Attualità Linee guida per la prevenzione del rischio biologico nel settore dei servizi necroscopici, autoptici e delle pompe funebri

di Carmelo Passalacqua (*)

Premessa

La primavera scorsa il Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, ha predisposto un apposito documento dal titolo “Linee guida per la prevenzione del rischio biologico nel settore dei servizi necroscopici, autoptici e delle pompe funebri” con il quale vengono date indicazioni operative, in certi casi anche di dettaglio, finalizzate, per l'appunto, a prevenire il rischio biologico a cui è soggetto chi, a vario titolo, si occupa della manipolazione dei cadaveri, a partire dal medico che constata il decesso, sino agli operatori di pompe funebri e a quelli obitoriali, nonché, nel caso di autopsia ai medici patologi incaricati dell'operazione.

Nel suddetto documento vengono stabilite altresì le procedure e i comportamenti a cui ciascuna categoria di operatori deve attenersi per una efficace prevenzione del rischio biologico e vengono individuati i dispositivi di protezione individuale ritenuti più idonei, da utilizzare per ogni tipologia di operazioni; le linee guida, partendo dall'assunto che la disinfezione costituisca una misura di protezione collettiva ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, danno, infine, un ampio risalto alle operazioni di disinfezione e sanificazione di locali e attrezzature, individuando prodotti e agenti germicidi specifici in relazione alla diversa resistenza dei vari microrganismi.

Agli inizi di maggio il suddetto documento è stato trasmesso alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di

Trento e Bolzano per l'approvazione ai sensi dell'art 2, comma 1, lett. z) del D.Lgs. 81/2008; l'articolo è stato quindi esaminato dalle singole Regioni e Province autonome che, tramite il Coordinamento interregionale in sanità, hanno provveduto ad evidenziare qualche osservazione e proposta di modifica. Nel corso di una riunione tecnica tra il Ministero della salute e i rappresentanti delle Regioni svoltasi l'11 ottobre sono state concordate alcune modifiche al testo, peraltro piuttosto esigue e di dettaglio, che sono state poi recepite nel nuovo articolato ritrasmesso alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano che lo ha definitivamente approvato nella seduta del 9 novembre.

Il documento si articola in nove punti che spaziano dal rischio biologico in caso di morte naturale in abitazione o struttura ospedaliera al riscontro autoptico, ai decessi da causa violenta alla sorveglianza sanitaria e alle attività di formazione e prevenzione; le linee guida contengono inoltre delle brevi premesse generali, un quadro normativo e dei cenni epidemiologici e sono altresì corredate da tre appendici di cui la prima riservata alle pratiche adottate per lavorare in sicurezza nelle sale settorie di preparazione e di esposizione, mentre la seconda si occupa dei principali disinfettanti, e la terza, tabella di Siroh, contiene dei dati statistici riferiti agli ultimi 15 anni relativi agli incidenti percutanei e mucocutanei accorsi alle varie figure mediche e paramediche operanti in anatomia patologica o nelle camere mortuarie.

Il rischio biologico in caso di morte naturale in abitazione o in struttura ospedaliera

I primi tre punti del documento contengono rispettivamente le premesse generali (punto 1), le disposizioni normative (punto 2) e alcuni cenni epidemiologici (punto 3), mentre con il punto 4 si entra nel vivo della questione affrontando tutti gli aspetti connessi alle misure di prevenzione per la corretta gestione del rischio biologico in caso di morte naturale in abitazione o in struttura ospedaliera o sanitaria residenziale o di degenza.

Prima di esaminare nel dettaglio quanto contenuto in questo articolo appare interessante riportare qualche osservazione in merito ai primi tre punti sopracitati; in particolare si legge nelle premesse che il rischio di contrarre una malattia infettiva da parte degli addetti ai servizi autoptici, necroscopici e di pompe funebri, a causa di incidenti che si possono verificare durante lo svolgimento delle diverse attività è noto e ben documentato dalla letteratura medica già da molto tempo, e che pertanto in ottemperanza ai principi di precauzione, **“tutti i soggetti deceduti devono essere considerati potenzialmente infetti per chiunque ne venga a contatto diretto a qualsiasi titolo”**; l’obiettivo dichiarato e perseguito dalle linee guida è quindi quello di evidenziare nello svolgimento delle varie attività i punti critici a maggior rischio di trasmissione di malattie infettive per i quali risulta necessario garantire standard ambientali minimi e misure organizzative adeguate a minimizzare il rischio.

Nei “cenni epidemiologici “ si legge invece che “sussiste un rischio concreto “ di contrarre una malattia infettiva in tutte le attività lavorative con le quali esista la possibilità di venire a contatto con sangue o altri liquidi biologici e che il contatto con gli agenti patogeni può avvenire per esposizione diretta come nel caso di punture accidentali con aghi, bisturi o altri strumenti taglienti contaminati o per esposizione indiretta come nel caso di inalazione di aerosol nel corso dello svolgimento di autopsie.

Ritornando al punto 4 delle linee guida dal titolo **“Procedure attuate, punti critici e misure di prevenzione per la corretta gestione del rischio biologico in caso di morte naturale in abitazione o in struttura ospedaliera o sanitaria residenziale o di degenza”** vengono individuati, quali soggetti esposti al rischio, medici, infermieri, operatori di pompe funebri, operatori dell’obitorio e in qualche caso anche i vigili del fuoco, e per ciascun soggetto vengono elencate le attività che ciascuno è chiamato a svolgere, i punti critici della procedura e le misure

di prevenzione e le procedure da utilizzare ivi compresi i dispositivi di protezione individuale da indossare.

Per quanto riguarda in particolare le singole procedure al punto 4.1 **“Constatazione di decesso”** vengono elencate le varie attività cariche del medico chiamato a constatare il decesso e viene individuato quale punto critico della procedura l’ispezione manuale della salma per il possibile contatto con liquidi organici ed eventuale contaminazione esterna dei dpi e della modulistica utilizzata. Viene quindi individuata quale idonea misura di prevenzione il corretto utilizzo dei d.p.i., di cui viene riportata una completa e puntuale elencazione, a protezione delle varie parti del corpo soggette ad esposizione (occhi e mucose, vie respiratorie, mani e arti inferiori). Rispetto alle attività del medico va osservato come sia previsto sempre quale prima operazione l’effettuazione di un EGC di durata non inferiore a 20 minuti continuativi per accertamento della morte, cosa che desta qualche perplessità perché *nulla questio* se il decesso è avvenuto in una struttura ospedaliera ma nel caso di decesso in abitazione privata o sulla pubblica via appare alquanto problematico procedere in tal senso, specie quando si interviene in orari notturni dove opera la continuità medica (guardia medica o 118).

Il punto 4.2 disciplina la procedura di preparazione della salma (da una prima lettura sembrerebbe che si riferisca solo ai decessi in ospedale prima del trasferimento dal reparto alla morgue, ma leggendo più attentamente specie i passaggi in cui si parla di decessi in ospedali si comprende che la procedura interessa tutti i casi); le attività contemplate riguardano la rimozione di aghi, cannule, deflussori e cateteri, qualora presenti, la raccolta degli effetti personali e la sistemazione della salma in un lenzuolo o in body bag per evitare la dispersione di materiali biologici. In questo contesto preme osservare come non sia prevista l’eventuale rimozione dalla salma del pace maker operazione pressoché obbligatoria se la destinazione è la cremazione posto che quasi tutti i gestori di impianti prima di procedere con la cremazione, per evitare danni alla struttura derivanti da possibili microesplosioni delle pile, richiedono una dichiarazione dalla quale si evince che il defunto non era portatore di tale apparecchio ovvero che il medesimo è stato rimosso prima del trasferimento all’impianto,

Anche in questo caso analogamente alla procedura precedente i punti critici sono rappresentati dal possibile contatto con liquidi organici provenienti da

percolazioni o da lesioni che si possono verificare nella rimozione di dispositivi medici o per la presenza di oggetti taglienti o pungenti fra gli indumenti del defunto e di conseguenza il corretto utilizzo dei dpi rappresenta una idonea misura di prevenzione.

Le altre procedure previste dal punto 4 riguardano rispettivamente il trasferimento della salma dal reparto alla morgue (4.3), la sanificazione (4.4) e la gestione della salma nella morgue (4.5). Per quanto riguarda il trasferimento e la gestione della salma nella morgue valgono le stesse regole appena illustrate e segnatamente il corretto utilizzo dei d.p.i. per evitare l'eventuale contatto con i liquidi biologici; la procedura di sanificazione stabilisce invece che dopo il trasferimento della salma si provveda alla sanificazione di tutte le superfici interessate e di tutto il materiale riutilizzabile nonché allo smaltimento dei rifiuti. Il personale della morgue provvede qualora non sia stato effettuato l'ECG a collocare la salma nel deposito di osservazione con le consuete modalità tali da non ostacolare eventuali manifestazioni di vita. Al termine del periodo di osservazione trasferisce la salma presso la camera ardente o la affida ai familiari per la predisposizione del funerale raccomandando in entrambi i casi ai familiari di evitare il contatto fisico con la salma e informandoli dei possibili rischi derivanti dal contatto (queste precauzioni potrebbero sembrare eccessive specie nel caso di decesso non problematico se raffrontate con quanto accade in caso di decesso in abitazione dove i familiari possono procedere alla vestizione e manipolazione del cadavere senza alcuna limitazione).

Nel caso di richiesta di riscontro autoptico il personale provvede al trasferimento della salma nelle celle frigo della sala settoria seguendo i percorsi pre stabiliti.

Riscontro autoptico

Il punto 5 delle linee guida dal titolo "*Riscontro autoptico e sezione della salma in sala settoria*" affronta quindi la procedura e i rischi correlati per l'effettuazione di autopsie e riscontri diagnostici, trattasi di un passaggio piuttosto complesso e articolato che riguarda peraltro il personale medico o paramedico incaricato dell'intervento e quanti sono successivamente chiamati per le operazioni di ricomposizione e trasferimento della salma nonché di sanificazione dei locali.

L'attività è considerata ad alto rischio in quanto oltre all'esposizione a rischio infettivo durante l'ispezione esterna dovuta all'eventuale contatto con liquidi biologici, l'apertura della cavità cranica, della cavità toracica e di quella addominale risultano particolarmente rischiose sia per gli strumenti utilizzati ma anche per la liberazione di polveri ossee a rischio di inalazione o di schizzi.

Proprio in considerazione dell'alto rischio insito nello svolgimento della suddetta attività le misure di prevenzioni risultano essere piuttosto puntuali e stringenti: prima di entrare nel cosiddetto "locale filtro" gli operatori devono rimuovere anelli, bracciali, orologi, monili e pendenti e verificare l'assenza di lesioni cutanee agli arti superiori e, in caso positivo, astenersi dall'effettuare l'operazione e indossare quindi tutti i dispositivi di protezione individuale previsti per tale attività che vanno dagli occhiali protettivi al filtrante respiratorio oltre alle tute, calzature dedicate, cuffia, grembiule impermeabile e doppi guanti di cui uno antitaglio, se necessario.

Particolare attenzione viene poi riservata alle condizioni di pulizia e disinfezione che devono essere assicurate al termine dell'autopsia: trattasi di descrizioni molto dettagliate e puntuali che spaziano dalla pulizia dei locali a quella delle attrezzature distinte in sterilizzabili, non sterilizzabili e monouso nonché dei d.p.i. riutilizzabili quali per esempio stivali e visiere che dopo ogni utilizzo devono essere decontaminati, puliti e disinfettati, mentre quelli monouso devono essere gestiti come rifiuti sanitari pericolosi. L'articolato fornisce poi alcune raccomandazioni procedurali in caso di tagli o punture accidentali con oggetti contaminati, si sofferma sulle caratteristiche che devono possedere i dispositivi di protezione individuale e da precise indicazioni sui prodotti e le metodologie da adottare per la pulizia e la disinfezione.

Rischio biologico in caso di morte violenta e livelli minimi di sicurezza ambientale

Il punto 6 delle linee guida "*Attività a rischio per decessi da causa violenta in ambienti esterni, punti critici nell'esecuzione delle attività e misure di prevenzione*" affronta la questione dei decessi per morte violenta o ancorché per morte naturale allorché l'evento si sia verificato in ambiente extra-sanitario. In questi casi i soggetti esposti al rischio risultano essere quelli che a vario titolo sono chiamati ad intervenire sul luogo del decesso a partire dalle forze dell'ordine al medico legale, agli infer-

mieri, vigili del fuoco e operatori di pompe funebri prima e dell'obitorio dopo.

Nella fattispecie oggetto di esame il rischio di esposizione, per la mancanza di informazioni atte ad escludere la presenza di malattie diffuse contagiose, deve indurre ad usare, in via precauzionale, maggiori cautele rispetto ai casi ordinari, e a maggior ragione allorché si sia in presenza di un cadavere in avanzato stato di decomposizione cosa che potrebbe comportare anche la presenza di larve o insetti ovvero il corpo potrebbe recare segni lasciati da animali (ratti, topi, cani randagi) che potrebbero aver veicolato degli agenti infettanti.

Come negli altri casi esaminati prima punto critico della procedura e la possibilità di venire a contatto con sangue ed altri liquidi organici sia da parte di chi interviene per il primo esame, ma anche per gli addetti alla successiva movimentazione; come è ovvio la misura di prevenzione è costituita da un corretto utilizzo di adeguati dispositivi di protezione individuale, da una successiva ed accurata igiene delle mani e da un corretto smaltimento dei rifiuti.

Al punto 7 del documento *“Livelli minimi di sicurezza ambientale ed organizzativa compatibili con lo svolgimento sicuro dell'attività per le strutture necroscopiche e funerarie”* viene per l'appunto affrontato il tema dei livelli di rischio insiti nelle attività necroscopiche e funerarie, secondo la classificazione contenuta negli allegati al D.Lgs. 81/2008.

L'aspetto più rilevante e per certi versi innovativo è il passaggio laddove si afferma che in generale tutte le strutture, che siano esse di nuova costruzione o preesistenti, dovrebbero essere suddivise in aree sporche, aree pulite e zone di passaggio. Questa suddivisione costituisce il fulcro centrale dell'articolo: per ogni tipologia di area vengono individuati i locali e le sale che appartengono ai singoli gruppi e per ogni sala i requisiti minimi e le procedure da adottare per il loro corretto utilizzo.

Nelle aree sporche rientrano la sala settoria, il locale tecnico sporco ovvero la sala di preparazione delle salme e le celle frigorifiche per la conservazione dei corpi mentre vengono considerate aree pulite la sala di aspetto e di ricevimento, la stanza di osservazione per il riconoscimento della salma, gli uffici, e la sala di esposizione della salma. Le zone di passaggio dovrebbero essere collocate tra le aree pulite e quelle sporche per permettere allo staff e ai visitatori di indossare gli abiti appropriati alle attività che devono svolgere prima di entrare nelle aree o di spostarsi dall'una all'altra. Al punto 7 risulta allegata l'appendice n.1 riportante degli esempi di prati-

che adottate per lavorare in sicurezza nelle sale settorie e in quelle di preparazione e esposizione delle salme. In particolare in questo documento vengono analizzate piuttosto minuziosamente diverse operazioni quali gli esami necroscopici e la sezione del cadavere oltre al lavaggio della salma e alla vestizione con indicazioni precise agli operatori su procedure e comportamenti da osservare.

Gli ultimi due punti del documento si occupano della sorveglianza sanitaria degli operatori (punto 8) e della formazione ed attività di prevenzione (punto 9). Esse non aggiungono nulla di nuovo rispetto al previgente quadro normativo circa la sorveglianza sanitaria da parte del medico competente a parte una forte raccomandazione nei casi di assenza di condizioni di immunità, della vaccinazione anti-epatite b e della trivalente dtp. Come già anticipato precedentemente le linee guida contengono anche tre appendici: la prima relativa agli esempi di pratiche adottate per lavorare in sicurezza abbiamo già esaminata nel contesto del punto 7 mentre l'ultima tabella di Siroh contiene l'andamento statistico degli incidenti cutanei capitati agli operatori di anatomia patologica e camere mortuarie dal 2003 al 2014. L'appendice n 2 dal titolo *“Principali disinfettanti”* può essere considerata alla stregua di una scheda tecnica dei prodotti necessari per la disinfezione enunciando per ciascun gruppo i principi attivi, le modalità d'uso e le precauzioni da osservare per il loro utilizzo. I gruppi di disinfettanti esaminati nella scheda sono i composti del cloro, i fenoli, gli alcoli, i disinfettanti a base di perossido di idrogeno e la glutaraldeide.

Conclusioni

Indubbiamente queste linee guida si muovono nell'ottica di rafforzare ulteriormente la sensibilità e l'attenzione verso la prevenzione degli infortuni sul lavoro con riferimento all'esposizione al rischio biologico. Preme peraltro rilevare che, per quanto riguarda gli operatori del settore funebre e cimiteriale, relativamente alle attività cui sono preposti (prelievo, trasporto al deposito di osservazione, vestizione e preparazione della salma, incasso, funerale e avvio alla sepoltura o cremazione) non sembra che le medesime aggiungano particolari novità rispetto alle normali precauzioni già in atto sulla scorta del documento di valutazione dei rischi che ogni azienda dovrebbe già aver adottato in ottemperanza alla normativa previgente. Mi sembra invece di poter cogliere, da profano, un appesantimento, con procedure più pregnanti e di dettaglio,

relativamente all'aspetto medico specie per quanto attiene a camere mortuarie e autopsie.

Come ho avuto modo di accennare precedentemente alcuni passaggi presentano qualche criticità o perplessità: dubito per esempio, in merito agli oneri a carico del medico che constata il decesso, che con l'attuale organizzazione, in cui molto spesso la funzione di constatazione di morte è affidata alla continuità medica, chi interviene possa adempiere correttamente tutti gli 8 punti in esso previsti ivi compreso un ECG non inferiore a 20 minuti; laddove poi si parla poi di rimozione di aghi, cannule, diffusori e cateteri non si fa alcun cenno alla rimozione del pacemaker, operazione pressoché obbligatoria in caso di cremazione : non è dato quindi sapere chi deve fare detta operazione e come.

Non esiste poi nessun protocollo specifico in caso di defunti appartenenti a religioni che prevedono un particolare trattamento del corpo (come nel caso, a titolo esemplificativo, del rito islamico, sempre più frequente al giorno d'oggi, che prevede il lavaggio del corpo).

Manca poi qualsiasi indicazione circa la procedura per il prelievo e la conservazione di liquidi biologici e annessi cutanei secondo quanto previsto dall'art 3, lett. h) della legge 130/2001, obbligo ribadito da una recente circolare ministeriale. Per quanto riguarda l'aspetto obitoriale non è poi evidenziata alcuna procedura in merito all'attività di tanatoprassi o tanatocosmesi ammissibile così come non è presente alcuna indicazione circa le modalità di gestione dei vestiti dei defunti che a volte vengono richiesti dai parenti.

Particolarmente complessa appare la gestione delle autopsie e delle relative sale, specie per le strutture già esistenti, in cui diventa problematica la netta separazione tra le aree sporche e quelle pulite come identificate al punto 7.

Da operatori del settore a contatto quotidianamente con il dolore dei parenti ci sembra invece dall'altro canto piuttosto eccessivo, anche se se ne comprendono le ragioni, avere tutta questa paura per i morti "normali" cioè senza un reale rischio di trasmissione di malattia infettiva. Raccomandare addirittura ai parenti di non toccarli appare veramente disumano oltre che eccessivo specie se si considera che una famiglia può gestire il defunto come gli pare se lo tiene in abitazione mentre viene trattato come un potenziale ordigno esplosivo se collocato in altre strutture che siano essi depositi di osservazione, camere ardenti e obitori.

Forse sarebbe opportuno mantenere il massimo della rigidità nei casi di defunti infettivi o la cui causa di morte non sia stata accertata e ridurre le incombenze per i defunti qualificati come "normali" evitando di indossare mascherine, tute e protezioni varie che risultano piuttosto impattanti agli occhi dei familiari dei defunti: è chiaro che in questo caso occorrerebbe attivare e obbligare una efficace comunicazione di rischio fra strutture sanitarie e obitoriali in modo da poter avere tutti gli elementi per attivare un protocollo oppure l'altro.

Sono convinto peraltro che queste criticità, strada facendo, possano essere superate e risolte con estrema facilità, e pertanto non possiamo che auspicare una pronta attuazione di quanto contenuto nelle linee guida che pur non introducendo, come ho avuto modo di dire, grosse novità nel quadro normativo in merito alla prevenzione e alla sicurezza sui posti di lavoro, hanno il grande pregio di uniformare e omogeneizzare su tutto il territorio i criteri per la valutazione del rischio biologico con l'individuazione per ogni operazione dei dpi idonei evitando così che per una analoga operazione da una parte l'operatore indossi la mascherina di tessuto e dall'altra il facciale filtrante.

(*) *Responsabile dei Servizi Funerari del Comune di Trento*