

Aspettative sull'evoluzione della normativa di polizia mortuaria, sulla base dell'esperienza di Trieste

di Lucio Petronio *, Franco Michieletto *, Pier Riccardo Bergamini **

Il presente contributo è frutto della collaborazione in atto nell'ASS Triestina tra il Dipartimento di Prevenzione e la Divisione Attività Medico Legali. A quest'ultima, nell'ambito della riorganizzazione del Servizio Sanitario, sono state attribuite, tra l'altro, le competenze medico-legali in precedenza afferenti al Settore Igiene Pubblica ed Ecologia.

In sostanza quindi, nella provincia di Trieste - il cui territorio coincide con quello dell'Azienda sanitaria - le competenze di natura igienistica, nonché quelle di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro afferiscono al Dipartimento, mentre quelle del Regolamento di Polizia mortuaria inerenti al cadavere ed ai suoi trattamenti sono attribuite alla Divisione Attività di Medicina Legale, in toto per quanto attiene i soggetti deceduti sul territorio, solo in parte per i decessi ospedalieri.

I principali temi affrontati nella relazione sono i seguenti:

- contesto demografico e rete cimiteriale della provincia di Trieste
- peculiari modalità di tumulazione (loculi comuni drenati)
- criticità del rapporto domanda di sepoltura privata/disponibilità di spazi (tombe di famiglia)
- criticità delle caratteristiche del terreno
- compiti e competenze in ambito necroscopico: gestione delle salme
- trattamenti conservativi e trasporto delle salme
- cremazione
- rifiuti
- rischi biologici
- igiene e sicurezza degli addetti cimiteriali
- rapporti tra Servizio Sanitario ed Amministrazioni Comunali
- dal regolamento nazionale ai regolamenti locali

Contesto demografico e rete cimiteriale della provincia di Trieste

La provincia di Trieste comprende 6 comuni. Circa un quarto della popolazione è di età superiore ai 65 anni e sul totale degli abitanti circa il 7% supera gli 80 anni (cfr Tabella).

Nell'ultimo decennio si sono avuti in provincia circa 36600 decessi.

La rete cimiteriale comprende 34 strutture, di cui la più rilevante è rappresentata dal cimitero comunale di Trieste (cimitero di S. Anna), risalente al 1820. Oltre al cimitero cattolico, nelle zone adiacenti, si trovano 7 cimiteri delle altre confessioni.

È stato di recente presentato un progetto di massima per l'adeguamento del cimitero di S. Anna, viste le mutate esigenze.

Peculiari modalità di tumulazione (loculi comuni drenati)

Durante il periodo del Governo Militare Alleato vennero realizzati, negli anni 1947-53, nel cimitero principale della città di Trieste dei sistemi di sepoltura comune, definiti loculi comuni drenati.

Tali sistemi consistono in cripte sotterranee con loculi disposti, abitualmente su 8 piani e su un totale di 6 colonne, con accesso diretto agli stessi mediante anticella-corridoio comune. Il loculo ha una profondità di circa 220 cm, una larghezza di 70 ed una altezza attorno ai 60 cm e viene chiusa con lastre in cemento. Il fondo del loculo è drenato e gli eventuali liquami sono raccolti in fognatura, previo abbattimento del carico organico in opportuni filtri. Mediamente ogni cripta accoglie 48 feretri e la tumulazione prevede esclusivamente l'utilizzo di una singola cassa in legno, di spessore dell'ordine di 2 centimetri.

Con tale sistema di sepoltura, in base alla esperienza maturata, tutte le salme si presentano mineralizzate allo scadere del periodo decennale di rotazione. Inoltre è raro il riscontro di percolati.

La rigorosa applicazione del vigente Regolamento di Polizia mortuaria, che impone all'art. 77 la tumulazione di feretri costituiti da duplice cassa, l'una di legno e l'altra di metallo, ha fatto sì che tali sistemi di sepoltura venissero profondamente modificati rispetto alla loro originaria concezione.

È ovvio, infatti, che in tal modo il periodo di rotazione delle salme subisce un notevole allungamento, determinando un problema di spazi estremamente grave in un cimitero che spazi ne ha molto pochi, a fronte di una popolazione prevalentemente anziana, la cui mortalità annua si aggira intorno ai 4.000 decessi.

Sulla base della nostra esperienza, si auspicano sistemi di tumulazione in loculi posizionati sotto il livello del suolo, con feretri costituiti da casse solo in legno, adeguata raccolta e allontanamento dei liquami e canne di areazione dotate di opportuni filtri per disperdere i gas di putrefazione. Tali sistemi consentirebbero un ciclo di rotazione più breve e quindi una più razionale utilizzazione degli spazi cimiteriali.

Criticità del rapporto domanda di sepoltura privata/disponibilità di spazi (tombe di famiglia).

Nel cimitero principale del Comune di Trieste vi sono circa 8500 tombe di famiglia a cripta sotterranea (a questi vanno aggiunti circa 2300 sfondi a sterro). In base ad una ricognizione è emerso che oltre i due terzi di tali cripte sono a camera unica. In base al vigente regolamento non era possibile la tumulazione sovrapposta di più feretri, rendendosi pertanto necessario un intervento di adeguamento delle vecchie tipologie, per creare cripte fornite di loculi.

Andava inoltre affrontato il problema del mancato accesso diretto ai singoli loculi. Quest'ultimo aspetto essendo tecnicamente irrisolvibile necessitava di una deroga del Ministero della Sanità. In attesa, per far fronte alle pressanti richieste della collettività si è fatto ricorso ad un'Ordinanza sindacale emessa nell'aprile del 1996 in forza del carattere di urgenza dei provvedimenti da adottare.

Tale ordinanza consente la tumulazione in loculi senza uno spazio libero per il diretto accesso al feretro a condizione che vengano osservate le seguenti prescrizioni:

- 1) divieto di iniziare la utilizzazione dei tumuli interessati alla deroga con nuove sepolture prima di due anni dalla data dell'ultima tumulazione;
- 2) garanzia sull'impermeabilità del feretro data dall'utilizzo di una cassa di legno con cassa di zinco di spessore non inferiore al laminato numero 13 secondo le norme UNI;
- 3) posizionamento di idonee sostanze antisettiche al fondo della cassa metallica per la neutralizzazione di eventuali percolazioni di liquami cadaverici.

È comunque necessaria la costruzione di loculi all'interno delle camere uniche, pur in mancanza di un accesso diretto ai singoli feretri.

È ovvio che la soluzione non è ottimale, ma tien conto di una serie di problematiche contingenti sia di ordine tecnico che volumetrico. Si comprende inoltre la rilevanza del problema, ricordando, come detto sopra, che nel locale cimitero di Trieste il numero di tombe da mettere a norma è circa 5.500.

Criticità delle caratteristiche del terreno

La particolare composizione del terreno nella provincia di Trieste (fenomeno del carsismo, presenza di numerose falde freatiche) determina un a serie di problematiche di notevole impegno: i cimiteri suburbani sono stati costruiti in epoche nelle quali non esisteva una legislazione in materia e sussistono perciò in zone dove è possibile reperire roccia affiorante.

Questo fatto ha richiesto frequentemente l'intervento di mezzi meccanici per l'effettuazione di opere di scasso onde pervenire alla profondità di due metri dalla superficie per effettuare le inumazioni; in altri casi la presenza di falda idrica a due metri di profondità ha determinato un blocco delle inumazioni in due cimiteri del suburbio.

A questi inconvenienti si può sopperire con idonei interventi (riporto di terreni adatti, drenaggio delle falde freatiche), ma questi risultano particolarmente onerosi per la collettività e non sempre attuabili.

Si auspica, perciò, di modificare la profondità delle fosse per inumazioni dagli attuali 2 metri a 1,5 metri. Con ciò verrebbe anche facilitato il processo di mineralizzazione della salma rispetto a quanto avviene ai prescritti 2 metri.

Compiti e competenze in ambito necroscopico: gestione delle salme

Dall'istituzione della Divisione Attività Medico Legali, le visite necroscopiche, altri accertamenti ed i trattamenti del cadavere vengono ad essere svolti esclusivamente da medici legali.

La gestione delle salme avviene nella città di Trieste secondo modalità peculiari e difficilmente esportabili: i soggetti deceduti presso il loro domicilio o al di fuori degli ospedali (circa 1200-1300 all'anno, su un totale di circa 4000 decessi), vengono traslati entro poche ore dal decesso (mediamente 2-3 ore) presso il deposito di osservazione - attualmente ancora coincidente con l'obitorio dell'ospedale Maggiore ma che in tempi brevi verrà ad essere all'interno del nuovo e moderno polo funerario del cimitero di S. Anna - ed in tale sede avvengono visita necroscopica (con il che viene grandemente facilitata la visita dato che le salme a seguito di accordi con il personale delle onoranze funebri e del servizio di ispezione del comune di Trieste che si occupa della traslazione delle stesse giungono senza gli abiti del funerale o spogliate e avvolte in un lenzuolo) e trattamenti sul cadavere (trattamento antiputrefattivo, eventuale riscontro diagnostico, ecc.); di regola il medico necroscopo esegue solo l'1% delle visite necroscopiche a domicilio.

I limiti dell'attuale Regolamento di Polizia mortuaria in merito sono infatti emersi drasticamente e nella loro interezza nell'espletamento dell'attività di routine: per il loro superamento è stato sovente necessario fare ricorso ad interpretazioni della norma che, se accettabili sul piano dottrinario, all'atto pratico hanno creato non pochi problemi in merito proprio alla mancanza di un indirizzo comune ed alla assenza di una legislazione specifica in tema di medicina necroscopica.

Sembra innanzitutto opportuno sottolineare la necessità di attribuire ad un unico soggetto tutte le competenze in merito alla gestione del cadavere non sottoposto al vincolo dell'A.G. e deceduto al di fuori delle strutture sanitarie.

La figura del medico necroscopo così come concepita è ormai anacronistica e superata: l'intendimento del legislatore del 1891 in tema di accertamento della morte mediante l'introduzione di una figura di sanitario espressamente a ciò deputata al fine di individuare eventuali casi di morte apparente è ben difficilmente condivisibile a distanza di circa un secolo.

La necessità di un accurato esame della salma tuttavia permane sia pure con finalità diverse: il controllo della diagnosi del curante (soprattutto a fini statistici ed epidemiologici, con eventuale ricorso anche al riscontro diagnostico, fatto questo di cui si dirà più oltre) e l'esclusione di ipotesi di morte violenta sono fuori di dubbio le tematiche più significative con le quali il medico necroscopo si deve confrontare.

Emerge quindi con sufficiente chiarezza la necessità che ad esaminare la salma sia chiamato personale medico dotato di competenza specifica in merito, con buona conoscenza della tanatologia e della patologia medico legale: la soluzione più opportuna sarebbe quella di prevedere - per quanto possibile - che tali compiti vengano svolti da medici in possesso del diploma di specializzazione in Medicina legale.

Sembra anche opportuna una puntualizzazione in merito alle modalità con le quali la visita necroscopica debba essere eseguita alla luce anche delle puntualizzazioni in merito rese dalla Suprema Corte (in molte realtà le salme non vengono spogliate limitandosi l'osservatore ad una sommaria e superficiale valutazione del cadavere), nonché il poter disporre sul territorio nazionale di una modulistica unica.

Al medico necroscopo dovrà essere data anche la possibilità al fine di chiarire la causa della morte, di acquisire campioni biologici (sangue ed urina) da sottoporre, ove possibile e quanto meno nei grossi centri urbani, ad esame tossicologico evitando così un sistematico ricorso alla segnalazione all'autorità giudiziaria, evento questo da riservarsi solo nei casi significativi.

Il problema riveste peraltro aspetti di non secondaria importanza, in particolare in merito ad eventuali avvelenamenti da monossido di carbonio (l'esperienza insegna che sovente anche concentrazioni di HbCO non così elevate da portare alla formazione di ipostasi di colore rosso ciliegia possono essere letali in particolare se associate a patologie di tipo cardiaco), da farmaci, all'eventuale sovradosaggio degli stessi (in particolare nel caso di anziani ospitati in case di ricovero).

L'attuale Regolamento non prevede neppure la possibilità per il medico necroscopo di richiedere in prima persona e di effettuare materialmente il riscontro diagnostico sui cadaveri dei soggetti deceduti al di fuori di una struttura sanitaria. Il problema si pone di frequente - quanto meno a Trieste -, ove un consistente numero di persone anziane vive in solitudine e spesso con scarsi contatti con il medico di libera scelta, viene attualmente risolto mediante interpretazioni del Regolamento. Si ravvisa la necessità di prevedere che sia il medico necroscopo in prima persona a richiedere ed eseguire materialmente (ove disponibile) il riscontro diagnostico. Resta fermo il principio che, nei casi in cui durante l'esecuzione delle operazioni settorie dovessero emergere ipotesi di reato, si rende necessaria la sospensione delle stesse e viene fatta denuncia all'autorità giudiziaria.

Trattamenti conservativi e trasporto delle salme

In merito ai trattamenti conservativi previsti all'art. 32 l'esperienza triestina si propone come poi del tutto singolare: per come è formulato detto articolo - che peraltro trova interpretazioni non univoche -, tenuto conto che i funerali secondo antiche e radicate consuetudini cittadine si svolgono mediamente dopo circa 60-70 ore dal decesso, si renderebbe necessaria, qualora prevalesse l'ordinamento di un trattamento generalizzato, l'iniezione di formalina nella totalità dei soggetti deceduti.

In evidente contrasto con l'attività autoptica effettuata a Trieste (ove viene sottoposta a riscontro diagnostico pressoché la totalità dei soggetti deceduti in ospedale, con un numero complessivo di 2400 riscontri annui) emerge anche l'inutilità del trattamento stesso che - non potendo per ovvie ragioni essere eseguito prima del riscontro - viene in sostanza ad essere fatto su una salma privata massimamente dei fattori favorevoli la putrefazione a seguito dello svuotamento del contenuto intestinale e del dilavaggio dei fluidi corporei notoriamente veicolo per i germi della putrefazione.

Sembra quindi opportuno rivedere la problematica alla luce delle possibilità offerte dalla conservazione delle salme in cella frigorifera, prevedendo in merito, ove possibili la sostituzione del trattamento con la refrigerazione e confinando l'esecuzione di detta pratica a quei pochi casi ove essa può divenire realmente necessaria (es. salma che nel periodo estivo rimane presso il domicilio): ciò diviene indispensabile in un periodo storico quale quello attuale. Né può sottacersi l'impatto sull'ambiente e sugli operatori di una sostanza altamente tossica quale la formaldeide, il cui uso è già strettamente regolamentato nei laboratori di istologia.

Il trattamento conservativo, inoltre, andrebbe rigorosamente limitato anche in quanto allunga drasticamente il ciclo della scheletrizzazione. Al riguardo si ravvisa la necessità peraltro già in buona parte normata dall'attuale regolamento, di porre con enfasi l'attenzione su tutti quei fattori che agiscono prolungando i processi di mineralizzazione: dalla profondità della inumazione, alla tipologia dei materiali impiegati nell'allestimento delle bare, agli abiti utilizzati per vestire il defunto per il funerale, alle vernici impiegate per i cofani ecc.

Il problema a Trieste verrebbe peraltro ad essere completamente risolto, stante il fatto che trascorso il periodo di osservazione tutte le salme vengono conservate in cella frigorifera: a tale proposito si segnala come l'obitorio sia dotato di un congruo numero di celle refrigerate (circa 20) tale da garantire l'adeguato turn-over di salme e di evitare la loro permanenza a temperatura ambiente per circa 60 ore.

Per quanto concerne il trasporto delle salme, sulla base della nostra esperienza, sarebbe opportuno rivedere quanto previsto dall'art. 30. Nel trasferimento da Comune a Comune, o all'estero, nei casi in cui sia necessario riaprire il feretro per vari motivi (inumazione, cremazione, ecc.), sarebbe preferibile l'avvolgimento esterno con contenitori metallici riutilizzabili, mantenendo all'interno la semplice cassa di legno. Ciò permetterebbe di evitare manovre di apertura degli avvolgimenti di zinco, non sempre agevoli, e di ridurre il quantitativo di rifiuti speciali prodotti, in quanto il contenitore metallico, dopo adeguata pulizia, potrebbe essere riutilizzato. Andrebbero comunque definite le caratteristiche tecniche (ed eventuali materiali alternativi al metallo) di tali involucri.

Cremazione

Un ulteriore punto che necessita una precisa regolamentazione è la cremazione dei cadaveri. Tale modalità rappresenta certamente nelle aree di forte urbanizzazione una procedura da raccomandare, pur nel rispetto delle libere scelte individuali.

Nella nostra città il sistema di cremazione è operante dal dicembre 1994: a titolo esemplificativo si segnala che si è passati dalle 32 cremazioni del 1985 (all'epoca era operante un piccolo impianto) alle 294 del 1995, alle 400 dei primi mesi di quest'anno su un totale di 4000 decessi annui mantenendosi pressoché costante nel tempo.

Le problematiche inerenti alla volontà del defunto potrebbero essere definitivamente risolte prevedendo, in analogia con quanto proposto in tema di trapianti di organo, la possibilità di cremare il soggetto anche in assenza di una sua precisa volontà in tale senso, qualora non risulti espressamente documentato il suo dissenso, fatto questo che si evincerebbe dalla testimonianza dei famigliari, secondo l'ordine gerarchico attualmente in vigore (coniuge, fratello, ecc.).

In particolare si sottolinea la necessità di estendere la possibilità di cremazione delle salme di soggetti deceduti anteriormente al 1990 (data di entrata in vigore del DPR n. 285). La cremazione, in questi casi, potrebbe rappresentare la chiave di volta per la soluzione di frequenti e complessi problemi che si riscontrano ogni qualvolta la salma, dopo il normale periodo di rotazione, non sia ancora mineralizzata.

Sarebbe inoltre doveroso prevedere per ogni soggetto che viene cremato la necessità che venga sottoposto a riscontro diagnostico e ciò con la duplice finalità di chiarire a causa della morte e contestualmente escludere il sospetto di morte dovuta a reato: non sembra aderente alla realtà - alle soglie del 2000 - e affatto rispondenti ai dettami del Regolamento che prevede la denuncia di una causa di morte a fini epidemiologici e statistici, cremare un soggetto senza sapere con certezza la causa della morte.

Sembra anche opportuno sottolineare che il previsto certificato escludente il sospetto di morte dovuta a reato debba essere rilasciato esclusivamente dal medico necroscopo e non già anche - in alternativa - dal medico curante: in merito a questa ultima possibilità argutamente detto certificato è stato definito "un mostro che qualsiasi medico dovrebbe astenersi dal rilasciare.

Di ogni soggetto che viene cremato dovrebbe poi essere acquisito un campione di sangue eventualmente utilizzabile in un momento successivo per eventuali esami richiesti dalla A.G. (ad es. in tema di accertamento di paternità o di identificazione personale metodiche che prevedono l'indagine sul profilo del DNA): detto reperto potrebbe essere mantenuto per un periodo di tempo definito.

Anche in tema di trapianto di tessuti dovrebbe infine essere rivalutata la figura del medico necroscopico sia per quanto riguarda l'accertamento precoce della morte, da effettuarsi come previsto mediante ricorso ad elettrocardiogramma per 20 minuti ma anche in merito alle problematiche medico legali in merito all'acquisizione del consenso dei famigliari.

In ultima analisi le competenze medico legali del Regolamento di Polizia Mortuaria, fino ad oggi scotomizzate, non sembra possano essere ignorate: si propone quindi indifferibile la necessità di affidare competenze di gestione del cadavere a personale specializzato in materia: ciò può avvenire mediante una rivalutazione della figura del medico necroscopo, separando competenze igienistiche da quelle medico legali, ferma restando l'opportunità di una fattiva collaborazione fra le parti evenienza certamente realizzabile come ampiamente dimostrato dalla realtà triestina.

Rifiuti

Nel corso del 1995 sono state prodotte delle linee guida sul deposito temporaneo, trasporto e smaltimento dei rifiuti speciali, correggendo comportamenti errati. Si richiamano di seguito gli elementi essenziali:

- il sito di stoccaggio richiede: i) protezione dagli agenti atmosferici (vento e pioggia); ii) agevole pulizia della pavimentazione, qualora non si ricorra all'utilizzo di adeguati contenitori, il cui uso è consigliabile, anche e soprattutto per facilitare le successive operazioni di trasporto; iii) collocazione in aree non destinate al transito dei visitatori
- il trasporto, sia interno che esterno, dei rifiuti assimilabili agli urbani (fiori secchi, corone, carte, rottami, ecc.) può essere effettuato con le normali dotazioni consentite dalle dimensioni e caratteristiche del complesso cimiteriale. Per i rifiuti speciali, i mezzi di trasporto, sia interno

che esterno, dovranno essere dotati di un cassone a tenuta ed adeguata copertura per evitare fuoriuscita di materiali, diffusione di odori, dilavamenti meteorici

- i rifiuti speciali se avviati allo smaltimento esterno all'area cimiteriale vanno sottoposti a trattamento di disinfezione. Nell'area triestina viene privilegiato lo smaltimento nell'impianto di incenerimento comunale, che risulta autorizzato. L'eventuale recupero dello zinco proveniente dalle casse richiede una preliminare separazione dai residui di origine organica ed un successivo trattamento privilegiando quello termico. Così trattato il materiale diventa "residuo" ed è soggetto agli obblighi di cui al D.L. 8.11.1995 n. 463 (Comunicazione preventiva ex art. 5, tenuta dei registri di carico-scarico ex art. 9, Comunicazione annuale consuntiva ex art. 10)
- per nessun rifiuto cimiteriale è previsto l'obbligo della tenuta del registro di carico e scarico, specificatamente richiesto dalla Legge 475/88 per i rifiuti speciali derivanti da lavorazioni industriali e artigianali nonché per i rifiuti tossico-nocivi. Per contro è prevista la comunicazione annuale della quantità e qualità dei rifiuti speciali prodotti e smaltiti.

Rischi biologici

Andrebbe specificato quali sono le malattie diffuse che determinano un trattamento particolare della salma. Inoltre, sarebbe opportuno puntualizzare quale trattamento tali salme debbano ricevere dal momento del decesso alla loro sepoltura, nelle due fasi, l'una di trasporto all'obitorio, la seconda di trasferimento al luogo di sepoltura.

Andrebbe presa in considerazione la possibilità di ricorrere ai contenitori riutilizzabili e facilmente disinfettabili (crf relativo capitolo).

Un ulteriore aspetto da chiarire riguarda le procedure da seguire al fine di garantire il periodo di osservazione.

Igiene e sicurezza degli addetti cimiteriali

Il Dipartimento di Prevenzione, alla luce del D.Lvo 626/94, ha prodotto nel corso del 1995 alcune linee guida su:

- attrezzature e procedure adeguate, nonché sui comportamenti sicuri per eseguire tumulazioni ed estumulazioni nei loculi comuni drenati;
- nelle tombe di famiglia con cripta sotterranea;
- definizione standard quantitativi in rapporto all'utenza, per strutture igienico-assistenziali (spogliatoio, docce, ecc.).

Si richiamano di seguito gli elementi essenziali:

1. loculi comuni drenati: modalità di allestimento e di fissaggio degli impalcati e dei tavolati con tumulazione progressiva dall'alto verso il basso e contestuale smontaggio degli appresamenti;
2. tombe di famiglia: regolamentazione dei lavori di scavo in terreno friabile e messa in sicurezza della trincea;
3. movimentazione feretri: graduale conversione da attività prevalentemente manuale ad attività prevalentemente meccanica; sistemi di imbragatura sicura con sperimentazione di alcune soluzioni tecniche;
4. procedure e strumenti di verifica della qualità dell'aria nelle cripte prima dell'ingresso degli operatori; messa a disposizione di dispositivi di emergenza (autorespiratori);
5. illuminazione delle cripte mediante piccoli gruppi elettrogeni portatili;
6. definizione di tipologie e di modalità d'uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI);
7. lavaggio centralizzato degli indumenti di lavoro;
8. formazione del personale e sorveglianza sanitaria preventiva e periodica con particolare riguardo al rischio infettivo ed al rischio ergonomico.

Da ultimo è stata sottolineata, e si vuol qui richiamare, l'importanza di regolamentare la separazione tra fasi cerimoniali e fasi "lavorative" ovvero di movimentazione e sepoltura del feretro. Tale separazione dovrebbe facilitare l'adozione di misure antinfortunistiche a tutela del personale ed il ricorso ad ausili meccanici, senza urtare la sensibilità dei dolenti.

Rapporti tra Servizio Sanitario e Amministrazioni Comunali

Nell'agosto 1995 è stata effettuata una ricognizione congiunta tra Azienda Sanitaria e Comune di Trieste sugli aspetti critici relativi all'applicazione delle norme di polizia mortuaria, igiene dei cimiteri e sicurezza nelle operazioni cimiteriali.

È stato stilato un documento, con proposte di soluzione: si riportano di seguito alcuni punti significativi su quanto emerso:

- trasferimento nel nuovo complesso obitoriale, e contestuale potenziamento di organico, dell'Unità di Polizia Mortuaria del Dipartimento di Prevenzione onde poter meglio far fronte all'attività della Sanità Pubblica;
- trasporto delle salme all'interno della rete ospedaliera, preparazione delle stesse, esposizione ed avvio alla fase cerimoniale, affrontando anche aspetti di microconflittualità fra operatori dei servizi pubblici e privati;
- redazione di un archivio-catasto dei manufatti privati ed azioni di maggior informazione nei riguardi del pubblico sull'iter amministrativo da seguire per la messa a norma e per le nuove concessioni;
- protocollo d'intesa e successiva convenzione tra A.S.S. e Comune di Trieste.

Per quanto concerne altri elementi, questi sono stati esaminati nei capitoli precedenti.

Non è questa la sede per ricordare la revisione della modulistica, e più in generale delle procedure, adottate sino a quel momento.

Oltre alla complessità oggettiva delle problematiche cimiteriali ed ai non facili aspetti di gestione di questi servizi da parte dell'Amministrazione comunale, va rimarcato come uno degli elementi non debitamente considerati sia stato il progressivo passaggio delle competenze dall'interno del Comune (Ufficiale sanitario) ad un soggetto esterno (dapprima l'USL e poi l'Azienda Sanitaria). La comprensione di ciò è a nostro avviso lo starter di ogni azione di riorganizzazione.

La ricognizione di cui sopra ha rappresentato la fase propedeutica della stesura di un protocollo di intesa, sul quale si sta oggi lavorando, allo scopo di ridefinire le competenze dei due Enti, le modalità di intervento dell'uno e dell'altro, le forme di coordinamento più trasparenti e più agevole per gli utenti, il mantenimento dei necessari momenti verificatori.

Al protocollo d'intesa dovranno poi seguire protocolli operativi specifici, ratificati da provvedimenti formali.

Dal Regolamento nazionale ai regolamenti locali: spunti per una riflessione

Sulla base della nostra esperienza ed in coerenza con il "modello" che stiamo sperimentando nella nostra realtà locale, si ritiene matura una riflessione di carattere generale.

Il regolamento nazionale dovrebbe rappresentare un quadro normativo sui temi principali, a maglie larghe, a vita media.

Gli aspetti tecnico-applicativi andrebbero demandati e raccomandazioni o linee guida, aggiornate con il progredire delle conoscenze.

Andrebbero invece sviluppati in maniera decentrata i singoli regolamenti locali che traducono le norme generali, alla luce delle linee guida, in un contesto comunale, con armonizzazione su base regionale.

Azienda per i Servizi Sanitari, n.1 "Triestina"

(*) Dipartimento di Prevenzione

(**) Divisione Attività Medico Legali