

Manuale di Medicina Necroscopica

*Per il Medico di Medicina Generale  
ed il Pediatra di Libera Scelta operanti nella Regione Toscana*



**Laura Bonfanti**

**MANUALE  
DI MEDICINA NECROSCOPICA**

*Per il Medico di Medicina Generale  
ed il Pediatra di Libera Scelta operanti nella Regione Toscana*

*Medicina e Legge*

**BOOK  
SPRINT**  
EDIZIONI

[www.booksprintedizioni.it](http://www.booksprintedizioni.it)

Copyright © 2021  
**Laura Bonfanti**  
Tutti i diritti riservati

## Indice

Premessa.....	7
Definizione di morte e modalità di accertamento della morte .....	9
Figure addette all'accertamento di morte, loro compiti e modalità di accertamento ....	10
1 – Soggetti deceduti a seguito di arresto cardiaco .....	10
2 – Soggetti deceduti a seguito di morte encefalica .....	12
Il decesso e le figure coinvolte.....	15
Le certificazioni sanitarie utili in caso di decesso.....	17
1 – Constatazione di decesso (o diagnosi di morte) .....	17
2 – Certificazione ISTAT (o denuncia delle cause di morte) .....	19
a) Termini di rilascio .....	20
b) A chi compete la sua compilazione.....	20
c) Come deve essere compilata .....	21
d) Esemplicazioni di schede ISTAT .....	23
e) Richiesta del riscontro diagnostico .....	27
3 – Certificazione di accertamento di morte (o certificato necroscopico).....	31
4 – Certificazioni sanitarie utili ai fini della cremazione.....	32
a) Certificazione di esclusione di reato .....	32
b) Certificazione attestante se il soggetto deceduto risulti portatore o meno di pace- maker o di altro dispositivo di elettrostimolazione .....	32
5– Certificazioni sanitarie utili ai fini del trasporto salma o del trasporto cadavere .....	33
a) Certificazioni sanitarie per trasporto salma.....	33
b) Certificazione sanitaria per il trasporto di cadavere ai fini della veglia funebre ...	35
6 – Altre certificazioni di competenza del medico necroscopo.....	35
Certificazione per trasporto cadavere al di fuori del Comune di decesso (a cassa chiusa).....	35
Certificato ai fini della riduzione del periodo di osservazione.....	35
Certificazioni per trasferimento del cadavere all'Estero .....	36
Tabella riepilogativa delle certificazioni di competenza del MMG e PLS e delle certificazioni di competenza del medico necroscopo.....	37

Qualifica giuridica del medico di MMG e PLS e obblighi di segnalazione all’Autorità Giudiziaria .....	39
Altri obblighi di segnalazione in occasione di decessi .....	45
1– Obbligo di segnalazione in caso di decesso correlato a Covid-19 o per il quale non sia possibile escludere la contrazione in vita di Covid-19. ....	45
2 – Obbligo di segnalazione di decesso ai fini di prelievo e trapianto di cornee.....	45
Cenni di tanatologia ed esame esterno del cadavere .....	47
1 – Fenomeni abiotici .....	48
Raffreddamento del cadavere .....	48
Disidratazione del cadavere .....	49
Ipostasi .....	49
Rigidità cadaverica (o rigor mortis).....	50
2 – Fenomeni trasformativi .....	51
Autolisi ed autodigestione .....	51
Putrefazione .....	52
3 – Fenomeni trasformativi particolari.....	54
Modulistica (Relativa alle certificazioni di competenza del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta).....	57
Modulistica (Relativa alle certificazioni di competenza del Medico Necroscopo).....	67
Principali riferimenti legislativi e bibliografici .....	79
Testo di alcune norme e di alcuni articoli di legge di specifico interesse .....	81

## PREMESSA

*Il Manuale si rivolge alla figura del Medico di Base (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta) operante in Regione Toscana e nasce con il fine di supportarlo operativamente nelle attività di medicina necroscopica che risultano di sua competenza.*

*L'Attività Necroscopica spesso viene considerata dal Medico di Base (e non solo) un'attività minore, di serie B, un'attività di natura prettamente burocratica, rispetto ai numerosi e sempre maggiori impegni di natura clinica e non, che lo coinvolgono ogni giorno nei confronti dei propri pazienti. Per tale motivo, talvolta, al momento del decesso di un proprio assistito, può trovarsi in condizioni di difficoltà e di incertezza nell'espletamento dei compiti che lo riguardano.*

*Lo scopo di tale semplice manuale è quello di far chiarezza intanto su quali siano gli obblighi del Medico di Medicina Generale (MMG) e del Pediatra di Libera Scelta (PLS) in caso di decesso di un proprio paziente e quali quelli di altre figure mediche anch'esse coinvolte, di far chiarezza sulle certificazioni che gli competono, di supportarlo nell'interpretazione delle numerose leggi e normative, nazionali e regionali, che regolano le attività relative alla medicina necroscopica ed anche, almeno mi auspico, di risolvere alcuni dubbi che frequentemente mi sono stati posti nella mia esperienza di Medico Legale, per molti anni impegnato nel settore di Medicina Necroscopica.*

*Vorrei anche far capire, con questa semplice guida pratica, quanto le competenze del Medico di Base in materia di decesso possano risultare di fondamentale importanza per tutta una serie di atti e di certificazioni successive, anche se di competenza di altre figure professionali, che dipenderanno e deriveranno necessariamente da quanto da lui precedentemente certificato.*

*Laura Bonfanti*



## **DEFINIZIONE DI MORTE E MODALITÀ DI ACCERTAMENTO DELLA MORTE**

La definizione di morte è fissata dalla L.578 del 29.12.1993 che all'art.1 così cita:

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

Da un punto di vista giuridico quindi vi è un unico concetto di morte ed effettivamente anche da un punto di vista tecnico-scientifico la morte non può che identificarsi sempre ed unicamente con la cessazione di tutte le funzioni encefaliche.

Difatti, nel caso di morte per arresto cardiaco, la morte 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. Lo stesso, nel caso di soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, la morte si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Ciò che cambia è quindi semplicemente la “modalità” con cui si arriva all'evento morte, ma la morte in sé risulta la stessa in tutti i soggetti, pur potendosi presentare con connotazioni diverse.

Pertanto, anche se per motivi di praticità nel linguaggio corrente si parla di “morte cardiaca” e di “morte encefalica”, la morte è una ed una sola e tali termini si riferiscono solo ed esclusivamente alla modalità con cui ci si arriva.

Sulla base della diversa modalità con cui si arriva alla morte, ne deriva di conseguenza anche la necessità di una diversa tipologia di accertamento della morte.

Sia da un punto di vista giuridico, che scientifico, sono difatti previste modalità diverse di accertamento della morte a seconda che si tratti di una “morte cardiaca” o di una “morte encefalica”.

Lo stesso le figure addette all'accertamento della realtà della morte, definite con precisione dall'attuale normativa vigente, risultano diverse nei due casi.

## FIGURE ADDETTE ALL'ACCERTAMENTO DI MORTE, LORO COMPITI E MODALITÀ DI ACCERTAMENTO

### 1 – SOGGETTI DECEDUTI A SEGUITO DI ARRESTO CARDIACO

Nel caso di morte “cardiaca” l'accertamento della morte viene effettuato dal **medico necroscopo**, medico nominato per l'espletamento di tale funzione dal Coordinatore Sanitario dell'Unità Sanitaria Locale competente (DPR 285/90 art.4 comma 1, 3 e 4), figura oggi da individuarsi in quella del Direttore Sanitario dell'AUSL di riferimento, cui compete la nomina dei medici necroscopi operanti in ambito territoriale.

Negli Ospedali la funzione del medico necroscopo è svolta dal Direttore Sanitario (figura oggi da individuarsi in quella del Direttore Sanitario dei Presidi Ospedalieri) o da un medico da lui delegato (DPR 285/90 art.4 comma 2).

Il medico necroscopo ha il compito di accertare la morte, redigendo l'apposito certificato che verrà poi depositato presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di decesso ai fini del seppellimento (DPR art.4 comma 4).

Il medico necroscopo ha la *possibilità di accertare la morte sia con la semplice visita del soggetto deceduto tramite la rilevazione obiettiva di segni certi di morte (quali le ipostasi, la presenza di rigidità cadaverica, il calo della temperatura corporea, ecc.), sia “mediante l'ausilio di un rilievo elettrocardiografico la cui registrazione continuata deve avere una durata non inferiore a venti minuti primi” (DPR 285/90 art.8).*

Nel caso di accertamento senza ausilio di ECG, la visita dovrà sempre essere effettuata dal medico necroscopo non prima di 15 ore dal decesso (salvo che nei casi di decapitazione o di maciullamento) e comunque non dopo le 30 ore (DPR 285/90 art. 4 comma 5).

È *il medico necroscopo*, inoltre, che *fissa*, sempre nel rispetto della legge vigente, *il periodo di osservazione del cadavere* (24 ore, 48 ore o altro, così come anche nel caso di necessità di riduzione del periodo di osservazione), periodo che obbligatoriamente deve trascorrere, anche qualora sia già stato effettuato l'accertamento di morte, prima che il cadavere possa essere chiuso in cassa, sottoposto ad autopsia, a trattamenti antiputrefattivi, a conservazione in celle frigorifere, a rimozione di pace-maker o altri dispositivi di elettrostimolazione, a prelievo di organi o tessuti. Prima che sia trascorso il periodo di osservazione il cadavere non può essere né inumato, né tumulato, né cremato (DPR 285/90 art.8).

*Nel caso di accertamento di morte effettuato con l'ausilio di rilievo elettrocardiografico continuato per almeno 20 minuti il periodo di osservazione risulta invece automaticamente annullato.*

L'attuale Regolamento di Polizia Mortuaria (DPR 285/90 art.10) prevede la *riduzione del periodo di osservazione a meno di 24 ore* “nei casi in cui la morte sia dovuta a *malattia infettiva-diffusiva* compresa nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della Sanità o il cadavere presenti *segni di iniziata putrefazione*, o quando *altre ragioni speciali lo richiedano.*”

Quanto alla possibilità di riduzione del periodo di osservazione nel caso di malattie infettive diffuse, questo viene ribadito anche dalla recente Circolare del Ministero della Salute n.0011285 del 01.04.2020 (Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia Covid-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione) al punto D dove si prevede che *“in caso di decesso presso struttura sanitaria le direzioni di Presidio riducono il periodo di osservazione della salma ricorrendo all'accertamento strumentale della morte; in caso di*

*decesso al di fuori di strutture sanitarie, i medici necroscopi, accertata la morte mediante visita necroscopica, riducono il periodo di osservazione preferibilmente mediante ausilio di elettrocardiografo, al tempo dell'esecuzione della loro visita e consentono il più rapido incassamento del cadavere e il successivo trasporto funebre”.*

Lo stesso, la successiva Circolare del Ministero della Salute n.0000818 del 11.01.2021(“Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia SARS – CoV-2-riguardanti il settore funebre, cimiteriale e della cremazione”) all’All.1, lettera A, punto 4, in deroga all’art.4 comma 5 del DPR 285/90, consente al medico necroscopo non dotato di elettrocardiografo di effettuare l’accertamento di morte *“anche prima delle 15 ore dal decesso”.*

Il Ministero della Salute, con nota specifica, riconosce di fatto la natura della COVID-19 come malattia infettiva-diffusiva che rientra nell’Allegato di cui al DM 15 dicembre 1990, assimilato a classe prima n.10 *“influenza con isolamento virale”.*

La Circolare Ministeriale n.0011285 del 01.04.2020 al punto A difatti indica quanto di seguito:

*“In tutti i casi di morte nei quali si possa individuare che la persona defunta sia stata affetta da Covid-19 si applicano le cautele specifiche per defunti già adottate in presenza di sospetta o accertata patologia da microorganismi di gruppo 3 o prioni.*

*Nei casi di morte nei quali non si possa escludere con certezza che la persona fosse affetta da Covid-19, per il principio di precauzione, si adottano le stesse cautele previste in presenza di sospetta o accertata patologia da microorganismi di gruppo 3 o prioni”.*

Nel caso specifico di morte cerebrale il periodo di osservazione si intende riferito all’osservazione delle 6 ore prevista dalla Legge vigente.

Quanto all’eventuale osservazione del cadavere per 48 ore, va detto che seppur prevista dal DPR 285/90 (art. 9) per i casi di morti improvvise e per quelli in cui si abbiano dubbi di morte apparente, questa risulta al giorno d’oggi ormai desueta e raramente disposta, potendo sempre ricorrere in caso di dubbio ad un accertamento strumentale della morte.

Oltre al rilascio del certificato necroscopico sono compiti del medico necroscopo anche:

- La certificazione di esclusione di reato ai fini di cremazione (DPR 285/90 art.79 e L.R. 12 novembre 2013, n.66).
- L’esame del materiale rinvenuto, nel caso di rinvenimento di parti di cadavere o anche di resti mortali, con obbligo di comunicazione dei risultati degli accertamenti eseguiti al Sindaco ed all’Autorità Giudiziaria ai fini dell’eventuale nulla osta al seppellimento (DPR 285/90 art.5).
- La stesura della Scheda ISTAT sulla denuncia delle cause di morte nel caso di decesso senza assistenza medica (DPR 285/90 art.1 comma 4 e nota della Regione Toscana del 23.06.2003 “Determinazioni Comitato Regionale ex art. 12 DPR 270/2000”).
- Il medico necroscopo, inoltre, sottostà come tutti gli altri medici agli obblighi di segnalazione all’Autorità Giudiziaria nei casi dovuti e di collaborazione con la stessa nei particolari casi in cui questa risulti coinvolta.

## **2 – SOGGETTI DECEDUTI A SEGUITO DI MORTE ENCEFALICA**

I casi di morte encefalica si riferiscono a tutti i casi di soggetti affetti da gravi condizioni patologiche quali ad esempio emorragie cerebrali, ischemie cerebrali, comi post-anossici, che siano stati sottoposti a manovre rianimatorie e presentino le condizioni di morte encefalica (stato di incoscienza, assenza di riflessi del tronco encefalico, assenza di respirazione spontanea e silenzio elettrico cerebrale, assenza di flusso ematico encefalico nelle particolari condizioni previste dalla Legge).

Tali soggetti si trovano ovviamente degenti nei reparti di Rianimazione, supportati da respirazione assistita e sono i cosiddetti “cadaveri a cuore battente”, candidati potenziali al prelievo di organi e tessuti ai fini di donazione, qualora ritenuti idonei alla stessa e sempre nel rispetto di tutto quanto previsto dalla norma in materia di consenso alla donazione.

Nei casi di “morte encefalica” la Legge vigente prevede che l’accertamento di morte venga effettuato non da un solo medico, bensì da un **Collegio Medico**, nominato dalla Direzione Sanitaria dell’AUSL di competenza e costituito da tre componenti:

- un medico anestesista-rianimatore
- un medico neurofisiopatologo o in mancanza da un neurologo o da un neurochirurgo esperti in elettroencefalografia
- un medico legale o in sua assenza da un medico della Direzione Sanitaria o da un medico di Anatomia Patologica.

I componenti del Collegio Medico devono essere tutti dipendenti di strutture sanitarie pubbliche.

Ciascun singolo caso deve essere seguito dallo stesso Collegio Medico.

Il Collegio Medico deve esprimere un giudizio unanime sul momento della morte.

Le modalità di accertamento di morte cerebrale sono fissate dal Decreto del Ministero della Salute dell’11 aprile 2008 che prevede che in tali casi la morte sia accertata quando sia riscontrata la contemporanea presenza di determinate condizioni:

- assenza di vigilanza e di coscienza
- assenza dei riflessi del tronco encefalico
- assenza di respiro spontaneo con valori documentati di PCO<sub>2</sub> non inferiore a 60 mmHg e pH ematico non superiore a 7,40 in assenza di ventilazione artificiale
- assenza di attività elettrica cerebrale documentata da EEG
- assenza di flusso ematico encefalico nei bambini di età inferiore ad un anno, in presenza di farmaci depressori del SNC in grado di interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo o in situazioni cliniche che non consentano una diagnosi certa o impediscano l’esecuzione dei riflessi o del test di apnea o la registrazione dell’attività elettrica cerebrale.

La simultaneità delle condizioni suesposte deve essere rilevata dal Collegio Medico per almeno due volte, all’inizio e alla fine del periodo di osservazione che deve avere una durata non inferiore alle 6 ore ad eccezione della verifica di assenza di flusso cerebrale che, qualora dovuta, dopo la prima volta non deve essere più ripetuta.

Nei casi di morte encefalica il momento della morte coincide con l’inizio dell’esistenza simultanea delle condizioni accertate dal Collegio Medico.

Una volta accertata all’unanimità la morte di tale soggetto, questi verrà trasferito in sala chirurgica per il prelievo degli organi e/o tessuti nel caso di consenso alla donazione da parte degli aventi diritto e di idoneità alla donazione stessa. In caso contrario, il soggetto