

Approfondimenti

Il fattore ‘rischio’ nei servizi necroscopici alla luce delle recenti linee guida ministeriali

di Carlo Ballotta, Mauro Ugatti (*)

“Ἐν ἀρχῇ ἦν ὁ λόγος”, ossia, come recita il celebre prologo del Santo Evangelo, secondo Giovanni, redatto nell’antica lingua ed alfabeto greco, dunque: “In principio era il Verbo”... Più prosaicamente, nel nostro tanto vilipeso comparto funerario: in origine vi fu documento per la semplificazione e revisione delle procedure sanitarie divenute – ed è vox populi – da tempo inveterato obsolete, di cui al provvedimento 9 febbraio 2006, assunto dai Presidenti delle Regioni ex art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 28, cui le Regioni stesse, in ordine sparso, attingono abbondantemente e “motu proprio” per riformare “dal basso” e senza un criterio ordinatore ed univoco la polizia mortuaria, con le enormi storture ed i potenziali conflitti d’attribuzione dovuti ad una dissennata deregulation, di cui tutti noi, umilissimi lavoratori del post mortem, siamo ancora vittime illustri (?). Finalmente, dopo questa ridda e congerie di leggi regionali, regolamenti e semplici delibere di giunta o, ancora, atti dirigenziali, lo Stato Centrale riprende davvero a trattare la nostra (“Odi et amo”, secondo il celebre verso di Catullo) vituperata ed angariata materia con alcune precise istruzioni tecniche di taglio prettamente operativo.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, con atto n. 198/CSR del 9 novembre 2017, ha approvato le “Linee guida per la prevenzione del rischio biologico nel settore dei servizi necroscopici, autoptici e delle pompe funebri”.

Il testo, di contenuto prescrittivo, è attuativo delle disposizioni del D.Lgs. 9 aprile 2008, n. 81 e s.m.i “Implementazione dell’art. 1 della L. 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro”. Esso affronta in dettaglio, anche per quanto attiene all’uso di D.P.I. ed all’impiego di disinfettanti e prodotti consimili, numerosi aspetti (pure dal lato delle cautele da porre in essere nelle operazioni che comportino rapporti, anche occasionali, o strumentali ad altri interventi più invasivi e cruenti, con il cadavere, inteso come corpo umano, irreversibilmente privo delle funzioni vitali, nelle fasi dell’immediato *post mortem*).

Si ritiene che alle prefate precauzioni, a volte, forse persino un po’ ultronee, in certi frangenti almeno, si debba ottemperare fino al debito confezionamento del

feretro (quando, cioè dovrebbe cessare la potenziale criticità igienico-sanitaria; ogni defunto, infatti, è potenziale latore di agenti patogeni!), in relazione alla tipologia del trasporto funebre ed alla sua destinazione ultima. In questa breve analisi muoviamo da lontano; traiamo, quindi, spunto, per tale sintetico saggio tematico, da un rapporto, invero, un po’ vetusto, ma sempre attuale, stilato dall’A.S.L. Città di Milano ex U.S.S.L. 38 (referente Signora Susanna Cantoni) risalente all’ormai lontano 1996 e liberamente reperibile online; ecco, allora, alcune considerazioni sul profilo di rischio insito nella normale azione di polizia mortuaria. Con questo lavoro ci concentreremo particolarmente sui pericoli che corre quotidianamente chi lavora nei servizi necroscopici (ed anche funebri, anni addietro, difatti, comune era la tendenza a sovrapporre, anche semanticamente, questi due ambiti oggi, più correttamente distinti, dal punto di vista funzionale).

Premessa: il termine generico di “polizia mortuaria” ha ormai diverse accezioni: alcuni commentatori, preferendo articolare la materia funeraria su tre autonomi livelli (1. necroscopico, 2. Funebre, 3. cimiteriale), lo



Figura 1 – Anche nelle operazioni di tanatocosmesi, dopo la preventiva igienizzazione della salma, i guanti in lattice sono uno strumento indispensabile di protezione

interpretano, ormai, quale servizio complesso, comandato dalla direzione dei singoli obitori che ha come “mission” postrema ed ontologica la gestione del dislocamento delle salme e del loro luogo di stazionamento, da quelle che devono essere sottoposte ad autopsia a quelle, invece, pronte per la sepoltura (da intendersi in senso ampio, cioè cremazione compresa). Altre normative più evolute, (si veda, ad esempio, l’art. 1 comma 3 lett. f) L.R. Emilia-Romagna 29 luglio 2004 n. 19) rispetto al Regolamento Nazionale di Polizia Mortuaria, vedono nella c.d. e semplice polizia mortuaria, osservata in un modello “esplosivo” ed a tre dimensioni, le sole funzioni amministrative, strettamente pubbliche, e quindi, anche sanzionatorie, di supervisione, vigilanza e controllo sul fenomeno funerario, svolto sempre più da soggetti privati, ancorché autorizzati all’esercizio dal Comune che resta, pur sempre il titolare ultimo di questa composita fattispecie giuridica. In Italia – oggi – detto servizio indispensabile ed indifferibile è non delegato un apposito corpo di diritto pubblico (come, erroneamente, il vocabolo “polizia” di derivazione settecentesca, potrebbe far capire o intendere ... almeno oggi, una volta decaduta, *ex lege*, la privativa comunale sui trasporti funebri dall’1/1/2002 (art. 35, comma 12, lett. g) L. 28/12/2001, n. 448), ma *ex D.M.* 28 maggio 1993, e giusta le fonti sovraordinate, nonché temporalmente successive, di cui all’D.P.R. 31/1/1996, n. 194 (per il versante contabile, poi a sua volta anch’esso parzialmente abrogato da ulteriori atti aventi valore legislativo), nonché all’art. 3, comma 1, lett. a), n. 6 D.Lgs. 26/11/2010, n. 216, l’art. 21, comma 3 L. 5/5/2009, n. 42, senza poi considerare, l’ultimo, in ordine cronologico, D.P.C.M. 22/12/2017 è dovere istituzionale del Comune il quale deve garantire tali prestazioni in economia diretta, cioè con propri uomini e mezzi, o tramite le forme di gerenza enumerate dall’art. 113 D.Lgs. 267/2000.

Entrando, in fine, in *medias res*, la struttura obitoriale comporta l’impiego delle seguenti attrezzature:

- carrello magazzino automatico per il prelievo/deposito delle salme nelle celle;
- banda magnetica e stazione di carica per i carrelli automatici di traslazione orizzontale;

- carrello automatico di traslazione orizzontale con incluso l’uso automatico del montasalme;
- terminali di comando in sala anatomica ed in sala osservazione salme;
- stazione di pesatura salme (si veda, a tal proposito l’illuminante circolare Fani del 30 giugno 1910 n. 1665, ancora attualissima);
- impianto di ricevimento dei ripiani porta-salme (padelle);
- sistema di lavaggio, disinfezione, asciugatura, stoccaggio e distribuzione dei ripiani puliti (lava-padelle automatico);
- elaboratore di gestione, checkup ed archiviazione dati.

La conduzione del deposito d’osservazione oppure, anche, obitoriale, è costituita da diversi procedimenti, alcuni dei quali, di stretta prerogativa medico-legale (come l’accertamento necroscopico *ex art.* 4 D.P.R. 285/1990), vengono esplicati da personale dipendente dell’Autorità Sanitaria (medici incaricati) e dal Comune (infermieri); altri momenti (meno nobili?) quali la movimentazione della salma e dei vari materiali (anche rifiuti a rischio infettivo) vengono completati dagli operatori obitoriali dipendenti esclusivamente dal Comune, o di imprese funebri se il servizio è stato esternalizzato (con gravi problemi per la concorrenza – vedasi il racket “legalizzato” del caro estinto, come a più riprese segnalato indarno ed invano dall’Anti-trust). Qui, per brevitas espositiva si richiama la recentissima **nota di p.g. 175158 del 13 marzo 2018 della Regione Emilia-Romagna, secondo la quale il personale della struttura sanitaria si limiterà ad eseguire le funzioni di propria competenza, nel cui numero NON sono previste la vestizione e la tanatocosmesi della salma (atti non inclusi nei L.E.A. di cui al D.P.C.M. 12/01/2017, né in altri provvedimenti amministrativi emanati dai diversi livelli di governo, centrale o periferico), mentre l’incarico della vestizione del deceduto e del confezionamento del feretro spetta all’impresa di onoranze funebri, preventivamente a ciò demandata dagli aventi causa del de cuius attraverso rapporto giuridico instauratosi ex art. 1703 Cod. Civile. La struttura sanitaria dovrà conservare in capo a sé solo la responsabilità della manipolazione della vestizione di cadaveri deceduti a causa di malattie infettivo-diffusive (elencate ex D.M. 15/12/1990?). Infatti, ai sensi dell’art. 9 della L.R. 19/2014, nel caso in cui la morte sia dovuta a malattia infettiva e diffusiva, dovranno essere adottate le indicazioni, a discrezione del medico necroscopo, dell’Azienda sanitaria preposta, a tutela della salute pubblica. Contra, però, si richiama un’altra disposizione regionale, ossia, l’art. 8, comma 10 Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 7/R dell’8 agosto 2012 (Regione**

Piemonte), cioè l'unica ad ora ad aver, seppur a sproposito, legiferato sulla materia, seppur con norma di rango regolamentare). Il predetto art. 8, comma 10 ammette, infatti, limitatamente ai casi di decessi in strutture sanitarie o di ricovero, che i nosocomi possano provvedere (con il consenso dei familiari) alla vestizione e composizione del defunto, tra l'altro a titolo oneroso, affidando all'A.S.L. la deliberazione della misura del corrispettivo di un tale servizio. A parte il fatto che se si tratta di istituti pubblici o accreditati, una tale declaratoria tariffaria competerebbe, di norma, alla Giunta regionale, con i criteri, di contabilità generale, di cui all'art. 117 D.Lgs. 267/2000, dietro approvazione del Consiglio Comunale ai termini dell'art. 42, comma 2, lett. f) T.U. Ordinamento Enti Locali, non si vede come un soggetto terzo possa stabilire la misura di un tale prezzo quando si tratti di strutture private. Occorre anche considerare come, sempre dal Legislatore Piemontese, siano state bellamente obliterate le disposizioni del R.D. 30/9/1938, n. 1631, i cui requisiti sono stati successivamente integrati, in epoca repubblicana, dalla L. 12/2/1968, n. 132, che, all'art. 19, lett. m), ragiona esplicitamente sulla necessità di apparecchiare una sala mortuaria, all'uopo attrezzata, con idoneo personale sanitario ad essa applicato. Le caratteristiche tecniche, quanto alla cosiddetta "SALA MORTUARIA" contemplate per gli ospedali sono state, poi, estese e ridefinite per le case di cura private (D.M. 5/8/1977), in attuazione dell'art. 51 citata L. 12/2/1969, n. 132, con cui si subordina l'autorizzazione all'apertura delle case di cura private, che operino in regime di ricovero, da parte delle Regioni al possesso di specifici servizi e qualità, tra cui un servizio mortuario (art. 16, comma 2, lett. i). Esso deve rispondere ad alcune condizioni di esercizio (art. 25, comma 1, lett. e), poiché si statuisce che consti di locali esclusi alla vista dei degenti e dei visitatori, con separato accesso dall'esterno, deputati all'osservazione, al deposito ed alla esposizione delle salme, nonché predisposti, a loro volta, ad eventuali riscontri diagnostici anatomo-patologici, ai sensi della L. 15/2/1961, n. 83. Situazione analoga, a quella delle case di cura private, si ha per le residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.), istituite dall'art. 20, comma 1 L. 11/3/1988, n. 67, per le quali con il D.P.C.M. 22/12/1989 sono state dettate le prescrizioni sulle tipologie e sulle dotazioni minime, anche dimensionali, individuate in apposito Allegato A, nel quale si precisa (Criterio 9) l'esigenza dell'articolazione nelle strutture delle R.S.A. di determinati servizi e, nello specifico, tra gli ambienti ausiliari, in quanto in funzione dell'intera R.S.A., figura la camera mortuaria. Le norme sopra richiamate, tutt'oggi vigenti, vanno valutate, attualmente, alla luce sia del D.P.R. 14/1/1997, sia del sullodato D.P.C.M. 12/1/2017 "Definizione dei

livelli essenziali di assistenza"; evidentemente Emilia-Romagna e Piemonte divergono, pure pesantemente, sull'interpretazione fondamentale, a questo punto, di tale corpus giuridico di riferimento, quanto meno, nazionale. Da detto quadro normativo discende che nel caso di decesso in queste luoghi di cura, le funzioni di osservazione e, successivamente, di custodia temporanea della salma, nonché i trattamenti necessari sulla stessa (eventuale ricomposizione, imbellettamento del cadavere, vestizione, collocamento nel feretro ...) costituiscono servizi propri della struttura al pari dell'allestimento e funzionamento della camera ardente dove prestare le estreme onoranze al feretro, nelle quali rientrano, tra l'altro, a pieno titolo, la celebrazione di eventuali riti religiosi o laici di commiato richiesti dalla famiglia. La conseguenza è facilmente immaginabile: diventa, dunque, arduo annoverare la vestizione e la ricomposizione del defunto o il suo incassamento nella bara tra le prestazioni eventuali e da erogare a titolo oneroso, siccome esse sono proprie, e per così dire "istituzionali" e, quindi, dovute, da parte delle strutture sanitarie e di ricovero, mentre l'obbligo per gli operatori del servizio mortuario sanitario di procedere d'ufficio può, semmai, cedere solo di fronte alla volontà sovrana, manifestata dei familiari, di pensarci direttamente, laddove questa facoltà, invero scarsamente praticata (ma si pensi al precetto del lavacro mortuario nelle religioni non cattoliche), per ragioni organizzative e di ordine pubblico, sia consentita dalla direzione del nosocomio. Come noto, *"i depositi di osservazione e gli obitori" possono essere istituiti dal Comune nell'ambito del cimitero comunale (se dotato di apposito spazio, debitamente attrezzato, da non confondersi con la camera mortuaria di cui all'art. 64 D.P.R. 285/1990, la quale ha ben altra finalità) o presso ospedali od altri istituti sanitari, ovvero in particolare edificio, rispondente allo scopo, per ubicazione e requisiti igienici"* ai sensi dell'art. 14, comma 1 D.P.R. 285/1990. Deposito d'osservazione ed obitorio rappresentano servizio pubblico e, dunque, obbligatorio. Viene richiesto il rispetto di standard minimi, di legge, per la dotazione di posti salma refrigerati (art. 15 D.P.R. 285/1990). Nella maggior parte dei casi, per ragioni di razionalizzazione delle risorse, in tempi di *spending review*, il Comune si avvale, in convenzione ex Capo V D.Lgs. 267/2000, con la struttura sanitaria competente, della "camera mortuaria" (*rectius*: servizio mortuario ospedaliero ex D.P.R. 14/1/1997, dell'ospedale di riferimento o dei locali e servizi dell'Istituto di Medicina Legale. Dal punto di vista dell'onere economico il servizio, essendo "necroscopico", è da valutarsi a carico del Comune, come servizio d'istituto, nei soli casi previsti dagli articoli 12 e 13 del D.P.R. 285/1990 (è, esclusa, pertanto da questa distinta la casa funeraria che è di iniziativa pri-

vata, su istanza di parte e, perciò, espressione tipicamente imprenditoriale). Per utilizzi diversi da quelli minimi stabiliti per Legge il servizio è da considerarsi pubblico a domanda individuale e sottoposto alle tariffe decise dal Comune. L'art.4 D.P.R. 285/1990 dispone, in primo luogo, che le funzioni di medico necroscopo di cui all'art. 74 D.P.R. 396/2000 – regolamento per la revisione e la semplificazione dell'Ordinamento di Stato Civile – siano assolte da un medico nominato dalla A.S.L. In seconda battuta impone che il medico necroscopo dipenda, per tale sua funzione di medicina pubblica (**giova ricordare che, come ha recentemente osservato la Suprema Corte di Cassazione Penale, Sez. V, 7/11/2006, n. 36778, Il certificato necroscopico, rilasciato dal medico necroscopo, il quale agisce come “delegato” dell'Ufficiale dello Stato Civile, costituisca atto pubblico, mentre altrettanto non può dirsi del certificato accordato dal medico curante, che, a sua volta, attende semplicemente ad un servizio di pubblica necessità ex art. 359 Cod. Penale**) dal coordinatore sanitario dell'A.S.L. (figura, questa, superata, ma si veda, per maggiori dettagli, infra) il quale ha provveduto alla sua nomina e che a lui riferisca sull'espletamento del servizio. Va, però, tenuto conto del fatto che tale ruolo sia stata espunto (alias: soppresso!) dalle enunciazioni dell'art. dall'art. 3 comma 7, ultimo periodo, D.Lgs. 30/12/1992, n. 502, in cui era originariamente presente, per effetto delle modifiche a questo apportate dall'art. 4 D.Lgs. 7/12/1993, n. 517, ed ulteriormente novellato dall'art. 2 D.Lgs. 18/11/1996, n. 583 ed infine dall'art. 3 D.Lgs. 19/6/1999, n. 229. *Mutatis, mutandis*, in altri termini, la figura del “coordinatore sanitario” non è più presente dal lontano anno 1993 ... sono le solite e viete questioni di post-maturità del Regolamento Nazionale di Polizia Mortuaria rispetto a fonti del diritto di rango superiore, anche succedutesi nel tempo. Per essere appropriati ed irreprensibili, nel linguaggio amministrativo, si dovrebbe usare una formulazione, che diviene più estesa, incorporando in sé un variegato spettro di mansioni, ma anche richiederebbe rinvio alle norme regionali di organizzazione del sistema sanitario regionale, ad esempio “dal personale a ciò individuato dall'A.S.L.” o, in alcune Regioni “*dal responsabile del servizio d'igiene pubblica dell'A.S.L.*” o, ancora “*dal responsabile del servizio d'igiene pubblica dell'A.S.L. o altro personale medico da questi delegato/incaricato*”. Tra l'altro non sussiste, più, un rapporto gerarchico proprio tra AA.SS.LL. e Regioni (art. 3 D.Lgs. 30/12/1992, n. 502, ricordando come le AA.SS.LL. non si configurino più quali “*enti strumentali della Regione*” dopo le modifiche del D.Lgs. 7/12/1993, n. 517. Pertanto, ai sensi del D.P.R. 285/1990, tale servizio risulta di pertinenza esclusiva dell'azienda sanitaria locale; ciò comporta che, laddo-

ve il medico necroscopo necessiti dell'assistenza di personale sussidiario, sarà quest'ultima a doverla procurare. Qualora l'A.S.L. non predisponga materialmente tale servizio di ausilio mediante l'impiego di proprio organico, dovrà comunque sopportare l'onere economico di queste prestazioni. Vale a dire che, se sarà il Comune a fornire tale servizio, ciò dovrà avvenire in assenza di spese per quest'ultimo. In ogni caso, il personale che collabora con il medico necroscopo dovrà ricevere una formazione specifica, volta, da una parte, alla salvaguardia della propria sicurezza ed integrità fisica, anche attraverso il ricorso ad adeguati dispositivi di protezione individuale, dall'altra, al corretto svolgimento della prestazione, soprattutto in relazione ad uno degli scopi della visita necroscopica, vale a dire, l'individuazione di elementi di reato (*ex art. 4, comma 3 D.P.R. 285/1990, artt. 361 e 365 Cod. Penale e art. 74 D.P.R. 396/2000*). Occorre, cioè, scongiurare un eventuale inquinamento o cancellazione accidentale delle presumibili prove all'eventuale vaglio dell'Autorità Giudiziaria. La descrizione del processo seguente si riferisce alle operazioni proprie dei dipendenti del Comune definiti genericamente “obitoriali” indipendentemente dalle qualifiche funzionali rivestite. Solo marginalmente vengono fornite indicazioni sulle lavorazioni realizzate in sala settoria da altro personale (medici settori e infermieri). La funzione del deposito d'osservazione/obitorio (artt. 12, 13, 14 D.P.R. 285/1990) è meramente comunale, *ope legis*, ma può esser assicurata in convenzione con l'A.S.L., addirittura in Lombardia, in forza dell'art. 4 L.R. 18/11/2003, n. 22, ora completamente trasfusa nel T.U. Leggi sanitarie Regionali n. 33/2009 (ad oggi, per giunta, in via di modifica nei suoi artt. 74, 76 e 77, sul processo autorizzativo per l'apertura di nuove imprese funebri), viene mutata la spettanza comunale, fissata da norme dello Stato (artt. 12-15 D.P.R. 285/1990), relativa alle dotazioni obbligatorie di obitori e depositi di osservazione, ma a tal proposito si veda anche il punto 9. Circ. 21/San del 30/5/2005 sempre della Regione Lombardia, con cui si rettifica, parzialmente, l'orientamento espresso addirittura con norma di legge regionale. Tali titolarità vengono ora poste in capo alle strutture sanitarie, salvo rimandare a futuri meccanismi di ripartizione degli oneri corrispondenti, senza chiarire espressamente su quali soggetti ricadranno (art. 10, comma 1, lett. b). La descrizione della fase corrisponde ai lavori effettuati, all'epoca di una prima indagine (1990), in un plesso che si mostrava in condizioni igieniche estremamente precarie soprattutto per inadeguatezze strutturali. Ci si riferisce, in particolare, a vani spesso piccoli ed angusti, con inadeguati ricambi d'aria, alla mancanza di adeguata divisione fra le varie zone operative, alla presenza di celle frigorifere non sempre efficienti, di

attrezzature arcaiche, di lavelli ed erogatori d'acqua mal posizionati rispetto alle zone di lavoro, di pavimenti e pareti non facilmente lavabili con fessurazioni e possibile annidamento di materiale biologico guasto.

Gli adempimenti meramente necroscopici (manuali, di concetto, o semplicemente funzionali) sono, quale *numerus clausus* "scolpito" nella legge e non altrimenti ampliabile, formati da:

- Recupero/raccolta salme incidentate, per morte dovuta a sinistro, o comunque, in luogo, soprattutto se pubblico, inidoneo all'osservazione (paragrafo 5.2 Circ. Min. Sanità 24 giugno 1993. n. 24).
- Custodia delle salme di cui ai casi enumerati dagli artt. 12 e 13 D.P.R. 285/1990.
- Vigilanza su eventuali manifestazioni di vita durante il periodo d'osservazione (o anche per evitare manomissioni delittuose sul corpo del *de cuius*).
- Spogliazione, tamponatura degli orifizi, vestizione e trasferimenti vari della salma all'esterno ed all'interno dell'obitorio/deposito d'osservazione (attenzione: gli infetti ex art. 18 D.P.R. 285/1990 e paragrafo 7 Circ. Min. Sanità n. 24/1993 non possono essere svestiti degli indumenti indossati al momento della morte, ma solo rivestiti, fatte sempre salve norme regionali più permissive ed aperturiste).
- Confezionamento del feretro per infetti ai sensi del combinato disposto tra gli artt. 18 e 25 D.P.R. 285/1990, con relativa certificazione di garanzia stilata dall'Autorità Sanitaria. Ciò avviene anche per i trasporti internazionali in cui si deve attestare da parte dell'Autorità sanitaria (artt. 27, 28 e 29 D.P.R. 285/1990) il rispetto o della Convenzione Internazionale di Berlino (10 febbraio 1937) per i Paesi che vi aderiscono o comunque la conformità del feretro all'art. 30 D.P.R. 285/1990, quale condizione minima per l'espatrio.
- Eliminazione e neutralizzazione di eventuali liquidi cadaverici che ristagnano nella salma durante l'esposizione estetica ai dolenti.
- Riduzione del periodo d'osservazione, con immediata chiusura della cassa, se la salma presenti pesanti fenomeni percolativi dovuti ad un avanzato stato di putrefazione ai sensi degli artt. 8 e 10 D.P.R. 285/1990.
- Prolungamento a 48 ore dell'osservazione nel sospetto di morte apparente (art. 9 D.P.R. 285/1990)
- Segnalazione alla Procura della Repubblica di eventuale morte connessa a reato ex art. 74, comma 2 D.P.R. 396/2000 senza dimenticare l'art. 365 Cod. Penale.
- Siringazione cavitaria ex art. 32 D.P.R. 285/1990 (solamente se e quando necessaria, anche in base alla legislazione nazionale concorrente, che ne disapplica l'obbligatorietà, spesso a discrezione, ormai, del me-

dico necroscopo, fatti salvi i trasporti internazionali per i quali prevalgono gli artt. 27, 28 e 29 D.P.R. 285/1990, quali norme di diritto internazionale). Dal punto di vista sostanziale poi, trattandosi di un ufficio di non particolare complessità, peraltro da eseguirsi su indicazioni precise, e dopo che sia integralmente trascorso il periodo di osservazione, di regola dopo la visita necroscopica, ed opportunamente in presenza dello stesso medico necroscopo, nulla vieterebbe che la persona delegata non possedesse speciali requisiti o elevati livelli di professionalità. Altresì niente impone – *nulla questio*, quindi – che tali addetti siano dipendenti della A.S.L. potendosi anche ipotizzare che si tratti di personale comunale, eventualmente identificato, in accordo con l'amministrazione di appartenenza, in figure professionali operanti nel servizio cimiteriale comunale, quali custodi e/o necrofori appositamente individuati ed all'uopo specificatamente destinati su delega della stessa A.S.L. (in alcune Regioni la puntura conservativa, in quanto assorbita nel più generale "corretto confezionamento della bara" è eseguita direttamente dall'incaricato del trasporto ex paragrafo 5.4 Circ. Min. n.24/1993).

- Detersione e pulizia delle attrezzature e degli ambienti.
- Raccolta ed eliminazione della biancheria e dei rifiuti ex D.P.R. 254/2003.
- Assistenza all'accertamento necroscopico ex art. 74 D.P.R. 396/2000 ed art. 4 D.P.R. 285/1990, con rilascio di relativo certificato di cui all'art. 4, comma 4 D.P.R. 285/1990).
- Imbalsamazione (ipotesi, invero, del tutto residuale ex art. 46 D.P.R. 285/1990).
- Riscontri diagnostici ed autopsie giudiziarie ai sensi dell'art. 45 D.P.R. 285/1990.
- Verifica ex Paragrafo 9.7 Circ. Min. Sanità n. 24/1993 sull'esatto confezionamento del feretro (molte Regioni ormai, con apposita modulistica, affidano questa certificazione sanitaria, e, quindi, almeno nominalmente non surrogabile da soggetti terzi, specie se privati, all'impresa di estreme onoranze, incaricata di pubblico servizio ex art. 358 Cod. Penale, che materialmente trasporterà il feretro, sollevando da tale incumbente la vigilanza sanitaria, siccome tale accertamento sarebbe più attratto nella sfera del trasporto funebre regolamentato almeno a livello comunale, anche contro l'intima *ratio* dell'art. 49 D.P.R. 445/2000).
- Trasporto funebre e fornitura di feretro, inumazione, esumazione ordinaria (art. 1, comma 7-bis L. 28/2/2001 n. 26 e art. 23, comma 1 D.P.R. 24/7/1977, n. 616), cremazione (ai sensi dell'art. 5, comma 1, L. 130/2001) di persona indigente, appartenente a famiglia bisognosa o in caso di disinteresse dei familiari o per prevalente interesse pubblico (esempio: salma di

ignoto cui conferire sistemazione definitiva e stabile in cimitero).

- Camera mortuaria (la Lombardia inizia però a considerare il c.d. deposito mortuario come servizio a titolo oneroso ex art. 9, comma 5 Reg. Reg. 9/11/2006, n. 6) e ossario o cinerario comune in cimitero, quali destinazioni anonime, promiscue, indistinte e massive di ossa e ceneri non richieste per una sepoltura privata e dedicata.
- Comunicazione all'Autorità Comunale per eventuale correzione alla Scheda ISTAT di cui all'art. 103 sub) a T.U.LL.SS – R.D. 1265/1934 (art. 45, comma 2 D.P.R. 285/1990)

La raccolta della salma, non necessariamente incidentata, viene attuata dai necrofori e può avvenire sia presso un domicilio (abitazione inadatta e pericolosa (art. 12 D.P.R. 285/1990) sia su strada o altro luogo pubblico non suscettivo di fungere da deposito d'osservazione. Questo tipo di trasporto mortuario è definito "necroscopico" e non funebre perché viene disposto d'ufficio dalla Pubblica Autorità (A.S.L. inclusa) per imprescindibili ragioni di igiene e sicurezza. La salma viene inserita in un telo a sacco (il cosiddetto "body bag") munito di cerniera o, se dichiaratamente infetta, in sacche plastificate monouso (si richiama procedura di cui agli artt. 18 e 25 D.P.R. 285/1990, laddove essi non siano disapplicati grazie a nuove norme regionali (esempio Emilia Romagna art. 9 L.R. 29/7/2004, n. 19 oppure Lombardia art. 4, comma 3 L.R. 18/11/2003, n. 22), quindi, a rigore, nello spirito del D.P.R. 285/1990, l'infetto andrebbe trasportato solo una volta racchiuso nella doppia cassa di legno e metallo di cui all'art. 30 D.P.R. 285/1990. Alla movimentazione della salma partecipano di volta in volta 2, 3 o 4 operatori, in rapporto alle circostanze ambientali e della disponibilità del personale; di norma, nello specifico, per la discesa lungo le scale, il trasporto è eseguito da tre operatori di cui uno posto davanti e due dietro, per meglio bilanciare il carico dinamico. La salma viene trasportata a braccia fino ad un carrello dotato di contenitore in acciaio con maniglie (padella). Successivamente quest'ultimo viene spinto e inserito in un furgone per il trasporto all'obitorio/deposito d'osservazione. Il veicolo utilizzato per questa recupero non è sempre dotato di lavel-

lo e di contenitori per la raccolta dei rifiuti speciali (ad esempio guanti monouso, tute, etc.), deve comunque rispettare i requisiti di cui all'art. 20 D.P.R. 285/1990. Giunta all'obitorio/deposito d'osservazione la salma viene trasferita sempre sul carrello fino alla sala di osservazione, dove staziona per circa 24 ore, perché si manifestino inequivocabilmente i *signa mortis*, o inserita in modo diretto nelle celle frigorifere in attesa del riscontro autoptico. L'uso di frigoriferi, però, prima del completo decorso del periodo d'osservazione implica una violazione dell'art. 8 del D.P.R. 285/1990.

Si veda anche a chiarimento il paragrafo 3 della Circ. n.24/1993 del Ministero della Sanità. È da premettere che gli apparecchi di raffreddamento servono a portare la temperatura ad un livello tale da determinare il ritardo nell'insorgere dei processi degenerativi. Allo stesso tempo, l'abbassamento dei gradi centigradi che si causa per contatto (con serpentine o altro) o in ambiente (ibernatore e/o cella) è tale da poter aver pesanti conseguenze, sin anche mortali, per una persona che sia in stato di morte apparente (caso assai rarefatto ma non sempre escludibile aprioristicamente). Le celle frigorifere dell'obitorio, spesso, comportano difficoltà nel loro uso, in quanto alcune sono troppo corte per poter contenere le salme, soprattutto se di elevata statura, mentre altre, essendo localizzate in alto, sono di difficile raggiungimento dagli operatori che possono accedervi solo con l'aiuto di una scala, non avendo a disposizione altri



Figura 2 – Chiusura di feretro contenente cadavere infetto: forse il ricorso a certi dispositivi di profilassi potrebbe, a volte, riuscire anche un po' ultroneo, se non addirittura eccessivo

attrezzi di sollevamento meccanizzati. L'assenza di adeguati mezzi di conservazione delle salme, le quali per i problemi sopracitati non possono essere mantenute in celle frigorifere, a volte induce la presenza, all'interno dell'obitorio, di corpi in avanzato stato di decomposizione, deposti nelle sale adiacenti le celle. Inoltre, l'impianto di refrigerazione delle celle frigorifere se è concettualmente vecchio, subisce spesso malfunzionamenti che, a causa dell'assenza di un manutentore stabile, vengono spesso riparati con gravi ritardi. Di solito, poi, diverse celle non risultano quindi più adeguatamente refrigerate con conseguente accelerazione dei processi di decomposizione delle salme. Alla pulizia delle celle frigorifere si dà luogo raramente, ed è una grave imprudenza, a discrezione degli operatori, mediante acqua mista ad antisettico erogata con una canna, ma la disinfezione delle stesse dovrebbe essere molto più costante ed abituale. Per il deflusso

regolato dei liquami accumulatisi si richiama l'art. 6 D.P.R. 15/7/2003, n. 254. L'insieme di tutti questi presupposti negativi ingenera la diffusione di molesti miasmi in tutto l'edificio nonché lo sviluppo di numerose larve ed esemplari adulti di mosca *Sarcophaga carnaria* presenti in tutti i locali di conservazione delle salme, senza eccettuare le stesse celle frigorifere.

Per gli accertamenti necroscopici, gli "obitoriali" prelevano la padella, con la salma, dalla cella frigorifera e la posizionano su un carrello. Successivamente, procedono al trasporto fino alla sala autoptica (dove spesso manca un vestibolo di disimpegno dove sostare anche per cambiarsi gli indumenti) ed al trasferimento manuale della salma sul tavolo settorio. Durante la seduta autoptica gli stessi operatori assistono il personale medico e infermieristico nelle operazioni di movimentazione della salma. Al termine dell'accertamento necroscopico gli operatori riposizionano la salma lavata sulla padella e la trasportano (sempre su carrello) alla sala vestizione dove si adoperano per abbigliarla, con il successivo incassamento. Gli "obitoriali", inoltre, si occupano della nettatura dei materiali utilizzati. La pulizia del furgone, delle celle frigorifere, della sala di osservazione e vestizione viene fatta a discrezione degli operatori senza alcuna procedura specifica in merito alla frequenza e alle modalità di abbattimento del rischio biologico. Il lavaggio delle padelle viene ottenuto, all'aperto, con acqua (mediante una canna) e disinfettante. L'acqua di lavaggio si disperde sul pavimento del cortile per mancanza di uno scolo proprio, ma questo importante momento dovrebbe avvenire al chiuso, in zona neutra, protetta e con uno scarico per lo meno autorizzato. Per l'esecuzione di questa incombenza gli operatori sono dotati sì di camice impermeabile e guanti corti in gomma, ma non hanno in dotazione scarpe o stivali né hanno la possibilità di coprire adeguatamente le braccia dagli spruzzi e dai contatti con il liquame e già qui si potrebbero sollevare ragionevoli obiezioni sull'efficacia di tale metodologia, invero alquanto approssimativa. I D.P.I. monouso (guanti, tute) utilizzati nelle fasi di trasporto salma (furgoni) spesso vengono eliminati come rifiuti urbani per l'assenza dei contenitori per rifiuti speciali. I D.P.I. monouso e i rifiuti speciali prodotti in sala autoptica vengono raccolti in cestoni di plastica e successivamente smaltiti come rifiuti speciali.

La sala autoptica è piastrellata alle pareti per un'altezza di circa 2 metri. Il necessario ricambio dell'aria è conseguito semplicemente con ampie finestre, non esistono scambiatori a ricircolo forzato per i composti gassosi sprigionati durante la dissezione del cadavere. L'arredamento è costruito da due tavoli settori in acciaio con annesso lavabo, tavoli di metallo utilizzati come basi d'appoggio, pedane in legno (da sostituirsi

il prima possibile con quelle in plastica, perché impermeabili e, quindi, meglio disinfettabili) poste alla base dei tavoli settori e cestoni in plastica contenenti rifiuti speciali. Per il lavaggio delle mani gli operatori hanno a disposizione due lavandini con erogatore dell'acqua a manopola (ma sarebbe preferibile il pedale, per maggior praticità ed igiene); utilizzano come detergente sapone solido poggiato sul bordo del lavandino e per l'asciugatura delle mani ci sono asciugamani in stoffa non monouso. Qui si rileva un errore di fondo e strategico: il detergente dovrebbe essere liquido e monodose, mentre sarebbe preferibile seccarsi le mani con salviette "a strappo" riunite in un rotolo monoblocco. Gli infermieri generici che collaborano con i medici all'esecuzione dell'autopsia/riscontro diagnostico, alla fine della seduta procedono alla conservazione dei tessuti da esaminare in formalina (o a scopo di trapianto giusta l'art. 24 D.P.R. n.128 del 27 marzo 1969 -Ordinamento interno dei servizi ospedalieri: prelevamento e conservazione di parti di cadavere), alla depurazione del locale e delle attrezzature. La pulizia dei pavimenti viene eseguita con ipoclorito di sodio diluito, mentre la disinfezione completa dell'ambiente (pareti ed arredi vari) non viene mai posta in essere, se non saltuariamente, ed è un altro grave limite alla salubrità totale del luogo. Il lavaggio della strumentazione chirurgica viene attuato nel lavello del tavolo autoptico con l'utilizzo di sola acqua; ma oggi si preferiscono bisturi monouso, proprio per ridurre accidentali movimenti maldestri, come se, ad esempio, per l'asciugatura venisse adoperato il camice stesso che l'infermiere indossa. Gli utensili elettrici (es. seghe portatili) non vengono sottoposti a idoneo lavaggio e sterilizzazione per l'insufficiente garanzia di tenuta degli isolamenti dalle parti in tensione. Nel caso di autopsie dichiaratamente su corpi portatori di morbo infettivo-diffusivo, la strumentazione chirurgica, dopo il lavaggio con acqua, viene immersa in soluzione di ipoclorito di sodio, con concentrazione e tempo di immersione imprecisati, e quindi lasciata a bagno in formalina al 10% sino al giorno seguente. Si rammenta, però, come la formalina sia sostanza altamente tossica e cancerogena, da maneggiare con estrema prudenza ed in più è soprattutto un fissante dei tessuti organici (= antiputrefattivo!), converrebbe rimpiazzarla o vicariarla con una soluzione decontaminante di più sicura igienizzazione. La sterilizzazione della strumentazione non viene mai compiuta per l'assenza dei cestelli porta-ferri, pur essendo presente nella struttura una autoclave che sarebbe un ottimo rimedio. La divisa da lavoro degli obitoriali viene lavata a cura e nel domicilio del lavoratore, si ravvisa, però, l'ennesimo allarme igienico-sanitario, poiché il vestiario potrebbe essere occultamente contaminato, e, dunque, vettore di infezioni per persone estranee al

circuito obitoriale e dunque non adeguatamente vaccinate per doverosa prevenzione.

Chi lavora nei servizi necroscopici rischia davvero:

- cadute rovinose nel caso di irregolarità dei terreni esterni o per la presenza di scale fisse a gradini;
- perdita dell'equilibrio il trasporto in ambienti chiusi particolarmente angusti (corridoi, pianerottoli, ballatoi ...);
- scivolamenti, nel caso di lavoro notturno, per la raccolta di salme in zone non o poco illuminate (ad. esempio parchi, boschi, ecc.);
- urti o schiacciamenti, specie a carico del rachide, conseguenti a eventuale caduta del carico trasportato;
- ferite per la manipolazione di materiale tagliente (seghe, bisturi, pinze chirurgiche, ecc);
- scosse elettriche connesse all'utilizzo delle attrezzature portatili alimentate a corrente;
- generico di infortunio collegato all'uso delle attrezzature e degli utensili manuali;
- contatto con agenti chimici dovuti alla al trattamento con disinfettanti e detergenti utilizzati per la pulizia delle attrezzature, delle superfici e dei D.P.I.;
- inalazione di vapori di formaldeide (utilizzata per la disinfezione della strumentazione chirurgica e soprattutto per la conservazione dei reperti autoptici) per l'assenza sia di adeguate procedure per l'utilizzo e la diluizione, sia di sistemi di aspirazione localizzata e di consentanei D.P.I.;
- esposizione alle intemperie e/o alle condizioni climatiche estreme per tutte le attività svolte all'aperto;
- contatto e manipolazione di oggetti e superfici imbrattate con terriccio e/o con liquame biologico potenzialmente infetto proveniente dalle salme (tetano-HBV-HCV-HIV), associato alla presenza di possibili ferite da taglio e da punta;
- contatto con agenti biologici dovuti all'inquinamento ambientale provocato dalle autopsie eseguite su cadaveri con lesioni da Micobatterio tubercolare.

Il rischio da agenti biologici per l'evenienza di vicinanza promiscua con materiale potenzialmente infetto è da ritenersi elevato per quanto riguarda l'HBV e l'HCV, a causa del lungo periodo di sopravvivenza dei virus anche in ambiente esterno, nonché del loro elevato potere infettante. Questa minaccia è arrecata, soprattutto, dal mancato ricorso sistematico ai D.P.I. idonei, ed è particolarmente presente nelle operazioni di raccolta e trasporto salma per possibili imbrattamenti e nelle attività della sala settoria per eventuali contatti da tagli, ferite e schizzi o spruzzi.

Per quanto attiene l'insidia della patologia HIV non si può teoricamente escludere l'occorrenza di contagio

per il contatto diretto con liquidi cadaverici: da ritenersi più elevata nelle prime ore successive al decesso, mentre tende a ridursi progressivamente sia per lo scarso potenziale infettante sia per la ridotta sopravvivenza in ambiente esterno del virus. La contaminazione da HIV, con esclusione delle prime ore dopo il decesso, è pertanto bassa in termini di reali probabilità anche se, ovviamente, mantiene un elevato indice di gravità. Il rischio è, pertanto, più significativo durante le manovre di raccolta o recupero "a caldo" delle salme. Il pericolo di infezione tetanica è sensibilmente contenuto in conseguenza dell'estensione dell'obbligo alla profilassi specifica anche per questi operatori assai esposti. Un ottimo protocollo ragionato da eleggere a modus operandi e seguire, quasi pedissequamente (anche se a questo punto "superato" dalla normativa statale, o, comunque, in regime di "coabitazione" con essa, potrebbe esser quello dettato dall'allegato 9 alla delibera della Giunta Regionale lombarda 21 gennaio 2005, n. 20278. Non si fa, volutamente, cenno al caso dei cadaveri cui siano stati somministrati nuclidi radioattivi, ovvero radiazioni ionizzanti, per le numerose variazioni che l'argomento, anche nel diritto comunitario, ha subito (prima, nell'Ordinamento Italiano, a recepimento delle direttive europee, D.Lgs. 17/3/1995, n. 230 e, da ultimo, D.Lgs. 9/5/2001, n. 257) in relazione alla rarità del fenomeno, limitandoci ad osservare che, anche in tale frangente, l'A.S.L., unica autorità titolata ad esprimersi in merito, sarà tenuta ad impartire precise disposizioni cui i necrofori dovranno attenersi scrupolosamente. *(nota conclusiva a cura di Sereno Scolaro).*

() Operatore tecnico-necroforo presso Azienda Sanitaria ULSS 18 di Rovigo, con esperienza ventennale in tanatocosmesi*