

Medico necroscopo

In caso di decesso - Cosa fare in caso di decesso

La medicina necroscopica si fonda su due norme fondamentali, ovvero il DPR 285-90 che è il regolamento di polizia mortuaria, ed il R.D. 9-7-1939 nell'ordinamento civile, ed il DPR 3-11-2000 n. 396.

Il medico Necroscopo, è un medico incaricato dalla ASL per certificare il decesso di una persona. Il medico necroscopo deve essere convocato dai congiunti dopo 15 ore dal decesso e non oltre 30 ore. Si fa eccezione in caso di decessi per decapitazione, maciullamento, morte dovuta a malattia infettivo-diffusiva.

Normativa

Secondo gli ordinamenti suddetti, le funzioni del medico necroscopo vengono esercitate da un medico nominato dalla competente unità sanitaria. Nel caso degli ospedali, tale funzione viene esercitata dal direttore sanitario, oppure da un medico delegato.

Funzioni

Come abbiamo visto, la funzione principale del medico necroscopo è quella di certificare il decesso di una persona. Egli, pertanto, andrà a verificare la comparsa degli eventi cadaverici in modo da confermare la diagnosi di morte.

Qualora il decesso avvenga in casa in assenza totale di assistenza medica, il medico necroscopo dovrà anche compilare la scheda ISTAT, denunciando la presunta causa di morte del soggetto.

Il medico necroscopo dipende totalmente nella loro attività dal coordinatore sanitario dell'Unità sanitaria locale: pertanto dovrà riferire ad esso in merito al servizio espletato, consegnando anche il referto.

Il coordinatore sanitario inoltrerà poi il referto del medico necroscopo alle autorità di competenza, operando anche, in caso di dubbi sulle reali cause di morte, a disporre l'eventuale riscontro diagnostico.

Il comma 2 dell'articolo 4 del DPR 10 settembre 1990, n. 285 precisa che **Negli ospedali la funzione di medico necroscopo è svolta dal direttore sanitario o da un medico da lui delegato.**

L'attribuzione alla direzione sanitaria della funzione di accertare la morte di un soggetto deceduto in ospedale, redigendo il certificato prescritto dall'articolo 141 del regio decreto 9 luglio 1938, n. 1238, sostituito dall'articolo 74 del DPR 3 novembre 2000, n. 396, connota la certificazione in questione di un significato medico legale coerente con le funzioni che la normativa vigente attribuisce alla direzione medica del presidio ospedaliero, e fa ritenere che tale certificazione possa essere delegata dal direttore sanitario ad un medico da lui considerato idoneo a svolgere tale funzione, avendone le necessarie competenze tecniche, o nell'ambito della stessa direzione sanitaria, o nell'ambito di un'altra struttura ospedaliera, comunque connotata da funzioni e competenze di carattere medico legale.

In questo senso tra l'altro si sono orientate gran parte delle aziende ospedaliere italiane, che hanno attribuito questa delicata funzione all'unità operativa medicina legale o al servizio di anatomia patologica.

L'attribuzione di questa funzione ai medici del servizio di pronto soccorso appare contraria alla ratio della norma, ed oltretutto sembra conferire ad un atto di particolare rilievo giuridico, e che resta ad ogni effetto, un atto medico, una connotazione di riscontro formale, privo di quei significati che la dottrina e la normativa ad esso attribuiscono.

Una lettura attenta delle norme vigenti in materia di adempimenti conseguenti al decesso di un paziente in ospedale evidenzia come diverse siano le finalità, i contenuti, i tempi e le responsabilità connesse a tali adempimenti, tra i quali in particolare si evidenziano:

_ la constatazione del decesso, che deve essere effettuata dal medico di turno in reparto o dal medico di guardia, che ha finalità medico legali e deve essere registrata nella cartella clinica del paziente quanto prima possibile dopo il verificarsi dell'evento;

_ la denuncia delle cause di morte, che ha finalità statistiche ed epidemiologiche deve essere effettuata, entro 24 ore dall'accertamento del decesso, attraverso la compilazione della scheda ISTAT o dal medico di reparto, o dal medico che ha effettuato il riscontro diagnostico o l'autopsia

_ l'accertamento del decesso, che deve essere effettuato dal medico necroscopo dopo almeno 15 ore ed entro 30 ore dal decesso stesso, ed ha finalità medico legali, in particolare costituisce condizione affinché l'ufficiale di stato civile autorizzi la sepoltura del deceduto.

L'attribuzione dell'incarico di medico necroscopo in modo indistinto ai medici del pronto soccorso solleva altresì problemi di coerenza con un principio fondamentale che presiede l'affidamento degli incarichi dirigenziali: la specifica competenza attestata dalla specializzazione nelle discipline oggetto dell'incarico o in una disciplina equipollente o affine. La disciplina di medicina e chirurgia d'urgenza non annovera tra le discipline affini né la direzione medica di presidio, né la medicina legale, né l'anatomia patologica, che a vario titolo sono riferibili alla funzione di medico necroscopo.

L'attribuzione dell'incarico di medico necroscopo ai medici che fanno parte del servizio di pronto soccorso è da ritenersi quindi illegittima, perché contraria sia alla normativa vigente in materia di atti medici e adempimenti conseguenti al decesso, sia alla normativa che disciplina il conferimento degli incarichi dirigenziali.

Fermo restando quanto affermato in merito alla illegittimità di una attribuzione delle funzioni di medico necroscopo ai medici del servizio di pronto soccorso, per completezza di trattazione occorre rilevare che le funzioni attribuite al medico necroscopo dall'articolo 141 del regio decreto 9 luglio 1938, n. 1238 appaiono sostanzialmente modificate dalla normativa vigente in materia di accertamento e certificazione della morte.

Questa costituiscono oggetto della legge 29 dicembre 1993, n. 578 e del decreto applicativo del Ministero della Sanità 22 agosto 1994, n. 582, modificato dal decreto del Ministro della Salute 11 aprile 2008.

Il comma 2 dell'articolo 6 del decreto 582 dispone infatti che l'accertamento della morte eseguito con le modalità indicate nel decreto in questione esclude ogni ulteriore accertamento previsto dall'articolo 141 del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, ed il comma 3 dello stesso decreto precisa che l'obbligo della compilazione del certificato necroscopico previsto dall'articolo 141 del suddetto regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, spetta, in qualità di medico necroscopo, al medico che ha effettuato l'accertamento della morte.

Sulla concreta applicazione delle norme in materia di accertamento e certificazione della morte di pazienti degenti in ospedale l'Istituto Health Management ha avviato una specifica ricognizione, i risultati della quale potranno essere utili ai fini di una omogenea applicazione del regolamento adottato dal Ministero della Salute con il citato decreto 582, ma che non avranno rilevanza sulla illegittimità di fatto di una incongrua attribuzione delle funzioni di medico necroscopo quale quella prospettata nel quesito posto.

RIFERIMENTI NORMATIVI

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 10 settembre 1990, n. 285
Approvazione del regolamento di polizia mortuaria

Articolo 4.

1. Le funzioni di medico necroscopo di cui all'articolo 141 del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238 sull'ordinamento dello stato civile, (articolo sostituito dall'articolo 74 del DPR 3 novembre 2000, n. 396 con il quale è stato abrogato il regio decreto 1238 citato) sono esercitate da un medico nominato dall'unità sanitaria locale territorialmente competente.
2. Negli ospedali la funzione di medico necroscopo è svolta dal direttore sanitario o da un medico da lui delegato.
3. I medici necroscopi dipendono per tale attività dal coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale che ha provveduto alla loro nomina ed a lui riferiscono sull'espletamento del servizio.
4. Il medico necroscopo ha il compito di accertare la morte, redigendo l'apposito certificato previsto dal citato articolo 141.
5. La visita del medico necroscopo deve sempre essere effettuata non prima di 15 ore dal decesso, e comunque non dopo le trenta ore.

LEGGE 29 dicembre 1993, n. 578

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte.

Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 5 dell'8 gennaio 1994 entrata in vigore il 23 gennaio 1994

Articolo 1.

Definizione di morte

1. La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Articolo 2.

Accertamento di morte

1. La morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e può essere accertata con le modalità definite con decreto emanato dal Ministro della sanità.
2. La morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con le modalità clinico strumentali definite con decreto emanato dal Ministro della sanità.

3. Il decreto del Ministro della sanità di cui ai commi 1 e 2 è emanato entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere obbligatorio e vincolante del Consiglio superiore di sanità, che deve esprimersi dopo aver sentito le società medico-scientifiche competenti nella materia. I successivi eventuali aggiornamenti e modifiche del citato decreto sono disposti con la medesima procedura.

4. Il decreto del Ministro della sanità di cui al comma 2 definisce le condizioni la cui presenza simultanea determina il momento della morte e definisce il periodo di osservazione durante il quale deve verificarsi il perdurare di tali condizioni, periodo che non può essere inferiore alle sei ore. Il citato decreto deve tener conto delle peculiarità dei soggetti di età inferiore ai cinque anni.

5. **L'accertamento della morte dei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie è effettuato da un collegio medico nominato dalla direzione sanitaria**, composto da un medico legale o, in mancanza, da un medico di direzione sanitaria o da un anatomo-patologo, da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un medico neurofisiopatologo o, in mancanza, da un neurologo o da un neurochirurgo esperti in elettroencefalografia.

I componenti del collegio medico sono dipendenti di strutture sanitarie pubbliche.

6. In ogni struttura sanitaria pubblica, la direzione sanitaria nomina uno o più collegi medici per l'accertamento della morte dei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie.

Ciascun singolo caso deve essere seguito dallo stesso collegio medico.

7. Il collegio medico è tenuto ad esercitare le sue funzioni anche in strutture sanitarie diverse da quella di appartenenza. Le case di cura private devono avvalersi per l'accertamento della morte nel caso di cui al comma 2 dei collegi medici costituiti nelle strutture sanitarie pubbliche.

8. La partecipazione al collegio medico è obbligatoria e rientra nei doveri di ufficio del nominato.

9. Il collegio medico deve esprimere un giudizio unanime sul momento della morte.

Articolo 3.

Obblighi per i sanitari nei casi di cessazione di attività cerebrale

1. Quando il medico della struttura sanitaria ritiene che sussistano le condizioni definite dal decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 2, comma 2, deve darne immediata comunicazione alla direzione sanitaria, che è tenuta a convocare prontamente il collegio medico di cui all'articolo 2, comma 5.

Articolo 4.

Periodo di osservazione dei cadaveri

1. Nei casi in cui l'accertamento di morte non viene effettuato secondo le procedure di cui all'articolo 2, nessun cadavere può essere chiuso in cassa, né essere sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi, a conservazione in celle frigorifere, né essere inumato, tumulato, cremato prima che siano trascorse ventiquattro ore dal momento del decesso, salvi i casi di decapitazione o di maciullamento.

Articolo 5.

Sanzioni

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, qualora accertino la violazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, commi 6, 7 e 8, e all'articolo 4, irrogano la sanzione amministrativa pecuniaria da lire cinquecentomila a lire tremilioni, senza pregiudizio per l'applicazione delle sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato.

Articolo 6.

Abrogazione di norme

1. È abrogata ogni disposizione incompatibile o in contrasto con la presente legge.
2. Per quanto non specificatamente menzionato nella presente legge e con essa non incompatibile o non in contrasto, rimangono in vigore le norme vigenti. La presente legge, munita del sigillo dello Stato, sarà inserita nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare.

Ddecreto del Ministro della Sanità

22 agosto 1994, n. 582

Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte come modificato dal decreto del Ministro della Salute 11 aprile 2008 pubblicato sulla Gazzetta ufficiale n.136 del 12 giugno 2008

Articolo 1.

Accertamento della morte e arresto cardiaco

1. In conformità all'articolo 2, comma 1, della legge 29 dicembre 1993, n. 578, l'accertamento della morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un medico con il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi registrato su supporto cartaceo o digitale.

Articolo 2.

Requisiti clinico strumentali per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio

1. Nei soggetti affetti da lesioni encefaliche sottoposti a trattamento rianimatorio, salvo i casi particolari indicati al comma 2, le condizioni che, ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, articolo 3, impongono al medico della struttura sanitaria di dare immediata comunicazione alla Direzione sanitaria dell'esistenza di un caso di morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, sono:

- a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza, dei riflessi del tronco encefalico e del respiro spontaneo;
- b) assenza di attività elettrica cerebrale;
- c) assenza di flusso ematico encefalico, nelle situazioni particolari previste al comma 2.

L'iter diagnostico deve comprendere la certezza della diagnosi etio-patogenetica della lesione encefalica e l'assenza di alterazioni dell'omeostasi termica, cardiocircolatoria, respiratoria, endocrino metabolica, di grado tale da interferire sul quadro clinico strumentale complessivo.

2. È prevista l'esecuzione di indagini atte ad escludere l'esistenza di flusso ematico encefalico nelle sotto elencate situazioni particolari:

- a) bambini di età inferiore ad 1 anno;
- b) presenza di farmaci depressori del sistema nervoso di grado tale da interferire sul quadro clinico strumentale complessivo; in alternativa al rilievo del flusso ematico cerebrale, l'iter può essere procrastinato sino ad escludere la possibile interferenza dei suddetti farmaci sul quadro clinico strumentale complessivo;
- c) situazioni cliniche che non consentono una diagnosi eziopatogenetica certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco encefalico, del test di apnea o la registrazione dell'attività elettrica cerebrale.

3. Per l'applicazione delle indagini strumentali di flusso ematico cerebrale si rinvia alle Linee guida di cui in premessa, approvate dalla Consulta tecnica nazionale per i trapianti.

4. Nel caso in cui il flusso ematico cerebrale risulti assente, il medico della struttura sanitaria è tenuto a dare immediata comunicazione alla Direzione sanitaria, ai sensi dell'articolo 3, legge 29 dicembre 1993, n. 578.

Articolo 3.

Accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio

1. Nei soggetti di cui all'articolo 2, la morte è accertata quando sia riscontrata, per il periodo di osservazione previsto dall'articolo 4, la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza;

b) assenza dei riflessi del tronco encefalico:

_ riflesso fotomotore,

_ riflesso corneale,

_ reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino,

_ risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato,

_ riflesso oculo vestibolare,

_ riflesso faringeo,

_ riflesso carenale;

c) assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO₂ arteriosa non inferiore a 60 mmHg e pH ematico non superiore a 7,40, in assenza di ventilazione artificiale;

d) assenza di attività elettrica cerebrale, documentata da EEG eseguito secondo le modalità tecniche riportate nell'allegato 1 al presente decreto, di cui costituisce parte integrante;

e) assenza di flusso ematico encefalico preventivamente documentata nelle situazioni particolari previste dall'articolo 2, comma 2.

2. L'attività di origine spinale, spontanea o provocata, non ha alcuna rilevanza ai fini dell'accertamento della morte, essendo compatibile con la condizione di cessazione irreversibile di tutte le funzioniencefaliche.

3. Nel neonato, nelle condizioni di cui al presente articolo, l'accertamento della morte può essere eseguito solo se la nascita è avvenuta dopo la trentottesima settimana di gestazione e comunque dopo una settimana di vita extrauterina.

Articolo 4.

Periodo di osservazione

1. Ai fini dell'accertamento della morte la durata del periodo di osservazione deve essere non inferiore a 6 ore.

2. In tutti i casi di danno cerebrale anossico il periodo di osservazione non può iniziare prima di 24 ore dal momento dell'insulto anossico, ad eccezione del caso in cui sia stata evidenziata l'assenza del flusso ematico encefalico. In tale condizione, il periodo di osservazione può iniziare anche prima di 24 ore dal momento dell'insulto anossico, di seguito alla documentazione dell'assenza del flusso ematico encefalico

3. La simultaneità delle condizioni necessarie ai fini dell'accertamento deve essere rilevata dal collegio medico per almeno due volte, all'inizio e alla fine del periodo di osservazione. La verifica di assenza di flusso non va ripetuta.

4. Il momento della morte coincide con l'inizio dell'esistenza simultanea delle condizioni di cui all'articolo 3, comma 1.

Articolo 5.

Arresto cardiaco irreversibile durante il periodo di osservazione

1. Qualora durante il periodo di osservazione di cui all'articolo 4, si verifichi la cessazione del battito cardiaco, l'accertamento della morte può essere effettuato con le modalità previste all'articolo 1.

Articolo 6.

Certificazione di morte

1. **Le modalità relative alla visita del medico necroscopo e la connessa certificazione di morte in caso di arresto cardiaco accertato secondo quanto previsto dall'articolo 1, seguono le disposizioni contenute negli articoli 4, 8 e 9 del regolamento di Polizia mortuaria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285.** Nel caso in cui il riscontro elettrocardiografico sia stato eseguito da un medico necroscopo, il medesimo provvede direttamente alla compilazione del certificato necroscopico.

2. L'accertamento della morte eseguito con le modalità indicate negli articoli 1, 3 e 4 esclude ogni ulteriore accertamento previsto dall'articolo 141 del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, sull'ordinamento dello Stato Civile, e dagli articoli 4, 8 e 9 del regolamento di Polizia mortuaria soprarichiamato.

3. L'obbligo della compilazione del certificato necroscopico previsto dall'articolo 141 del suddetto regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, spetta, in qualità di medico necroscopo, al medico che ha effettuato l'accertamento secondo quanto previsto dall'articolo 1, o al componente medico legale nel collegio di cui all'articolo 2, comma 5, della legge 29 dicembre 1993, n. 578, o, in mancanza, al suo sostituto nel predetto collegio.

4. Il presente decreto viene trasmesso agli organi di controllo per la registrazione e sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Trascorsi quindici giorni dalla data della sua pubblicazione cesserà l'efficacia del decreto ministeriale 22 agosto 1994, n. 582

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

3 novembre 2000, n. 396

Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile articolo 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 l'esistenza di indizi di morte dipendente da reato o di morte violenta.

Il certificato è annotato negli archivi dello stato civile.

INDICAZIONI OPERATIVE

Al fine di evitare contrapposizioni che possono nuocere alla qualità del rapporto con la direzione sanitaria, è opportuno che la questione sia gestita dalle Organizzazioni Sindacali Aziendali, che dovrebbero far presente alla direzione sanitaria l'opportunità che una questione così rilevante non può essere oggetto di una mera disposizione adottata dalla direzione sanitaria stessa, ma deve rientrare in un regolamento aziendale che disciplini in maniera organica l'applicazione delle norme in materia di accertamento e certificazione della morte, e più in generale degli adempimenti connessi con il decesso di un paziente ricoverato. Tale regolamento deve essere predisposto dalla direzione sanitaria ma non può non essere oggetto di un confronto e di una riflessione condivisa con le organizzazioni sindacali stesse.

L'evoluzione delle relazioni sindacali ha, per una serie di motivi (non ultimo il blocco della contrattazione nazionale, e conseguentemente della contrattazione integrativa aziendale), ridimensionato il ruolo delle organizzazioni sindacali nella regolamentazione degli assetti organizzativi aziendali. In questa direzione un peso rilevante ha una interpretazione antisindacale delle modifiche apportate dal decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 all'articolo 5 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

Il comma 2 dell'articolo 5 citato, nel testo modificato, dispone infatti che le determinazioni per l'organizzazione degli uffici e le misure inerenti alla gestione dei rapporti di lavoro sono assunte in via esclusiva dagli organi preposti alla gestione con la capacità e i poteri del privato datore di lavoro, fatti salvi la sola informazione ai sindacati. Ma precisa anche che tali poteri devono essere esercitati nell'ambito delle leggi e degli atti organizzativi che ogni amministrazione pubblica deve adottare per disciplinare il proprio assetto organizzativo interno, e che non possono non essere soggetti a concertazione.

Un ulteriore percorso possibile per contrastare la disposizione di cui si parla nel quesito è verificare se la Regione ha emanato linee guida che chiariscano le modalità applicative delle norme nazionali e, se non lo avesse fatto, sottoporre la questione ai competenti uffici regionali, sollecitando l'adozione di provvedimenti che assicurino tra l'altro omogeneità nelle diverse aziende sanitarie della Regione.