica sia affidato, organizzativamente, ai servizi di medicina legale, vi sia una tendenza da parte dei medici necroscopi (in questo caso, "anche" medici legali) ad esigere la presenza della c.d. "scheda ISTAT" al momento della visita necroscopica, ritenendo che, in difetto, non vi sarebbero le condizioni per lo svolgimento dell'attività (e, forse, ciò potrebbe anche essere comprensibile se si consideri l'attività di medicina legale, meno o nulla se si consideri l'attività di medicina necroscopica<sup>(21)</sup>).

Si tratta di aspetti che vanno affrontati, temperando i differenti, del tutto differenti ruoli e funzioni di tale documentazione, ma anche ricercando, meglio se al di fuori delle mere prassi, quelle esigenze di funzionalità e snellezza che, oltretutto, non sono incoerenti con le necessarie distinzioni concettuali (pur se, di tanto in tanto, si registrino prese di posizione "puntigliose", spesso basate, oltretutto, su abitudini e prassi carenti di fondamenti normativi).

<sup>(19)</sup> Prima che fosse adottato l'attuale modello di "scheda ISTAT", formato in due esemplari, uno dei quali destinato all'A.S.L. e l'altro al comune (ma, nei fatti, destinato ad entrare nei c.d. "flussi delle informazioni statistiche", tanto che i comuni provvedono alla spedizione di tali modelli nel mese successivo a quello a cui si riferiscono, con termini specificati a questo fine), si era registrato un intervento da parte di alcune (3) regioni presso il Ministero di grazia e giustizia (allora titolare della c.d. alta vigilanza sul servizio dello stato civile) e l'ANCI, per ottenere dai comuni copia, o fotocopia, delle "schede ISTAT", con la conseguenza che l'ISTAT rilevando non solo un'esautorazione del proprio ruolo, ma anche violazione di norme, a rilevanza penale, sul segreto statistico e sulla segretezza delle notizie concernenti le cause di morte (ma anche affermando, esplicitamente, come ritenesse di non poter dismettere i comuni come soggetti nei "flussi delle informazioni statistiche" per sostituirli, in questa materia, con le regioni, sulla considerazione che l'affidabilità dei comuni era testata, mentre quella delle regioni non solo non lo era proprio, ma presentava aspetti che potevano condurre ad esiti deleteri), ha sollevato la questione, portando la Presidenza del Consiglio dei Ministri a richiedere un parere al Consiglio di Stato, sulla natura e qualificazione della causa di morte (e della "scheda ISTAT" relativa). Tra l'altro, la vicenda "spiega" le motivazioni dell'art. 1, comma 9 D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, disposizione che non trova corrispondenza nelle norme antecedenti, essendo stata inserita proprio in conseguenza di questa vicenda e tenendo conto del parere allora espresso dalla Sezione I<sup>^</sup> del Consiglio di Stato.

<sup>(20)</sup> Il ché – a stretto rigore, sempre formalmente parlando – porterebbe a considerare il termine come decorrente dalla avvenuta visita necroscopica.

<sup>(21)</sup> In altre parole, ciò appare essere il portato della sovrapposizione di due figure, ben diverse, ma anche della difficoltà nel distinguere tra le due, quando concorrano nella medesima persona e figura professionale.

<sup>(17)</sup> Funzioni che, nell'ambito delle competenze dei comuni attono alle funzioni amministrative considerate dall'art. 13 D.Lgs. 18 agosto 2000, n.267 e succ. modif.

<sup>(18)</sup> Nel complesso delle disposizioni che regolano il servizio di stato civile non mancano (e non si tratta di casi limitati) norme che, avendo altrettante "radici storiche", sono ancora regolate come se le modificazioni storiche originarie non fossero state – profondamente – modificate. Si cita un solo altro esempio: la situazione del nato-morto (art. 30, comma 5 ed art. 37, commi 1 e 2 D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396, previsioni che erano state del tutto superate in ben lontana epoca e che avrebbero dovuto non essere neppure presenti, quanto meno, neppure nel R. D. 9 luglio 1939, n. 1238.