

Le Aziende sanitarie ed i Comuni di fronte al nuovo Regolamento di polizia mortuaria

di Marco Geddes da Fillicaia (*)

Intervento effettuato nel corso del convegno "Servizi funerari: evoluzione normativa e gestionale, qualità ed aspetti sociali", organizzato da AMAV Venezia e SEFIT-Federgasacqua con il patrocinio dell'ANCI, del Comune di Venezia e del Ministero della Sanità tenutosi a Venezia il 15 aprile 1999.

1. I soggetti

I soggetti che intervengono nell'ambito delle onoranze funebri e gestione della salma sono, nel complesso quattro:

- il Comune;
- l'Azienda sanitaria locale;
- le strutture di ricovero pubbliche e private, comprese le Residenze sanitarie assistite, per i soggetti deceduti all'interno di tali strutture;
- le imprese funebri.

Credo che per una parte consistente la qualità dei servizi che verranno effettuati dipenda dalla chiarezza di rapporti e di ruoli che si stabiliscono fra i diversi soggetti, ed in particolare dalla collaborazione e dalla definizione delle funzioni dei Comuni e delle Aziende sanitarie.

2. Obiettivi del nuovo regolamento

A tal fine il nuovo regolamento si è posto i seguenti obiettivi:

- identificare chiaramente i ruoli del Comune e dell'Azienda sanitaria.
- individuare i rapporti che intercorrono e conseguentemente criteri di regolamentazione.
- semplificare le procedure.

3. Peculiarità delle questioni sanitarie

È opportuno sottolineare come le problematiche sanitarie, anche relative al settore funerario, non si esauriscono nell'ambito del nuovo regolamento di polizia mortuaria, ma devono essere lette alla luce di una più generale normativa ed in relazione anche a specifici riferimenti di legge.

La legge di riforma sanitaria, anche in relazione allo schema di riforma Ter del SSN (in attuazione alla legge delega 419/98), rafforza i compiti di indirizzo e di controllo delle amministrazioni comunali sulla Azienda sanitaria. Vi è pertanto un compito di definizione programmatica per alcune attività in particolare per quanto riguarda una attività che è strettamente connessa ed intrecciata con competenze proprie comunali, quale quella di medicina necroscopica.

La normativa di riferimento è inoltre differenziata e necessita quindi richiamarsi:

- per l'accertamento e la certificazione di morte alla L. 29712/1993, n. 578;
- per la certificazione al T.U. del regolamento di stato civile;
- per le caratteristiche del servizio mortuario a quanto stabilito nell'*Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private* (DPR 14 gennaio 1997).

Vi è infine la necessità di sviluppare una adeguata normativa in sede regionale e conseguentemente disposizioni specifiche nei regolamenti aziendali. Tale necessità è conseguente anche alla sentenza della Corte costituzionale 174/1991, con la quale si sanciva il fatto che fra le responsabilità regionali rientrava quella della individuazione degli uffici competenti in materia di polizia mortuaria. Il decreto legislativo recentemente approvato - in prima stesura - da parte del

Governo là dove tratta del Dipartimento di prevenzione stabilisce che “nella regolamentazione del dipartimento di prevenzione, le Regioni possono prevedere, secondo le articolazioni organizzative adottate, la disciplina delle funzioni di medicina legale e necroscopica” (art. 7 quater, comma 5).

Con ciò ritengo che il Governo, parallelamente alla approvazione del nuovo Regolamento di polizia mortuaria, dovrebbe predisporre delle Linee Guida sulla attività necroscopica delle Aziende sanitarie, con la finalità di individuare le migliori soluzioni tecniche ed organizzative in una materia complessa e non pienamente nota in ogni sua parte.

Ripercorrendo il “percorso” della salma è possibile individuare brevemente le più importanti novità nell’ambito del nuovo Regolamento.

4. Il curante

A lui spetta la denuncia della causa di morte, a norma dell’art.1, tramite i moduli Istat, assolvendo così alle incombenze statistiche epidemiologiche. È importante che si ottenga, attraverso un adeguato aggiornamento dei medici curanti su tale materia, un miglioramento qualitativo nella rilevazione delle cause di morte.

5. Il necroscopo

La figura del necroscopo è stata conservata per più motivi, sia di natura giuridica (è prevista sul T.U. sull’ordinamento dello stato civile), sia sostanziale, ritenendo che in tutti i contesti culturali e civili del nostro paese non fosse proponibile una certificazione affidata solo al medico di fiducia della famiglia e del paziente. Le funzioni del medico necroscopo sono specificate nell’art. 4.

In particolare è demandato al necroscopo la identificazione della salma, e l’apposizione di apposita targhetta da porre come braccialetto.

Il tempo nel quale deve essere effettuata la visita è da un minimo di 15 ore ad un massimo di 36 ore (prima il massimo era 30) facilitando così le funzioni del servizio necroscopico in situazioni particolari (festività ecc.).

Tale limite ampio deve essere tuttavia considerato una eccezione poiché il regolamento fa esplicito riferimento alle modalità di accertamento del decesso (art. 8 comma 19), tramite Ecg, come stabilito dalla L. 578/93. Una modalità che le auspiccate Linee guida dovrebbero incentivare adeguatamente prescrivendo presso i vari servizi l’idonea strumentazione e l’aggiornamento del personale.

Si dovrebbe altresì semplificare la certificazione di accertamento di morte, eliminando la causa di morte (che viene semplicemente duplicata dal certificato Istat) e limitando la certificazione all’attestazione di elementi che modificano il periodo di osservazione e il confezionamento del feretro (malattie infettive, portatore di radionuclidi ecc.).

Infine ci sembra necessario rivedere i commi 3-5 dell’art. 8 dell’attuale bozza di regolamento, che impongono l’asportazione dello stimolatore cardiaco a tutti i cadaveri. Tale norma è derivata da paesi in cui la tanatoprassi è diffusa e tale operazione non comporta notevoli problematiche. Si tratta inoltre di una norma non giustificata in caso di inumazione e tumulazione, ma che aveva una ragione solo nel caso di cremazione di fronte ai problemi che i vecchi apparecchi di pacemaker potevano, forse, provocare nel forno crematorio. Peraltro gli attuali apparecchi sono di modestissima consistenza e la tipologia delle pile (litio/ioduro di litio) non viene classificata pericolosa in quanto tale (D.L. 5/2/1997 n. 22). Tali apparecchi, una volta espianati dalle salme, anche per il potenziale rischio infettivo, dovrebbero essere smaltiti in idonei impianti di incenerimento.

6. Le strutture

Un aspetto di estremo rilievo è rappresentato dalle diverse strutture utilizzate per le attività di osservazione o di intervento sulla salma. Infatti è nel rapporto con tali strutture che si esercitano le funzioni dei diversi “attori” ed è rilevante la possibilità di stabilire collaborazioni nella loro gestione.

6.1. La camera mortuaria

Le strutture che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno per acuti devono essere dotate di camera mortuaria, le cui caratteristiche sono stabilite dal citato DPR 14/1/ 1997 in materia di requisiti strutturali.

I comuni devono disporre (art. 12) di un "... locale per ricevere e tenere in osservazione, anche ai fini dell'accertamento della morte, le salme di persone: a) morte in abitazioni inadatte e nelle quali sia pericoloso mantenerle; b) morte in seguito a qualsiasi accidente nella pubblica via o in luogo pubblico; c) ignote di cui debba farsi esposizione al pubblico per il riconoscimento". Inoltre ogni cimitero deve avere una camera mortuaria per la sosta dei feretri (art. 64) che può funzionare quale locale di cui all'art.12.

6.2. L'Obitorio

Le funzioni dell'obitorio sono previste all'art.13 ed ogni comune deve disporre di tale struttura, che deve servire anche per riscontri diagnostici o autopsie giudiziarie.

In relazione a queste strutture è possibile ipotizzare più forme di collaborazione fra il Comune, il cui utilizzo per proprie finalità della camera mortuaria si limita ad una modesta percentuale di deceduti, e le strutture di ricovero. Inoltre i riscontri diagnostici e le autopsie giudiziarie sono effettuate da personale del Servizio sanitario nazionale (ospedalieri o universitari) dei servizi di anatomia patologica e di medicina legale. Tale attività può effettuarsi nell'ambito degli obitori comunali, quando adeguatamente attrezzati, ovvero le strutture annesse all'ospedale potrebbero avere funzione di obitorio.

Tutto questo potrà essere regolamentato da appositi accordi fra ASL e Comune, in relazione alla localizzazione delle diverse strutture, con l'obiettivo di unificare il più possibile i luoghi in cui si effettuano le prestazioni, qualificare i servizi ed ottenere risparmi nella gestione.

La presa in carico del cadavere da parte della impresa funebre deve invece avvenire all'esterno delle strutture sopra indicate e - ovviamente - delle stesse strutture sanitarie (art. 16, comma 10).

7. Trasporto del feretro

Anche per tale ambito il regolamento introduce alcune rilevanti semplificazioni nei compiti del necroscopo, il quale non è più chiamato a valutare la corrispondenza del feretro alle modalità di trasporto (par. 96 della circolare n. 24 del 24/6/1993), essendo tale compito attribuito alla impresa incaricata del trasporto, che svolge un pubblico servizio (art. 23 comma 1), e che ne ha la responsabilità e le competenze. Al medico necroscopo permane un compito, in tale materia, limitato ai casi di malattia infettiva, il cui elenco, nell'allegato 1 del proposto regolamento, risulta assai più circoscritto che in precedenza.

8. Esumazioni e estumulazioni

Anche per tali funzioni i compiti attribuiti al Servizio sanitario sono circoscritti poiché, a differenza che nel testo attualmente vigente, la presenza del necroscopo non è prevista alle esumazioni e estumulazioni ordinarie, ma solo a quelle straordinarie (art. 83 e 86).

9. Altri orientamenti

Il nuovo testo di regolamento ha inteso definire più adeguatamente i compiti dei Comuni e delle Aziende sanitarie, affinché operando congiuntamente possano dare luogo ad un servizio integrato di qualità. I compiti affidati al servizio necroscopico della ASL sono stati, per alcuni aspetti ridotti, ma ci attendiamo una qualificazione, specie in relazione a compiti nuovi. In particolare:

- È indispensabile che la ASL ed il Comune collaborino per la predisposizione di un Piano regolatore cimiteriale, compito prioritario del Comune, ma per la cui redazione sono necessarie competenze di carattere epidemiologico e igienistico.

- Il regolamento in esame introduce nuove - per il nostro paese - modalità di inumazione e tumulazione, con la possibilità di utilizzare metodiche che garantiscano una areazione e una conseguente più rapida scheletrizzazione. È indispensabile che questa fase innovativa sia attentamente seguita e valutata dalla ASL, e non solo dal Comune che è "gestore" del cimitero.
- Sono ipotizzabili molteplici forme di accordo e cogestione - fra Comuni e Aziende sanitarie - di camere mortuarie ed obitori, con la conseguente correlata attività di riscontro diagnostico e giudiziario.
- Le imprese funebri, dovrebbero adottare e sottoporsi ad un codice di autoregolamentazione, volto a "combattere ... le azioni di accaparramento di servizi che quotidianamente si consumano negli ospedali", come giustamente sollecitato da Feniof e FederConsumatori.

Il Codice esiste fin dal 1987, frutto di lavoro di Federgasacqua e Feniof, sottoscritto anche dall'ANCI. Alla sua osservanza è preposto un Collegio dei Garanti a composizione mista pubblico-privata. Recentemente è stato esteso come rappresentanza anche alla partecipazione di associazioni dei consumatori.

Sarebbe utile una riscrittura del Codice alla luce del nuovo regolamento, con la partecipazione anche di soggetti sanitari (ASL). Successivamente è necessario che le indicazioni del Codice vengano tradotte in disposizioni nell'ambito delle Aziende sanitarie ed ospedaliere dei Servizi comunali.

Un tempo si attribuiva all'evento nascita minore importanza ed attenzione di quella che le viene attribuita adesso, nel nostro paese. Si nasceva in casa, i nati erano più numerosi di ora e la morte, che nel giro di poche ore o pochi giorni, era frequente, forse contribuiva ad attribuire a tale evento elementi di tale aleatorietà tali da diminuirne la rilevanza. Alla morte della persona adulta ed anziana veniva attribuita invece maggiore importanza e pubblicità. Si perdeva il capofamiglia, la persona a cui erano intestate le proprietà, la madre di molti figli. La morte era un fatto traumatico non solo affettivamente, ma anche socialmente ed economicamente, poiché non erano i vecchi che morivano ma spesso persone in età adulta ed economicamente produttiva.

Le manifestazioni legate alla morte avevano una loro maggiore evidenza e compartecipazione - il funerale avveniva nella strada centrale del paese - ed il lutto, portato a lungo, sottolineava il pubblico rilievo che si dava all'evento.

Attualmente i ruoli si sono invertiti. La nascita è fatto pubblico rilevante, la morte spesso un fatto privato, non per ciò irrilevante, ma che si tende a circoscrivere nelle sue manifestazioni e nella sua partecipazione.

I motivi di ciò sono molteplici e non certo una nuova normativa intende superarli.

Quello che la norma deve assicurare, attraverso la chiarezza di ruoli e comportamenti, è il rispetto delle scelte che la persona e la famiglia fanno, la trasparenza nelle prestazioni - e nei costi - che ciascun attore offre, la diversificazione di modalità di onoranze e di sepoltura che vengono rese disponibili, per venire incontro a diversità culturali, religiose, psicologiche.

Un'adeguata semplificazione delle procedure, una precisa identificazione dei compiti che spettano al Servizio sanitario sono un contributo importante per perseguire tali obiettivi.

(*) Assessore Solidarietà e Servizi Sociosanitari Comune di Firenze e Vicepresidente del Consiglio Superiore di Sanità