

REGOLAMENTO AZIENDALE PER I DECESSI INTRAOSPEDALIERI E PER L'ACCESSO ALLE CAMERE MORTUARIE
--

PRESIDIO FATEBENEFRAPELLI E OFTALMICO
Corso di Porta Nuova n. 23 – 20121 – MILANO

PRESIDIO MACEDONIO MELLONI
Via Macedonio Melloni n. 52 – 20129 - MILANO

PRESIDIO LUIGI SACCO
Via G.B. Grassi n. 74 - 20157 Milano – MILANO

PRESIDIO VITTORE BUZZI
Via Castelvetro n. 32 - 20154 Milano – MILANO



INDICE

• Art. 1 - Constatazione delle morte	pag. 3
• Art. 2 - Accertamento di morte	pag. 3
• Art. 3 – Tempistiche legali della compilazione dei certificati	pag. 4
• Art. 4 – Accertamento strumentale di morte	pag. 5
• Art. 5 - Definizione della causa di morte dei pazienti ricoverati deceduti	pag. 5
• Art. 6 - Riscontro diagnostico	pag. 7
• Art. 7 - Contatti con i parenti	pag. 8
• Art. 8 - Trasporto fuori dal presidio della salma	pag. 10
• Art. 9 - Norme igieniche per la composizione e vestizione della salma	pag. 11
• Art. 10 - Assistenza religiosa post-mortem	pag. 13
• Art. 11 - Richiesta di seppellimento prodotti abortivi e feti	pag. 13
• Art. 12 - Parti anatomiche riconoscibili	pag. 16
• Art. 13 - Altre certificazioni	pag. 16
• Art. 14 - Scelta dell'Impresa di onoranze funebri	pag. 17
• Art. 15 - Norme di comportamento per le imprese di onoranze funebri	pag. 19
• Art. 16 - Norme di comportamento dei dipendenti nei rapporti con le imprese di onoranze funebri	pag. 20
• Art. 17 - Normativa di riferimento	pag. 21
• Art. 18 – Elenco allegati	pag. 23

ART. 1 - CONSTATAZIONE DI MORTE

LA CONSTATAZIONE DI MORTE È UN ATTO MEDICO

E' compito del Medico di Pronto Soccorso o del Medico di Reparto che hanno avuto in carico e/o in cura il paziente e, previa constatazione della morte, provvedere alla compilazione dei seguenti certificati:

1. **AVVISO DI MORTE** (all. 1)

2. **DENUNCIA CAUSE DI MORTE**

(scheda ISTAT UNICO MOD D4 2012; all. 2)

Le diciture riportate come *causa iniziale*, *causa intermedia* e *causa terminale della morte* devono essere uguali nei due documenti; entrambi devono essere firmati dal medico.

ART. 2 - ACCERTAMENTO DI MORTE

L'accertamento di morte viene redatto dal medico necroscopo che è delegato dalla Direzione Sanitaria (art. 4 comma 2 – 3 del DPR 10/09/1990 n. 285).

CERTIFICATO NECROSCOPICO (all. 3- all. 4)

Il certificato necroscopico ha lo scopo di accertare la morte e di escludere il sospetto di reato.

Condizioni necessarie per procedere alla compilazione del certificato necroscopico sono:

- 1) esame esterno del cadavere al fine di identificare i segni clinici di morte certa.
- 2) verifica della corrispondenza dei dati anagrafici riportati nelle certificazioni di constatazione di morte con la documentazione identificativa del cadavere anche attraverso l'utilizzo del codice a barre, della copia del documento di identità presente in cartella e del codice fiscale.
- 3) verifica da parte del medico che non ci sia il sospetto di un delitto perseguibile d'ufficio (v. elenco all. 5). In tal caso, il medico deve redigere rapporto, ponendo la salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria, di norma tramite Polizia di Stato.



ART. 3 - TEMPISTICHE LEGALI DELLA COMPILAZIONE DEI CERTIFICATI

DENUNCIA CAUSE DI MORTE:

entro 24 ore dal decesso (DPR 285 art. 1 punto 6)

In caso di soggetti sottoposti a riscontro diagnostico (DPR 285 art. 8*) o morte improvvisa** (DPR 285 art.9) i tempi legali di osservazione della salma sono più lunghi, in questi casi la denuncia di causa di morte può essere compilata entro 24 ore previo accertamento strumentale di morte.

*Articolo 8

1. Nessun cadavere può essere chiuso in cassa, né sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi a conservazione in celle frigorifere, né essere inumato, tumulato, cremato, prima che siano trascorse 24 ore dal momento del decesso, salvo i casi di decapitazione o di maciullamento e salvo quelli nei quali il medico necroscopo avrà accertato la morte anche mediante l'ausilio di elettrocardiografo la cui registrazione deve avere una durata **non inferiore a 20 minuti primi**, fatte salve le disposizioni di cui alla legge 2 dicembre 1975, n. 644, e successive modificazioni.

Si definisce **morte improvvisa la morte di un soggetto in buono stato di salute apparente senza diagnosi di malattia nota che si esplica in un tempo repentino (pochi secondi o pochi minuti, fino ad un'ora dall'insorgenza dei sintomi) senza alcun accertamento diagnostico.

La morte che si verifica in un soggetto in apparente stato di compenso di una condizione clinica nota in atto si definisce **morte inaspettata** e non richiede un prolungamento del tempo di osservazione del cadavere.

CERTIFICATO NECROSCOPICO:

- LEGGE NAZIONALE: (art. 4 comma 5 del DPR 10/09/1990 n. 285).

Non prima delle 15 ore dalla constatazione e non oltre le 30 ore.

- LEGGE REGIONALE: (18/11/2003 n.22; art.40, comma 7, Regolamento Regionale 6/2004).

Senza limite minimo e non oltre le 24 ore.

Nei giorni festivi entro le ore 8 del primo giorno feriale successivo e non oltre le 48 ore.

Per rispettarle entrambe:

(la legge Regionale non sostituisce la Nazionale)

Non prima delle 15 ore e non oltre le 24.

Nei giorni festivi entro le ore 8:00 del primo giorno feriale successivo ma non oltre le 30 ore.

ART. 4 - ACCERTAMENTO STRUMENTALE DI MORTE

L'accertamento strumentale di morte consente la compilazione del certificato necroscopico immediatamente dopo l'esecuzione di un ECG continuo della durata minima di 20 minuti (elettrocardiogramma tanatologico – DPR 285/90 circolare esplicativa art. 8 comma 2). (all. 6)

L'elettrocardiogramma tanatologico:

- deve essere eseguito in tutti i casi di soggetti deceduti
- deve essere firmato dal personale (infermiere e medico) che lo ha effettuato
- deve riportare i dati anagrafici del deceduto, l'orario di inizio e di fine della registrazione.

ART. 5 - DEFINIZIONE DELLA CAUSA DI MORTE DEI PAZIENTI RICOVERATI DECEDUTI

Il Medico che compila l'Avviso di Morte e la Denuncia di Causa di Morte (scheda ISTAT 2012) ed il certificato Necroscopico si trova ad affrontare le seguenti ipotesi:

1. Paziente deceduto clinicamente noto

Il *Medico* è in grado di definire le cause di morte: compila in tutte le sue parti l'Avviso di Morte, la Denuncia di Causa di Morte (scheda ISTAT ed. 2012) certifica la presenza /assenza di pace-maker.

2. Paziente deceduto clinicamente NON noto

Il *Medico* che non ha notizie sufficienti per stabilire con certezza le cause di morte applica la seguente procedura:

- compila e firma l'Avviso di Morte, limitatamente ai dati anagrafici del deceduto ed all'ora del decesso (avviso di morte, all. 1)
- compila senza firmare la Denuncia di Causa di Morte (scheda ISTAT ed. 2012, all. 2) limitatamente ai dati anagrafici del deceduto indicando che è stato richiesto il riscontro diagnostico
- compila e firma la richiesta di riscontro diagnostico (all. 7) al fine di determinare le cause di morte.



Eseguita l'autopsia, l'*Anatomo-Patologo* completerà la compilazione dei documenti limitatamente alle cause di morte ed infine firmerà la denuncia di causa di morte.

Esempi di soggetto ricoverato clinicamente NON noto:

- soggetti senza assistenza sanitaria
- soggetti senza familiari reperibili e senza documentazione sanitaria precedente rintracciabile
- soggetti incapaci e/o psichiatrici senza documentazione reperibile.

In tutti questi casi è d'obbligo informare il Magistrato di turno per ottenere il parere favorevole di autorizzazione a procedere.

3. Cadavere giunto in Ospedale con segni certi o sospetti di un reato perseguibile d'ufficio

In questo caso il *Medico* deve compilare l'Avviso di Morte e deve redigere il rapporto* ponendo la salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria di norma tramite la Polizia di Stato**.

*Il Rapporto è l'informativa di sospetto di reato da parte di un incaricato di pubblico servizio.

**N.B. Si allega l'elenco dei delitti perseguibili d'ufficio (all. 5).

NEL CASO DI PERSONA GIUNTA CADAVERE IN PRONTO SOCCORSO / DEA

si ritorna alle precedenti ipotesi :

- morte per causa naturale (definita sulla scorta di documentazione in possesso del soggetto o dall'anamnesi raccolta dai familiari o dal medico curante) ipotesi 1, 2.
- morte per causa da sospetto di dolo ipotesi 3.

ART. 6 - RISCONTRO DIAGNOSTICO

Tempistiche legali:

Può essere eseguito non prima che siano trascorse 24 ore dal decesso.

Può essere eseguito dopo accertamento strumentale di morte.

Richiesta di riscontro diagnostico (all. 7):

Deve essere compilata in tutte le sue parti

Quesito clinico scientifico:

- riguarda la causa di morte nei soggetti clinicamente non noti;
- riguarda chiarimenti di problematiche cliniche non risolte in vita, purché evidenziabili o ipotizzabili con esame macroscopico.

Quesiti inerenti problematiche biochimiche, tossicologiche o infettive devono essere motivati dal quadro clinico in vita ed opportunamente circostanziate.

Medico richiedente :

E' richiesta la presenza del medico richiedente il riscontro diagnostico o di un suo delegato durante l'esecuzione del riscontro diagnostico al fine di formulare una corretta epicrisi.

NOTE: **RISCONTRO DIAGNOSTICO** (Regolamento di Polizia Mortuaria DPR285/90 Capitolo V)

Articolo 37

1. Fatti salvi i poteri dell'autorità giudiziaria, sono sottoposti al riscontro diagnostico, secondo le norme della legge 15 febbraio 1961, n. 83, i cadaveri delle persone decedute senza assistenza medica, trasportati ad un ospedale o ad un deposito di osservazione o ad un obitorio, nonché i cadaveri delle persone decedute negli ospedali, nelle cliniche universitarie e negli istituti di cura privati quando i rispettivi direttori, primari o medici curanti lo dispongano per il controllo della diagnosi o per il chiarimento di quesiti clinico-scientifici.
2. Il coordinatore sanitario può disporre il riscontro diagnostico anche sui cadaveri delle persone decedute a domicilio quando la morte sia dovuta a malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, o a richiesta del medico curante quando sussista il dubbio sulla causa della morte. Il riscontro diagnostico è eseguito, alla presenza del primario o medico curante, ove questi lo ritenga necessario, nelle cliniche universitarie o negli ospedali dall'anatomopatologo universitario od ospedaliero ovvero da altro sanitario competente incaricato del servizio, i quali devono evitare mutilazioni e dissezioni non necessarie a raggiungere l'accertamento della causa di morte.
3. Eseguito il riscontro diagnostico, il cadavere deve essere ricomposto con la migliore cura.
4. Le spese per il riscontro diagnostico sono a carico dell'ente che lo ha richiesto.

Articolo 38

1. I riscontri diagnostici sui cadaveri portatori di radioattività devono essere eseguiti adottando le prescrizioni di legge vigenti in materia di controllo della radioattività ambientale ed adottando le misure concernenti la sorveglianza fisica del personale operatore a norma degli articoli 6, 69 e 74 del decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185, in quanto applicabili.

Articolo 39

1. I risultati dei riscontri diagnostici devono essere, dal direttore sanitario dell'ospedale o della casa di cura, comunicati al sindaco per eventuale rettifica della scheda di morte di cui all'art. 1. Il sindaco provvede altresì alla comunicazione dei risultati dei riscontri diagnostici secondo le procedure di cui all'art. 1, comma 7.
2. Quando come causa di morte risulta una malattia infettiva e diffusiva, la comunicazione deve essere fatta d'urgenza ed essa vale come denuncia ai sensi dell'art. 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modifiche.
3. Quando si abbia il sospetto che la morte sia dovuta a reato, il medico settore deve sospendere le operazioni e darne immediata comunicazione all'autorità giudiziaria.

Richiesta di riscontro diagnostico da parte di familiari o altri aventi diritti

I familiari o gli altri aventi diritto del deceduto possono concordare con il Direttore Sanitario o Sociosanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia (Comma 2 – bis, Art. 4 Legge 24 del 08/03/2017).

ART. 7 - CONTATTI CON I PARENTI

- All'approssimarsi del decesso di un paziente il personale di assistenza deve avvisare prontamente i parenti, ai quali dovrà essere consentito libero accesso al capezzale del congiunto.
- E' possibile richiedere, tramite il personale di assistenza, al Sacerdote di religione cattolica presente presso il Presidio Ospedaliero, l'unzione per gli infermi.
- E' consentito l'accesso ai rappresentanti di altre religioni per i relativi riti funebri.
- Il Medico in servizio o il personale infermieristico delegato dovrà informare i parenti dell'assistito dell'avvenuto decesso (all. 8) e dovrà consegnare loro la lettera di condoglianze contenente anche alcune informazioni utili.
- In caso di non rintracciabilità dei parenti il Medico dovrà tempestivamente attivare la procedura per la ricerca di questi ultimi.
- Per tutti i pazienti deceduti deve essere attivato il percorso di selezione del prelievo di cornee e di altri tessuti con compilazione della scheda di elezione al prelievo (all. 9, all. 10) e deve, quindi, essere acquisito dai familiari l'assenso o il diniego al prelievo delle cornee (all. 11). Ottenuto il consenso deve essere attivato il Protocollo di Prelievo di Cornee avvisando la Banca degli Occhi di Monza.
- L'infermiere consegna la lettera di condoglianze ed istruzioni per i parenti dei deceduti (all. 12).
- L'infermiere compila e predispone i documenti di identificazione della salma: braccialetto identificativo e documento identificativo nei quali devono essere riportati: cognome, nome, data di nascita e data di morte. Il documento identificativo recante tali informazioni deve essere apposto in modo tale da non poter essere rimosso.

- La salma verrà trasportata insieme ai relativi documenti presso la Camera Mortuaria del Presidio, rispettando i tempi legali.
- Gli operatori della camera mortuaria hanno in carico la seguente documentazione:
 - Avviso di morte compilato (all. 1)
 - Denuncia cause di morte o scheda ISTAT 2012 compilato (all. 2)
 - Modulo per Accertamento di Morte o Certificato necroscopico compilato (all. 3, all. 4).
- Il Direttore Medico di Presidio è responsabile dell'invio della suddetta documentazione all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Milano.
- Al fine di semplificare le procedure burocratiche ed amministrative e di consentire la celebrazione del rito funebre nel più breve tempo possibile, è consentito ai familiari, o a persone da essi delegate, il ritiro della documentazione per la trasmissione all'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Milano. I documenti, prodotti nel rispetto delle tempistiche dettate dalla normativa, verranno consegnati in busta chiusa preintestata, dal personale del Presidio Ospedaliero, agli aventi diritto. All'atto della consegna dei documenti, gli aventi diritto compilano la Dichiarazione di ritiro certificazione (all. 13).

In tutti gli altri casi la trasmissione della documentazione avverrà a cura della D.M.P.O.

In caso di deceduti non identificati e dei quali non sia stato possibile rintracciare i familiari, sarà compito della D.M.P.O. avviare le pratiche per consentire ai competenti Uffici (Comune, Obitorio, ecc...) l'attivazione delle procedure per il trasferimento della salma in obitorio o per la sua inumazione diretta.

ART. 8 - TRASPORTO FUORI DAL PRESIDIO DELLA SALMA durante il periodo di osservazione

(artt. 39, 41 Regolamento Regionale 6/2004)

Su richiesta dei familiari, la salma può essere trasportata, per lo svolgimento ed il termine del periodo di osservazione, dalla camera mortuaria a:

- a) sala del commiato
- b) obitorio o deposito di osservazione del comune
- c) abitazione propria o dei familiari.

Per il trasporto della salma il Medico che ha constatato il decesso, oltre a compilare l'Avviso di Morte e la Denuncia delle Cause di Morte (scheda ISTAT 2012), dovrà compilare tempestivamente la parte superiore dell'apposito modulo approvato dalla Giunta Regionale (all. 14).

Di norma, il suddetto modulo deve essere compilato dal Medico curante o dal Medico che ha constatato il decesso ed in assenza di questi da qualunque altro Medico dipendente dell'ASST Fatebenefratelli Sacco, il quale, se necessario, potrà prendere visione della documentazione sanitaria pertinente.

In questi casi l'Accertamento di Morte sarà redatto dai medici necroscopici della A.T.S. di competenza trascorso il periodo di osservazione presso il luogo dove la salma è stata trasportata.

La salma deve essere sempre affidata agli operatori di camera mortuaria che hanno anche il compito di ricevere la documentazione relativa al trasporto.

L'Avviso di Morte, la Denuncia delle Cause di Morte (scheda ISTAT 2012) ed il Modulo per il Trasporto della salma saranno consegnati dall'operatore di camera mortuaria all'incaricato dell'Impresa di Onoranze Funebri scelta dai familiari.

L'Impresa di Onoranze Funebri ha il compito di dare preventiva comunicazione del trasporto della salma:

- a) all'Ufficiale di Stato Civile del comune in cui è avvenuto il decesso e a quello del comune cui verrà trasportata la salma
- b) all'A.T.S. competente per il luogo di destinazione della salma
- c) al responsabile della struttura sanitaria.

In caso di richiesta di riscontro autoptico per definire le cause di morte, non sarà consentito il trasporto della salma.

ART. 9 - NORME IGIENICHE PER LA COMPOSIZIONE E VESTIZIONE DELLA SALMA

Precauzioni igienico-sanitarie per il controllo della diffusione delle malattie infettive e in caso di rischio di contaminazione ambientale e da sostanze radioattive (D.g.r. n.7/20278 del 21/01/2005)

A) PRECAUZIONI IGIENICO-SANITARIE DA ADOTTARSI SEMPRE

1. Durante la vestizione e deposizione o qualsiasi altro trattamento del cadavere:
 - devono comunque essere utilizzati guanti monouso da parte degli operatori professionali;
 - in presenza di ferite aperte o lesioni della cute del cadavere, si deve provvedere alla copertura con materiale tale da impedire la fuoriuscita di liquidi biologici;
 - in caso di perdita di liquidi biologici dal cadavere, si deve provvedere alla sua immediata deposizione e, previa accertamento strumentale della morte, l'operatore di camera mortuaria provvede ad allertare immediatamente l'Impresa di onoranze funebri incaricata dai familiari per la deposizione della salma in sacche impermeabili nella bara; occorre poi procedere alla pulizia e disinfezione delle superfici eventualmente imbrattate; nel caso in cui i predetti liquidi derivanti dal cadavere contaminino indumenti od oggetti, questi ultimi devono essere sottoposti rapidamente a trattamento di disinfezione;
 - i rifiuti derivanti dal trattamento del cadavere, devono essere rapidamente smaltiti, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di cui al d.P.R. 15 luglio 2003, n. 254.
2. Durante il periodo di osservazione, nell'ambiente che ospita il cadavere:
 - deve esservi un adeguato ricambio d'aria, garantito da aerazione naturale o artificiale;
 - devono essere evitati i contatti diretti con le mucose del cadavere.
3. Dopo la chiusura e la partenza del feretro, l'ambiente ove il cadavere è stato ospitato deve essere sottoposto a pulizia e sanificazione.

ASST Fatebenefratelli Sacco

B) PRECAUZIONI IGIENICO-SANITARIE IN CASO DI IMMEDIATO PERICOLO INFETTIVO

1. Ove il defunto, prima del decesso, abbia manifestato segni o sintomi di: tubercolosi in fase contagiosa, meningite, febbri emorragiche virali (Ebola, Lassa, Marburg, ecc..), vaiolo, colera, peste, difterite, lebbra, tularemia si procederà in tal modo:

- il cadavere dovrà essere manipolato solo da personale qualificato, dotato di tutti gli strumenti di barriera utilizzati per l'isolamento protettivo in ambito ospedaliero, ai fini della prevenzione del rischio biologico e secondo le indicazioni formulate da parte dei competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché dal medico competente di cui al Titolo X del D.Lgs. 81/2008;

- l'accertamento della morte sarà preferenzialmente strumentale ai sensi della legge 578/93 e Decreto ministeriale 592/84. L'eventuale periodo di osservazione, dovrà svolgersi presso l'obitorio o il servizio mortuario di struttura sanitaria;

- il periodo di osservazione potrà essere ridotto a giudizio del competente servizio dell'A.T.S.;

- non potranno essere effettuati trattamenti di imbalsamazione, tanatoprassi o altri quali lavaggio, taglio di unghie, capelli, barba;

- il feretro dovrà avere le caratteristiche ordinariamente stabilite per la inumazione o la cremazione qualora fossero scelte queste pratiche funebri. In caso di tumulazione è consentita solo quella in loculo stagno;

- tutti gli effetti venuti a contatto con la salma o contaminati da liquidi da essa derivanti, devono essere rapidamente smaltiti nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di cui al d.P.R. 15 luglio 2003, n. 254.

2. Le precauzioni di cui al punto 1 si applicano altresì nel caso di cadavere portatore di xenotrapianti, anche ottenuti da animali geneticamente modificati pur in assenza di qualsivoglia sintomatologia.

C) PRECAUZIONI IGIENICO - SANITARIE IN CASO DI RISCHIO DI CONTAMINAZIONE AMBIENTALE

1. Ove il deceduto sia stato affetto da carbonchio: la manipolazione del cadavere antecedente la chiusura nel feretro dovrà avvenire adottando tutte le misure di sicurezza atte ad evitare l'inalazione, l'ingestione, la penetrazione per contatto diretto di eventuali spore. Il personale adibito alla manipolazione del cadavere adotterà dispositivi di sicurezza individuale secondo le indicazioni formulate da parte dei competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché dal medico competente di cui al di cui al Titolo X del D.Lgs. 81/2008; È D'OBBLIGO LA CREMAZIONE.

D) PRECAUZIONI IGIENICO - SANITARIE IN CASO DI RISCHIO DI CONTAMINAZIONE DA SOSTANZE RADIOATTIVE

1. Ove il deceduto sia portatore di radioattività a seguito di trattamenti sanitari la struttura sanitaria nella quale le sostanze radioattive sono state somministrate, fornisce all'A.T.S. idonea documentazione contenente le seguenti informazioni: tipologia, quantità e stato fisico delle sostanze radioattive somministrate; valutazione della dose al gruppo critico della popolazione ed ai lavoratori addetti ai servizi cimiteriali attestante il rispetto dei pertinenti limiti di dose ai sensi del D.Lgs. 17 marzo 1995, n. 230.

In mancanza di detta documentazione, l'A.T.S., avvalendosi del supporto tecnico dell'ARPA, provvede a verificare direttamente il rispetto dei limiti di dose al gruppo critico della popolazione ed ai lavoratori addetti al servizio cimiteriale.

ART. 10 - ASSISTENZA RELIGIOSA POSTMORTEM

Il Presidio Ospedaliero si impegna, per quanto possibile, a favorire le procedure di rito proprie di ogni religione.

ART. 11 - RICHIESTA DI SEPPELLIMENTO DI PRODOTTI ABORTIVI E DEI FETI

Per i prodotti abortivi/feti di presunta età gestazionale compresa fra le venti e le ventotto settimane, nonché per i prodotti del concepimento di presunta età gestazionale inferiore alle venti settimane, il Personale della Sala Parto, incaricato dalla Direzione Sanitaria, deve informare i genitori della possibilità di richiedere la sepoltura.

Tali informazioni saranno fornite mediante l'utilizzo di apposita cartellonistica affissa in reparto (all. 15).

L'A.T.S., informata dalla Direzione Sanitaria tramite invio della richiesta di sepoltura, corredata dell'indicazione della presunta età del feto o del prodotto del



concepimento, rilascia il permesso di trasporto e seppellimento direttamente al comune ove si è verificato l'evento.

In mancanza della richiesta di sepoltura, si provvederà seguendo la stessa procedura prevista per parti anatomiche riconoscibili.

Si ricorda che per i feti di età superiore alla ventesima settimana, se nati vivi, e per quelli di età superiore alla ventottesima, anche se nati morti, in base al DPC 22/7/1999 n° 170, è obbligatoria l'effettuazione del riscontro diagnostico.

Procedura in caso di richiesta di sepoltura di prodotti abortivi/feti.

I genitori o la madre dovranno compilare l'apposito modulo (all. 16). In tale modulo è esplicitato che l'onere del servizio funebre, comprese le tariffe attinenti alla tipologia di sepoltura o servizio, è a carico dei richiedenti.

La Direzione Medica di Presidio dovrà inviare tale richiesta firmata dai genitori o dalla madre entro le 24 ore successive all'A.T.S. Milano-Città metropolitana, Dipartimento di Prevenzione sanitaria - Polizia Mortuaria mezzo fax al numero 02.85783808.

A tale documentazione la DMP dovrà allegare copia della Denuncia di prodotto di concepimento, abortivo o feto partorito morto (all. 16).

Entrambi i documenti risultano fondamentali per il rilascio dell'autorizzazione da parte dell'A.T.S. al trasporto e seppellimento.

L'A.T.S., una volta emessa l'autorizzazione, trasmetterà copia di tutta la documentazione al Comune di Milano.

Quindi, i genitori, o persona da loro delegata, dovranno recarsi presso gli uffici del Comune di Milano - Settore Servizi Funebri per stabilire le modalità del Servizio Funebre.

el



Procedura per autorizzazione al trasporto-cremazione di prodotti abortivi/feti.

La Direzione Sanitaria trasmette alla A.T.S. Milano-Città metropolitana, Dipartimento di Prevenzione sanitaria - UOC Igiene e sanità pubblica-Polizia Mortuaria, via Statuto n. 5, mezzo fax al numero 02.85783808, la richiesta di trasporto-cremazione di prodotti abortivi/feti utilizzando il modulo (all. 17) che riporta l'elenco dei prodotti del concepimento per i quali non sia stata avanzata specifica richiesta di sepoltura da parte dei genitori.

L'A.T.S., una volta emessa l'autorizzazione al trasporto-cremazione, trasmetterà tutta la documentazione al settore servizi Funebri del Comune di Milano.

Il Settore Servizi Funebri, provvederà a contattare la Direzione Medica di Presidio e/o la Camera Mortuaria delegato per fissare la data e l'orario del prelievo dei prodotti di cui trattasi.

I prodotti di concepimento devono essere conservati in contenitori in polipropilene conformemente alle indicazioni fornite dall'Agenzia Regionale per la Protezione dell'Ambiente della Lombardia. Tali contenitori devono essere conservati all'interno di cassetine di legno nelle celle frigorifere della Camera Mortuaria in attesa del ritiro per la cremazione ad opera del Settore Servizi Funebri del Comune di Milano.



ART. 12 - PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI

Le autorizzazioni al trasporto, inumazione, tumulazione o cremazione di parti anatomiche riconoscibili necessarie per la sepoltura in cimitero o la cremazione devono essere rilasciate dalla A.T.S. competente per territorio.

In caso di amputazione, la persona amputata può chiedere che la parte anatomica riconoscibile venga tumulata, inumata o cremata con diverse modalità. In tale caso la richiesta deve essere effettuata ed inoltrata all'ufficio preposto della A.T.S. competente per territorio, attraverso la DMP.

La richiesta per ricevere tali autorizzazioni deve avvenire mediante l'invio di specifica modulistica (all. 18).

ART. 13 - ALTRE CERTIFICAZIONI

Su richiesta dei familiari possono essere rilasciate le seguenti certificazioni:

- AUTORIZZAZIONE ALLA CREMAZIONE

L'autorizzazione alla cremazione spetta all'Ufficiale di Stato Civile nel rispetto della volontà espressa dal defunto o dai suoi familiari.

In questo caso si utilizzerà il modulo per l'Accertamento di Morte, redatto dal Medico Necroscopo, all'interno del quale sono comprese le informazioni utili ai fini della cremazione; il medico Necroscopo potrà avvalersi di quanto necessario per la certificazione della presenza o meno di elettrostimolatori.

N.B.: esclusione del sospetto di reato nei casi dubbi.

- PASSAPORTO MORTUARIO

La certificazione per il trasporto della salma all'estero (all. 19), viene redatta dal Medico Curante o dal Medico Necroscopo e successivamente vidimata dalla Direzione Medica di Presidio e, quindi, inoltrata dai familiari del defunto all'Ufficio Funerali e Cremazione del Comune di Milano.



ART. 14 - SCELTA DELL'IMPRESA DI ONORANZE FUNEBRI

Per lo svolgimento di tutte le pratiche amministrative e organizzative per la gestione delle esequie i parenti possono delegare un'Impresa di onoranze funebri di propria fiducia.

Premesso che nessuna Impresa di Onoranze Funebri ha accordi esclusivi o privilegiati o appalti di servizi con la ASST Fatebenefratelli Sacco, la scelta dell'Impresa per le onoranze funebri è di competenza esclusiva dei parenti del deceduto.

Qualora i parenti dei defunti scelgano di rivolgersi ad un'impresa privata, presso la camera mortuaria è messo a loro disposizione un elenco delle Imprese di onoranze funebri operanti nella città di Milano e Provincia, rilasciato dalla C.C.I.A.A. di Milano, e un elenco telefonico.

Nel caso in cui i parenti optino per un'Impresa di onoranze funebre convenzionata con il Comune di Milano o con il Comune di residenza, il personale della Camera mortuaria provvederà a fornire le indicazioni logistiche necessarie per contattare l'Ufficio Comunale addetto.

Inoltre, è possibile richiedere all'Ufficio Funerali del Comune di Milano l'effettuazione dei servizi funebri gratuiti in uno dei seguenti casi:

- indigenza del defunto

è considerato indigente chi percepiva in vita, dall'Amministrazione comunale, il sussidio integrativo al minimo vitale. Quest'ultimo è stato sostituito con l'ISEE, quale requisito oggettivo richiesto per potersi avvalere delle nuove procedure di sostegno al reddito, individuando in una soglia pari o inferiore a € 6.000 il valore Isee per poterne usufruire. Pertanto può essere richiesto il funerale gratuito anche per i defunti che in vita avevano un ISEE pari o inferiore a € 6.000.

Nel caso di cittadini stranieri non residenti in Italia, l'indigenza deve essere attestata dal Consolato del Paese di appartenenza.

- famiglia in stato di bisogno

Sono considerati in stato di bisogno i familiari del defunto (coniuge, ascendenti e discendenti in linea retta di primo grado, fratello e sorella) che



dichiarano un valore reddituale annuo complessivo lordo, riferito al nucleo familiare di rispettiva appartenenza, pari o inferiore a € 20.299,17, risultante dall'ultima dichiarazione dei redditi presentata o, in assenza, dall'ultima Certificazione Unica disponibile (già CUD).

Nel caso di cittadini stranieri non residenti in Italia, lo stato di bisogno deve essere attestato dal Consolato del Paese di appartenenza.

• disinteresse dei familiari

Il disinteresse dei familiari, può essere:

- a) esplicito, cioè manifestato in una dichiarazione sottoscritta
- b) implicito, che si determina con l'assenza - entro trenta giorni dal decesso - di comportamenti e attività necessarie per provvedere alla sepoltura.

Il funerale gratuito è riservato alle seguenti tipologie di cittadini:

- cittadini residenti e deceduti a Milano, la cui sepoltura avvenga nei cimiteri cittadini o per i quali venga richiesta la cremazione, in possesso dei requisiti sopra descritti;
- cittadini residenti a Milano e deceduti in altro Comune. Il Comune di decesso verificherà con il Comune di Milano la presenza delle condizioni previste per l'assunzione degli oneri a carico comunale;
- cittadini residenti fuori Comune ma deceduti a Milano ed in questo caso gli oneri del servizio funebre e della sepoltura sono a carico del Comune di residenza, che stabilirà i requisiti previsti per beneficiare del funerale gratuito.

Gli operatori del Comune di Milano – Ufficio Funerali e Cremazioni via Larga n. 12-1° piano, Milano – tel. 02.88.46.2160/2184, sono a disposizione per informazioni e chiarimenti.

Il conferimento di incarico all'Impresa di onoranze funebri per il disbrigo delle pratiche amministrative, la vendita di casse ed articoli funebri ed ogni altra attività connessa al funerale, si svolge unicamente nella sede autorizzata o, eccezionalmente, su richiesta degli interessati presso altro luogo, purchè non all'interno delle aree di pertinenza della ASST Fatebenefratelli Sacco.

Sia l'Utenza che gli operatori delle imprese sono informati di tali disposizioni da appositi avvisi affissi nelle camere mortuarie (all. 20).

La vestizione della salma è affidata al personale in servizio presso la camera mortuaria tranne nei casi in cui i familiari desiderino procedere direttamente (ad esempio, per motivi religiosi).

In conformità alle Circolari e protocolli regionali, le Direzioni Mediche di Presidio tengono aggiornato il Registro delle imprese di onoranze funebri incaricate dagli aventi diritto al ritiro delle salme/cadaveri presso la camere mortuarie di afferenza, e comunicano annualmente agli Uffici Regionali competenti il dato aggregato sulle percentuali di servizi affidati a ciascuna impresa sul totale dei servizi effettuati.

ART. 15 - NORME DI COMPORTAMENTO, ALL'INTERNO DELLA AZIENDA, PER LE IMPRESE DI ONORANZE FUNEBRI

E' assolutamente fatto divieto a tutte le Imprese di onoranze funebri di svolgere attività commerciali e di propaganda all'interno di qualsiasi Presidio, Ufficio o area di pertinenza dell'ASST Fatebenefratelli Sacco.

E' assolutamente fatto divieto agli incaricati delle Imprese di onoranze funebri di frequentare gli ambienti dell'ASST Fatebenefratelli Sacco per offrire i loro servizi o per contattare in qualsiasi modo i dolenti.

Gli incaricati delle Imprese di onoranze funebri possono accedere ai Presidi Ospedalieri e alla Camera mortuaria solo ed esclusivamente per servizio, su richiesta dei parenti e di nessun altro. In ogni caso, la presenza in camera mortuaria degli addetti delle imprese di Onoranze Funebri deve essere limitata unicamente allo svolgimento delle funzioni consentite e per il tempo strettamente necessario.

Gli addetti delle Imprese di onoranza funebri all'interno dell'azienda e delle camere mortuarie devono essere chiaramente identificabili tramite appositi cartellini di riconoscimento (nome e ditta).

I rapporti tra cittadini ed impresa che riguardano l'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda, come disciplinato al precedente articolo.

ART. 16 - NORME DI COMPORTAMENTO DEI DIPENENTI NEI RAPPORTI CON LE IMPRESE DI ONORANZE FUNEBRI

Il personale ha divieto assoluto di chiamare le Imprese di onoranze funebri e di raccomandare ai familiari del defunto l'acquisto di generi funerari da specifiche imprese.

È fatto divieto al personale di comunicare alle Imprese di onoranze funebri il nominativo dei defunti giacenti nei locali del servizio.

Il personale non dovrà effettuare alcuna intermediazione a qualsiasi livello tra le Imprese di onoranze funebri e la famiglia del defunto, neppure a titolo di cortesia.

Qualunque iniziativa dei dipendenti dell'Azienda mirante ad influenzare in qualunque modo i congiunti del defunto nella scelta dell'impresa di onoranze funebri, costituirà violazione dei doveri di ufficio e darà luogo a sanzioni disciplinari, oltre a quelle eventualmente previste dal codice penale e civile.

Il personale dipendente non è autorizzato a rilasciare alle Imprese di onoranze funebri informazioni circa i possibili decessi che possono aver luogo nelle aree di degenza.



ART. 17 - NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- D.P.R. 10/09/1990, n. 285:
“Approvazione del regolamento di polizia mortuaria”.
- Circolare Ministero della Sanità 24/06/1993, n. 24:
“Regolamento di polizia mortuaria, approvato con DPR n. 285/90: circolare esplicativa”.
- Legge 29/12/1993, n. 578:
“Norme per l'accertamento e la certificazione di morte”.
- Decreto Ministro Sanità 22/8/1994, n. 582:
“Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte”.
- D.P.R. 03/11/2000, n. 396:
“Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile”.
- Legge 30/03/2001, n.130:
“Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri”
- Decreto Legislativo 30/06/2003, n.196:
“Codice in materia di protezione dei dati personali”.
- D.P.R. 15/07/2003, n. 254:
“Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179”.
- Legge Regionale del 18/11/2003, n. 22:
“Norme in materia di attività e servizi necroscopici, funebri e cimiteriali”.
- Regolamento Regionale del 09/11/2004, n. 6:
“Regolamento in materia di attività funebri e cimiteriali”.
- Deliberazione Giunta Regionale del VII/20278 del 21/01/2005:
“Attuazione del regolamento regionale n. 6 in materia di attività funebri e cimiteriali. approvazione dei contenuti formativi per gli operatori esercenti l'attività' funebre (art. 32), dei modelli regionali (artt. 13-14-30-36-37-39-40 comma 6) nonché delle cautele igienico-sanitarie di cui all'art. 40, comma 4”.
- Legge Regionale 08/02/2005, n. 6:
“Collegato ordinamentale”.
- Circolare n. 21/SAN del 30/05/2005:
“Indirizzi applicativi del regolamento regionale 9/11/2004, n. 6”.



ASST Fatebenefratelli Sacco

- Circolare n. 2/SAN del 12/01/2006:

“Gestione di camere mortuarie, depositi di osservazione interne a strutture sanitarie o socio sanitarie”.

- Circolare n. 19/SAN del 14/06/2006:

“Strutture ospedaliere: vigilanza nell’ambito delle camere mortuarie”.

- Regolamento Regionale 06/02/2007, n.1:

“Modifiche al regolamento regionale 9 novembre 2004, n. 6 <Regolamento in materia di attività funebri e cimiteriali>”

- D.Lgs 81/2008 – Titolo X:

“Attivazione dell’articolo 1 della legge 3 agosto del 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro – Esposizione ad agenti biologici”

ART. 18 - ELENCO ALLEGATI

1. Avviso di morte
2. Denuncia delle cause di morte (scheda ISTAT)
3. Modulo per l'accertamento di morte PO Fatebenefratelli
4. Modulo per l'accertamento di morte PO L. Sacco, M. Melloni e V. Buzzi
5. Elenco Reati perseguibili d'ufficio
6. Verbale di accertamento della morte mediante esecuzione di ECG (PO Fatebenefratelli)
7. Richiesta riscontro diagnostico
8. Modulo ricerca parenti
9. Valutazione di idoneità del donatore multi tessuto
10. Valutazione di idoneità del donatore di tessuti oculari
11. Modulo di consenso al prelievo di cornee
12. Lettera di condoglianze ed informazioni per i parenti dei deceduti
13. Dichiarazione di ritiro certificazioni
14. Modulo per trasporto di salma
15. Informativa sulla possibilità di richiedere la sepoltura dei prodotti abortivi e dei feti
16. Modulo di manifestazione di volontà della madre in ordine al trasporto / cremazione / seppellimento dei prodotti abortivi e denuncia di prodotto abortivo
17. Richiesta autorizzazione al trasporto / cremazione dei prodotti abortivi
18. Richiesta autorizzazione al trasporto/cremazione delle parti anatomiche riconoscibili
19. Certificato medico per passaporto mortuario
20. Avviso utenti delle camere mortuarie
21. Istruzioni operative PO Fatebenefratelli e M. Melloni
22. Istruzioni operative PO V. Buzzi
23. Istruzioni operative PO L. Sacco

ANNO 20.....

ATTO N..... P. S.

AVVISO DI MORTE

(Art. 72 Comma 1 e 3 D.P.R. 396/2000)

☐ GIUNTO

Milano, li.....20.....

☐ RINVENUTO

**All'Ufficiale dello Stato Civile
del Comune di Milano**

Il giorno alle ore e minuti
in questo Ospedale / Clinica / Casa di cura
(Reparto)
sito in via
è deceduto/a:

Cognome e nome
Nato/a in (.....) il atto n.
Residente in Prov.
Via
Cittadinanza di Stato civile¹
Cognome e nome del coniugo (se coniugato/a o vedovo/a)

Firma dell'incaricato della struttura sanitaria

☐ SALMA PRESSO LA CAMERA
MORTUARIA OSPEDALIERA

☐ SALMA TRASLATA PRESSO

.....
(barrare l'opzione)

Timbro della Struttura

Specificare se trattasi di celibe/nubile, coniugato/vedovo, o libero di stato (nel caso in cui il defunto ha ottenuto sentenza di divorzio passata in giudicato)

12

28



Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico
Ospedale Macedonio Melloni

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

ALL. 3

AL COMUNE DI MILANO
UFFICIO SERVIZIO MORTUARIO

Modulo per ACCERTAMENTO DI MORTE

CERTIFICATO NECROSCOPICO

(Art.40, comma 6 del regolamento regionale n.6/04)

Il giorno/...../..... alle ore:..... il sottoscritto Medico Necroscopo* Dott.

visitato il cadavere del/la sig/a ☐ M ☐ F

nato/a il/...../..... a

deceduto/a il/...../..... alle ore:..... presso L'ASST Fatebenefratelli Sacco,

Presidio Ospedaliero.....,

CERTIFICA:

che presenta i segni di certa morte,

che non ha sospetto che la morte sia dovuta a reato

allega nulla osta dell'Autorità Giudiziaria ☐ sì ☐ no

che il cadavere è portatore di pace-maker: ☐ sì ☐ no

E DISPONE

☐ L'ADOZIONE DELLE SEGUENTI MISURE IGIENICO-PRECAUZIONALI:

.....

☐ LA RIDUZIONE DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE A CAUSA:

.....

.....
*IL MEDICO NECROSCOPO

Timbro e firma

*Delegato dal Direttore Sanitario

Note per la compilazione

1. Le precauzioni igienico sanitarie riguardano sia eventuali malattie infettive che eventuali contaminazioni da materiale radioattivo.
2. Indicare se l'eventuale riduzione del periodo di osservazione viene disposta per decapitazione, maciullamento, avanzato stato di decomposizione o putrefazione o altre motivazioni specifiche ovvero se sia stata effettuata rilevazione elettrocardiografica per 20 minuti.

pl

30



ACCERTAMENTO DI MORTE
(Art. 40, comma 6 del regolamento regionale n. 6/04)

Il sottoscritto Prof./Dott. _____
in qualità di :

☐ delegato del Direttore Sanitario della struttura di ricovero

CERTIFICA

☐ di aver accertato la morte del Sig./Sig.ra _____
nat. il _____ a _____
residente a _____ in via _____ n° _____

☐ che il cadavere è portatore di pace-maker (3)

E DISPONE

☐ l'adozione delle seguenti misure precauzionali igienico-sanitarie (1)

☐ la riduzione del periodo di osservazione essendo stata effettuata rilevazione elettrocardiografica di 20 minuti

☐ la riduzione del periodo di osservazione per (2):

CERTIFICA ALTRESÌ

☐ che non ha sospetto che la morte sia dovuta a reato

_____ lì _____

Il Medico

Note per la compilazione

(1) Le precauzioni igienico sanitarie riguardano sia eventuali malattie infettive che eventuali contaminazioni ambientali e contaminazioni da materiale radioattivo e sono quelle previste dall'art.25 del DPR 295/1990 o dall'allegato 9 della DGR 7/20278 del 21.1.2005

(2) Indicare se l'eventuale riduzione del periodo di osservazione viene disposta per decapitazione, maciullamento, avanzato stato di decomposizione o putrefazione o altre motivazioni specifiche ovvero se sia stata effettuata rilevazione elettrocardiografica per 20 minuti.

(3) come da dichiarazione del medico curante

12

31



Allegato 5

Reati perseguibili d'ufficio	
Reato	Specifiche
<u>Violenza fisica</u>	• Maltrattamenti in famiglia • Violenza privata • Abuso di mezzi di correzione o di disciplina • Lesioni, se determinano malattia di durata superiore ai 20 giorni • Percosse, se determinano malattia di durata superiore ai 20 giorni
<u>Violenza sessuale</u> Comprende ogni comportamento, violento o minaccioso o compiuto con abuso di autorità, con il quale si costringe qualcuno a subire o a compiere atti sessuali	D'ufficio se: • fatto compiuto ai danni di un minore di 14 anni; • fatto compiuto da un ascendente, da un genitore, anche adottivo, dal coniuge o convivente di essi, da adulto cui il minore è affidato per ragioni di cura; • fatto compiuto da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni; • fatto che concorre con altro procedibile d'ufficio (es. violenza privata, maltrattamento, lesioni gravi o gravissime, sequestro di persona, ecc.).
<u>Atti sessuali con minorenne</u> Commette tale reato chi compie atti sessuali, con violenza o minaccia, con un minore di anni 14; oppure con un minore di anni 16, quando l'autore ne sia l'ascendente, il genitore anche adottivo, il tutore, ovvero altra persona cui il minore stesso è affidato per ragioni di cura, educazione, ecc., ovvero abbia con il minore una relazione di convivenza	D'ufficio se: • fatto compiuto ai danni di minore di anni 10; • fatto compiuto da un ascendente, da un genitore, anche adottivo, dal coniuge o convivente di essi, da adulto il cui minore è affidato per ragioni di cura, educazione, istruzione, vigilanza, custodia (insegnanti, educatori, ...); • fatto compiuto da pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni; • fatto che concorre con altro procedibile d'ufficio (es. violenza privata, maltrattamento, lesioni gravi o gravissime, sequestro di persona, ecc.).
<u>Corruzione di minorenne</u> Gli atti sessuali sono commessi in presenza di minore di anni 14 al fine di farlo assistere	
<u>Violenza sessuale di gruppo</u>	
<u>Prostituzione minorile</u> a) commette reato chiunque induca, favorisca o sfrutti ai fini di prostituzione persona minore di anni 18; b) è punito chi compie atti sessuali in cambio di denaro o di altra utilità economica con minore tra 14 e 16 anni (al di sotto dei 14 anni si rientra nel reato "Atti sessuali con minorenne")	N.B. Obbligo per il pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio che abbia notizia che un minore di anni 18 esercita le prostituzione di darne immediata notizia alla Procura della Repubblica c/o TM
<u>Pornografia minorile</u> a) commette il reato chi sfrutta un minore di anni 18 al fine di realizzare esibizioni pornografiche o di produrre o commerciare materiale pornografico; b) commette reato chi, al di fuori delle ipotesi previste al punto precedente, distribuisce, divulga o pubblicizza, anche per via telematica (Internet), materiale pornografico riguardante minori oppure distribuisce o divulga notizie o informazioni finalizzate all'adescamento o allo sfruttamento sessuale di essi; c) commette reato chi, al di fuori delle ipotesi previste nei punti precedenti, consapevolmente cede ad altri (anche a titolo gratuito) materiale pornografico prodotto mediante lo sfruttamento sessuale di minori	
<u>Detenzione di materiale pornografico</u> Commette reato chi consapevolmente si procura o dispone di materiale pornografico riguardante minori	
<u>Iniziative turistiche volte allo sfruttamento della prostituzione minorile</u> Commette reato chiunque organizza o propaganda viaggi finalizzati alla fruizione di attività di prostituzione a danni di minori o comunque comprendenti tali attività	
<u>Tratta di minori</u> E' punibile chi commette tratta o comunque fa commercio di minori al fine di indurli alla prostituzione. La tratta comprende ogni atto di cattura, acquisto o cessione di individuo per ridurlo in schiavitù; ogni atto di acquisto di schiavo per venderlo o scambiarlo; ogni atto di cessione per vendita o scambio di schiavo acquistato, per essere venduto o scambiato; ogni atto di commercio o di trasporto di schiavi	



Aggravanti di reato

Lo sfruttamento della prostituzione, della pornografia e del turismo sessuale sono puniti in modo più grave se:

- il fatto è compiuto in danno di minore di 14 anni;
- il fatto è commesso in danno di minore in stato di infermità o minorazione psichica;
- il fatto è commesso con violenza o minaccia.

Inoltre sfruttamento della prostituzione e della pornografia sono puniti in modo più grave se:

- il fatto è commesso da un ascendente, dal genitore, anche adottivo, dal loro coniuge o convivente, o affine entro il 2° grado;
- da parenti entro il 4° grado, da tutore, o persona cui il minore è stato affidato per ragioni di cura, istruzione, educazione, custodia, vigilanza o lavoro



Ospedale Fatebenefratelli e Oftalmico
Ospedale Macedonio Melloni

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Allegato 6

VERBALE DI ACCERTAMENTO DELLA MORTE MEDIANTE E.C.G.

Ai sensi dell'art. 2 della Legge 29/12/1993 n. 578 e art. 1 del Decreto Ministro Sanità 22/8/1994 n. 582,

Il giorno _____ alle ore _____

Presso la UOC _____

del PO _____ della ASST Fatebenefratelli Sacco

il sottoscritto Dott. _____

DICHIARA DI AVER ACCERTATO LA MORTE :

del/la Sig./a _____

nata/o a _____ il _____

in data: _____ alle ore _____ ed accertata mediante registrazione
elettrocardiografica continua della durata di 20 min effettuata dalle ore:

_____ alle ore: _____

IL MEDICO

timbro e firma

12

34



AL DIRETTORE
U.O.C. ANATOMIA PATOLOGICA

SEDE _____

Si richiede il riscontro diagnostico su:

GENERALITÀ DEL SOGGETTO DECEDUTO:

COGNOME NOME
NATO A IL/...../.....
DECEDUTO IL/...../..... ALLE ORE
PRESSO IL REPARTO DI
RICOVERATO DAL / IL/...../..... AL/...../.....
ACCERTAMENTO DI MORTE STRUMENTALE SI ☐ NO ☐

SINTESI STORIA CLINICA

QUESITI CLINICO SCIENTIFICI

Indicare se ricorrono le seguenti circostanze:

- | | | |
|---|----|----|
| • morte inaspettata o morte improvvisa | SI | NO |
| • morte in caso di sperimentazione terapeutica | SI | NO |
| • morte intraoperatoria o in corso di esame strumentale | SI | NO |
| • morte entro 48h da un intervento chirurgico o da procedura diagnostica invasiva | SI | NO |
| • morte di una gravida o puerpera entro 7 giorni dal parto | SI | NO |
| • morte di soggetto affetto da malattia psichiatrica | SI | NO |
| • morte di soggetto incapace | SI | NO |
| • morte in soggetto malformato | SI | NO |
| • morte neonatale | SI | NO |
| • morte fetale inaspettata o SIDS (morte improvvisa del lattante) | SI | NO |
| • morte da cause contagiose | SI | NO |

Il sottoscritto:

- dichiara che la salma E' PORTATRICE di elettrostimolatore cardiaco SI NO
- esclude, sulla scorta dei dati a disposizione, che la morte possa essere dovuta a reato o a causa violenta
- dichiara che, trattandosi di morte violenta, ha proceduto alla stesura del Rapporto all'Autorità Giudiziaria SI NO
- dichiara che sarà presente al riscontro diagnostico il Dott.

IL MEDICO RICHIEDENTE
Timbro e firma



Milano, ____/____/____
ore ____:____

Unità operativa complessa

All'Ufficio di Polizia di Stato c/o
P. O. _____

e p.c.

Alla ASST Fatebenefratelli Sacco
Direzione Medica Presidio Ospedaliero

SEDE _____

OGGETTO: Ricerca parenti.

Con la presente, si chiede di rintracciare i parenti del/della sig./a
.....
nato/a il/...../..... a
residente a Via
ricoverato/a dal/...../..... e deceduto/a il/...../.....
alle ore:..... presso la UOS/UOC di
del PO _____.

In attesa di cortese riscontro si porgono i migliori saluti.

Milano,/...../.....

IL MEDICO
timbro e firma

N.B.:

Il modulo va compilato con tutte le informazioni a disposizione.

La risposta con l'esito della ricerca va indirizzata alla Direzione Medica di Presidio anche mezzo fax

pl

36

VALUTAZIONE DI IDONEITA' DEL
DONATORE MULTI-TESSUTO*

(DIR. 2004/23/CE; Linee-guida CNT 10-07-2013; leggi 301/93 e 91/99)

Struttura Sanitaria di Prelievo

Cognome e nome donatore:

Data nascita:

Etichetta donatore/Codice SIT:.....

Barrare le fonti delle
informazioni ⁽¹⁾:

CAUSE DI NON IDONEITA' DEL DONATORE DI TESSUTI													
A) CAUSA DI MORTE SCONOSCIUTA⁽²⁾							NO ☐	SI ☐	C ☐	M ☐	F ☐	E ☐	
B) ANAMNESI NON DISPONIBILE / MALATTIA AD EZIOLOGIA IGNOTA							NO ☐	SI ☐	C ☐	M ☐	F ☐	E ☐	
C) MALATTIE INFETTIVE							NO ☐	SI ☐	C ☐	M ☐	F ☐	E ☐	
1. Infezioni sistemiche non controllate al momento della donazione ⁽³⁾								☐					
2. Storia, evidenza clinica o di laboratorio di infezione in atto da HIV, HBV, HCV o ittero di eziologia sconosciuta								☐					
3. Vaccinazione con virus attenuato (nel mese antecedente la donazione)								☐					
4. Sindrome di Reye								☐					
D) NEOPLASIE							NO ☐	SI ☐	C ☐	M ☐	F ☐	E ☐	
1. Neoplasie maligne non ematopoietiche in atto o precedenti • (sono prelevabili solo le cornee) ⁽⁴⁾								☐					
• 2. Neoplasie maligne ematopoietiche; Mielodisplasia, policitemia vera trombocitemia essenziale, anemia refrattaria con eccesso di blasti,								☐					
3. Gammopatie monoclonali non indagate (sono accettati i casi di MGUS)								☐					
• 4. Chemioterapia o terapia radiante, tranne che per i donatori di cornea								☐					
E) FATTORI DI RISCHIO PER MALATTIE DA PRIONI							NO ☐	SI ☐	C ☐	M ☐	F ☐	E ☐	
• 1. Demenza o malattie croniche degenerative centrali ad eziologia ignota ⁽⁵⁾								☐					
2. Soggetto o familiare con M. di Creutzfeld-Jakob o sua variante								☐					
3. Soggetti che hanno ricevuto trattamenti con ormoni ipofisari, allotrapianto di dura madre o sottoposti ad interventi intracranici non specificati								☐					
4. Soggetti sottoposti ad intervento chirurgico o trasfusione di sangue o emoderivati in Gran Bretagna negli anni dal 1980 al 1996								☐					
F) FATTORI DI RISCHIO PER HIV, HBV, HCV (negli ultimi 12 mesi)							NO ☐	SI ☐	C ☐	M ☐	F ☐	E ☐	
1. Assunzione di droghe e.v., i.m., s.c., inalatoria								☐					
2. Prostituzione								☐					
3. Rapporti sessuali a rischio								☐					
4. Detenzione carceraria								☐					
5. Malattie veneree diagnosticate o trattate								☐					
6. Tatuaggi, piercing, agopuntura, con materiale non monouso o non sterile								☐					
7. Esposizione (percutanea o attraverso ferite aperte o mucose) a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV, HCV								☐					
8. Soggetti emofilici trattati con fattori della coagulazione di origine umana								☐					
9. Soggetti in emodialisi da insufficienza renale cronica da più di un mese								☐					
10. Partner di soggetti che rientrano nei 9 punti precedenti								☐					
G) ALTRI CRITERI DI ESCLUSIONE							NO ☐	SI ☐	C ☐	M ☐	F ☐	E ☐	
1. Soggetti sottoposti a trapianti di organo, tessuti o xenotrapianto ⁽⁶⁾								☐					
2. Ingestione/esposizione a sostanza tossica trasmissibile in dose nociva								☐					
3. Malattie autoimmuni, comprese le malattie del collagene, che possano pregiudicare l'idoneità dei tessuti da prelevare								☐					
4. Storia di trattamenti farmacologici a scopo immunosoppressivo								☐					
5. rischio infettivo legato a viaggi in zone endemiche o esposizione ad agente infettivo, non escludibile con esami di approfondimento ⁽⁷⁾								☐					
H) ETA' DEL DONATORE (ESCLUSIONE PER TIPO DI TESSUTO)													
							ANNI						

38



Tessuti oculari	Nessun limite
“ cardio-vascolari	>65
“ muscolo-scheletrici	<15 e >65
“ cutanei	<14 e >78

CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI PER I DIVERSI TESSUTI

a) CARDIOVASCOLARI	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
1. epilessia accertata e in terapia; anoressia/bulimia; sindrome di Down, Marfan, Noonan		☐				
2. assideramento		☐				
3. alcolismo cronico		☐				
4. precedenti interventi chirurgici a carico delle valvole o dei tessuti da prelevare		☐				
5. Dissecazione aortica o arteriose		☐				
6. traumi diretti e massivi nella zona di prelievo (e/o traumi del vaso)		☐				
7. per le valvole: valvulopatia aortica e/o polmonare con incontinenza moderata/severa; polmonite nei 30 giorni precedenti senza evidenza di risoluzione		☐				
8. per i soli vasi: diabete mellito insulino-dipendente ⁽⁸⁾ , terapia corticosteroidica protratta e/o con derivati dell'ormone somatotropo, claudicatio intermittens, arteriti, patologia aneurismatica, lesioni aterosclerotiche maggiori (placche)		☐				
b) OCULARI	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
1. Interventi di chirurgia refrattiva e laser (prelevabili ma da segnalare alla banca perché idonee solo per cheratoplastica lamellare-LK- posteriore)		☐				
2. Infezioni oculari in atto		☐				
3. Malattie congenite o acquisite dell'occhio condizionanti l'idoneità dei tessuti		☐				
c) CUTANEI	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
1. abrasioni, ustioni acute estese		☐				
2. nevi clinicamente sospetti, nevi multipli se > 100		☐				
3. presenza di malattie sistemiche con compromissione cutanea estesa		☐				
4. infezioni cutanee, dermatiti, patologie cutanee infiammatorie a carattere locale estese, ectoparassitosi		☐				
d) MUSCOLO-SCHELETRICI	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
1. Età <15 e superiore a 65 anni (segmenti metafisari e epifisari per supporto meccanico)		☐				
2. Età >55 anni (cartilagine vitale o allotrapianti osteocondrali o di menisco)		☐				
3. Età > 57 anni (tendini e fascia lata)		☐				
4. Presenza o evidenza di infezione o precedente irradiazione nei siti di donazione		☐				
5. Osteoporosi significativa (grandi segmenti scheletrici per sostegno strutturale)		☐				
6. Malattie quali l'acromegalia, iperparatiroidismo che comportano alterazioni strutturali della matrice ossea		☐				
7. assideramento		☐				
8. alcolismo cronico		☐				
9. diabete mellito insulino-dipendente		☐				
10. terapia corticosteroidica protratta ⁽⁹⁾		☐				

Osservazioni:.....

.....

Data: __ / __ / ____

Cognome, nome e firma del medico valutatore⁽¹⁰⁾

.....

CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI PER IL DONATORE PEDIATRICO

I bambini nati da madri affette da HIV (o madri che comunque rientrano in uno dei criteri di esclusione) non possono essere ammessi come donatori di tessuti finché non sia definitivamente escluso qualsiasi rischio di trasmissione dell'infezione.

a) I bambini di età inferiore a 18 mesi, nati da madri affette da HIV, epatite B, epatite C o HTLV, o a rischio di contrarre l'infezione, che sono stati allattati dalle madri nei 12 mesi precedenti non possono essere considerati donatori, indipendentemente dai risultati degli esami analitici.

b) I bambini nati da madri affette da HIV, epatite B, epatite C o HTLV, o a rischio di contrarre l'infezione, che non sono stati allattati dalle madri nei 12 mesi precedenti e che non risultano affetti da HIV, epatite B, epatite C o HTLV sulla base degli esami analitici o fisici e del controllo delle cartelle cliniche possono essere ammessi come donatori.

NOTE ESPLICATIVE PER LA COMPILAZIONE DELLA CHECK LIST

*La compilazione cartacea della check list è da utilizzare nei casi in cui non sia possibile l'imputazione diretta dei dati nel sistema informativo trapianti regionale (Donor Manager, opzione di prima scelta).

(1) Fonti delle informazioni: le linee-guida CNT chiedono di documentare le fonti che hanno permesso di valutare l'idoneità del donatore. Per ogni gruppo di criteri di esclusione, barrare la/e fonti corrispondenti:

C = cartella clinica; M = medico curante; F = familiari; E = esame obiettivo del donatore.

(2) Non esclude il prelievo ma condiziona l'utilizzo dei tessuti all'identificazione della causa di morte tramite il riscontro diagnostico.

(3) Compresa malattie batteriche e infezioni sistemiche virali, fungine e parassitarie o gravi infezioni locali dei tessuti e delle cellule destinati a donazioni. La sepsi batterica **non esclude** il prelievo dei tessuti **oculari** (la Banca verificherà l'idoneità microbiologica).

(4) Fanno eccezione: il carcinoma basocellulare, il carcinoma in situ della cervice uterina, il carcinoma in situ delle corde vocali il carcinoma in situ della vescica. Le neoplasie maligne "non ematopoietiche" sono compatibili con il solo prelievo delle cornee (ad eccezione delle neoplasie maligne del bulbo oculare).

(5) M. di Alzheimer, Sclerosi multipla, Sclerosi Laterale Amiotrofica, Panencefalite Acuta Sclerosante, M. di Parkinson, Leucoencefalite Multifocale Progressiva.

(6) Sono idonei i donatori di tessuti che abbiano ricevuto trattamenti con prodotti biologici, farmaci, dispositivi medici derivanti da cellule o tessuti animali non vitali.

(7) Viaggi: non esclude il prelievo ma va specificato "dove e quando", per consentire alle banche dei tessuti una appropriata valutazione del rischio.

(8) Esclusione del prelievo dal distretto femoro-popliteo-tibiale

(9) Più di 5 mg di prednisone o farmaco equivalenti per più di sei mesi consecutivi prima della donazione

(10) Medico valutatore: può essere anche il medico prelevatore, in accordo ai modelli organizzativi descritti nelle procedure operative delle diverse Strutture Sanitarie. Il personale infermieristico, qualora partecipi alla valutazione di idoneità del donatore, potrà apporre cognome, nome e firma accanto a quella del medico



VALUTAZIONE DI IDONEITA' DEL DONATORE DI TESSUTI OCULARI*

(DIR . 2004/23/CE; Linee-guida CNT 10-07-2013; leggi 301/93)

All. 10

Struttura Sanitaria di Prelievo:

Cognome e nome donatore:

Data nascita: Etichetta ID soggetto/Codice SIT

Barrare le fonti delle
informazioni ⁽¹⁾:

CAUSE DI NON IDONEITA'						
1. Causa di Morte Sconosciuta (il tessuto può essere prelevato e potrà essere trapiantato solo se l'autopsia avrà chiarito la causa della morte ed escluso le condizioni di cui ai punti successivi)	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
2. Malattia a Eziologia Sconosciuta	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
3. Soggetto con storia, evidenza clinica o di laboratorio per infezione in atto di HIV – HBV – HCV o ltero a eziologia sconosciuta	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
4. Soggetto con Fattori di Rischio per HIV – HBV – HCV			C	M	F	E
a) Comportamenti sessuali a rischio nei 12 mesi precedenti	☐					
b) Prostituzione nei 12 mesi precedenti	☐					
c) Uso e.v., i.m. o s.c. di stupefacenti o di cocaina per via inalatoria nei 12 mesi precedenti	☐					
d) Soggetti Emofilici sottoposti a infusione di fattori della coagulazione di origine umana	☐					
e) Esposizione percutanea o attraverso ferite aperte o mucose a sangue potenzialmente infetto da HIV, HBV o HCV nei 12 mesi precedenti	☐					
f) Soggetti in emodialisi da oltre un mese per insufficienza renale cronica	☐					
g) Detenzione carceraria nei precedenti 12 mesi	☐					
h) Malattie veneree diagnosticate o trattate nei precedenti 12 mesi	☐					
i) Tatuaggi, piercing e agopuntura non eseguiti con materiale sterile o monouso nei precedenti 12 mesi	☐					
l) Partners di soggetti a rischio infettivo per HBV, HCV, HIV (come sopra definito) nei precedenti 12 mesi	☐					
5. Soggetto con infezioni sistemiche che non siano state controllate al momento della donazione, comprese malattie batteriche ed infezioni sistemiche virali, fungine e parassitarie o gravi infezioni locali dei tessuti e delle cellule destinati alla donazione. <u>La sepsi batterica non esclude il prelievo dei tessuti oculari</u> (la Banca verificherà l'idoneità microbiologica)	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
6. Soggetto con Fattori di rischio di Malattie da Prioni			C	M	F	E
a) Soggetto o Familiare con Malattia di Creutzfeldt-Jakob o sua variante	☐					
b) Soggetto con demenza o malattie croniche degenerative centrali a eziologia sconosciuta (m. di Alzheimer, sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica, panencefalite acuta sclerosante, m. di Parkinson, leuco-encefalite multifocale progressiva)	☐					
c) Soggetti che hanno utilizzato ormoni di derivazione ipofisaria, allotrapianto di dura madre o siano stati sottoposti a interventi intracranici non specificati	☐					
d) Soggetti sottoposti a intervento chirurgico o trasfusione di sangue o emoderivati in Gran Bretagna dal 1980 al 1996	☐					
7. Sindrome di Reye	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
8. Le neoplasie maligne non sono una controindicazione alla donazione di cornee tranne:			C	M	F	E
a) Neoplasie maligne di origine ematopoietica (mieloma, linfoma, leucemia)	☐					
b) Neoplasie maligne del bulbo oculare	☐					
9. Soggetti sottoposti a trapianto di organo, tessuti oculari o xenotrapianto (Sono idonei i soggetti trattati in vita con prodotti biologici, farmaci o dispositivi medici derivati da cellule o tessuti animali non vitali).	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E

2

60



10. Ingestione o esposizione a sostanza tossica che può essere trasmessa in dose nociva (per es. cianuro, piombo, mercurio, oro)	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
11. Trattamenti farmacologici a scopo immunosoppressivo, tali da rendere non attendibili la determinazione di marcatori virali	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
12. Malattie autoimmuni comprese le malattie del collagene, che possono pregiudicare la qualità dei tessuti da prelevare	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
13. Vaccinazioni con virus vivo attenuato (morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla e vaiolo) nelle 4 settimane antecedenti la donazione	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
14. Rischio trasmissione di malattia infettiva legato a viaggi o esposizione ad agente infettivo non escludibile con esami di approfondimento	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
15. Malattie ematopoietiche quali: gammopatie monoclonali (non sono criterio di esclusione le MGUS), mielodisplasia, policitemia vera, trombocitemia essenziale	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E
16. Malattie Genetiche (sindrome di Marfan, Noonan, Down)	NO ☐	SI ☐	C	M	F	E

Criteri di esclusione specifici		C	M	F	E
1. Infezioni oculari in atto	☐				
2. Malattie congenite o acquisite dell'occhio che possano pregiudicare il risultato del trapianto (cheratocono, cheratiti, distrofie)	☐				
3. Chirurgia Laser e Refrattiva: il tessuto può essere idoneo per trapianto endoteliale (cataratta e glaucoma non sono causa di esclusione assoluta)	☐				

CRITERI DI ESCLUSIONE SPECIFICI PER IL DONATORE PEDIATRICO

I bambini nati da madre affetta da HIV (o che rientra in uno dei criteri di esclusione) non possono essere ammessi come donatori di tessuti finché non sia definitivamente escluso qualsiasi rischio di trasmissione dell'infezione.

a) I bambini di età inferiore a 18 mesi, nati da madre affetta da HIV, epatite B, epatite C o HTLV, o a rischio di contrarre l'infezione, che sono stati allattati dalle madri nei 12 mesi precedenti non possono essere considerati donatori, indipendentemente dai risultati degli esami analitici.

b) I bambini nati da madre affetta da HIV, epatite B, epatite C o HTLV, o a rischio di contrarre l'infezione, non allattati dalla madre nei 12 mesi precedenti e che non risultano affetti da HIV, epatite B, epatite C o HTLV sulla base degli esami analitici o fisici e del controllo delle cartelle cliniche possono essere ammessi come donatori

Osservazioni:.....

Data: __ / __ / ____

Timbro e Firma del Medico Valutatore⁽²⁾

.....

*La compilazione cartacea della check list è da utilizzare nei casi in cui non sia possibile l'imputazione diretta dei dati nel sistema informativo trapianti regionale (Donor Manager, opzione di prima scelta).

⁽¹⁾ Fonti delle informazioni: le linee-guida CNT chiedono di documentare le fonti che hanno permesso di valutare l'idoneità del donatore. Per ogni gruppo di criteri di esclusione, barrare la/e fonti corrispondenti:
 C = cartella clinica; M = medico curante; F = familiari; E = esame obiettivo del donatore

⁽²⁾ Medico valutatore: può essere anche il medico prelevatore, in accordo ai modelli organizzativi descritti nelle procedure operative delle diverse Strutture Sanitarie. Il personale infermieristico, qualora partecipi alla valutazione di idoneità del donatore, potrà apporre cognome, nome e firma accanto a quella del medico.

92

41



MODULO DI CONSENSO AL PRELIEVO DI CORNEE

AUTOCERTIFICAZIONE

Il sottoscritto _____

Residente a _____ Via _____

Telefono _____ in qualità di: _____
grado di parentela

del signor/a _____ nato/a il _____

a _____ deceduto/a in data _____

presso la UOC/UOS _____ della ASST Fatebenefratelli

Sacco, Presidio Ospedaliero _____

☐ ACCONSENTE ☐ NON ACCONSENTE

AL PRELIEVO DELLE CORNEE

a scopo di trapianto terapeutico, dichiarando di non essere a conoscenza che il congiunto avesse manifestato per iscritto il rifiuto alla donazione.

Data _____

Firma

Da compilare a cura del Medico di Reparto

IL CONSENSO NON E' STATO RICHiesto PER I SEGUENTI MOTIVI:

.....

.....

gl

42



Gentile Signora/Egregio Signore,

nel porgerLe le condoglianze da parte della Nostra Azienda per il lutto che l'ha colpita, la Direzione ritiene opportuno in questa triste circostanza darLe alcune informazioni:

- la scelta dell'Impresa di onoranze funebri è di Sua sola ed esclusiva competenza;
- nessuna impresa ha esclusive o appalti di servizi con la nostra ASST;
- agli incaricati delle imprese di onoranze funebri non è assolutamente consentito avviare trattative per i propri servizi all'interno delle strutture e locali dei nostri Presidi Ospedalieri. Pertanto, la sottoscrizione dell'eventuale affidamento d'incarico all'impresa, da parte Sua, non potrà avvenire all'interno dell'ASST Fatebenefratelli Sacco;
- La invitiamo a segnalare eventuali interferenze o sollecitazioni non richieste all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP);
- l'igiene e la custodia della salma è un compito affidato al personale della Camera mortuaria;
- la vestizione della salma è un compito affidato al personale della camera mortuaria, salvo Sua diversa richiesta di provvedere direttamente;
- gli operatori della nostra camera mortuaria eseguiranno la vestizione della salma senza alcun onore economico a Suo carico;
- tutti i documenti riguardanti il decesso sono gratuiti e possono essere trasmessi al competente Ufficio comunale:
 - dall'Impresa di onoranze funebri prescelta su Sua delega, previa sottoscrizione di apposita dichiarazione per avvenuto ritiro della certificazione
 - da Lei o altro familiare, previa sottoscrizione di apposita dichiarazione per avvenuto ritiro della certificazione
 - dalla nostra Azienda da parte delle Direzioni Mediche di Presidio di competenza.

E' nostro auspicio che Lei non venga turbata da nessun comportamento difforme da tali norme. Ove ciò non avvenisse, ci scusiamo e Le chiediamo di volerci segnalare tali disfunzioni per gli opportuni provvedimenti. Nel rinnovarLe le Nostre condoglianze, ci auguriamo che queste informazioni possano contribuire alla soluzione di alcune delle problematiche connesse alla triste circostanza.

Il Direttore Medico di Presidio

Dott. _____

Per presa visione _____

fl

43



DICHIARAZIONE RITIRO CERTIFICAZIONI

All. 13

Il sottoscritto _____

cognome

nome

richiede in qualità di:

FAMILIARE

*Allegato: copia documento d'identità*PERSONA DELEGATA DA
FAMILIARE*Allegato: delega + documento familiare +
copia documento d'identità persona delegata*IMPRESARIO ONORANZE
FUNEBRI DELEGATO DAI
FAMILIARI*Allegato: delega + documento familiare +
copia documento persona delegata con
timbro impresa onoranze funebri*

il ritiro di:

a) Avviso di Morte,

b) denuncia delle cause di morte (scheda ISTAT),

c) modulo per l'accertamento di morte,

impegnandosi all'inoltro nel più breve tempo possibile al Comune di Milano sito in Via Larga n. 12
, 1° piano, stanza 115, telefono 02.88462036 per lo svolgimento del servizio funebre.

Prende atto, che la busta a me consegnata contiene dati sanitari riservati, tutelati dalla Legge n.
196/2003 e ss.mm.ii. (Privacy), la cui divulgazione illegittima comporta conseguenze di ordine
penale (art.622 c.p.)

generalità del soggetto deceduto:

COGNOME

NOME

DATA DECESSO/...../.....

ORA:.....

Milano,/...../.....

Firma

FIRMA del familiare o delegato

.....

FIRMA dell'operatore di camera mortuaria che consegna la documentazione

Modulo per trasporto di salma (prima dell'accertamento di morte) (art.4 comma 4 l.r. 22/2003) (art. 39
comma 1 del regolamento regionale 6/04)



All. 14

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune di Milano

All'A.T.S. competente per il luogo di destinazione della salma

Il sottoscritto, medico chirurgo, Dr./Dr.ssa
 dipendente dell'ASST Fatebenefratelli Sacco di Milano, via G.B. Grassi n. 74, dichiara che il/la Sig./ra

Nato/a a il cittadino/a.....

residente a in via n° stato civile.....

coniugato/a con..... ,

è deceduto/a il giorno alle ore presso e che la
 salma può essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di
 osservazione, dalla camera mortuaria del P.O. presso :

☐ Deposito di osservazione comunale sito in
 via a

☐ Sala del commiato, sita in via
 a

☐ Abitazione sita in via
 a

Milano, li ____/____/____

Il Medico.....
 (timbro e firma)

Il sottoscritto nella sua qualità di titolare/direttore tecnico
 dell' Impresa Funebre con sede a
 in via n° autorizzazione n° del.....
 rilasciata dal comune di.....
 VISTA la richiesta effettuata in qualità di avente titolo, dal Sig.....
 di trasferimento della salma sopra generalizzata

DICHIARA

☐ che il trasporto avverrà in data alle ore a mezzo di autofunebre
 targata..... condotta da

☐ che il trasporto del cadavere del/la defunto suddetto/a è effettuato conformemente alle prescrizioni previste
 dall'art. 4 c. 4 della Legge Regionale n. 22/03 con il cadavere riposto in contenitore non sigillato;

☐ che durante il periodo di osservazione il cadavere sarà posto in condizioni che non ostacolino eventuali
 manifestazioni di vita come stabilito all'art 4 c. 2 della Legge Regionale n. 22103.

Milano, li ____/____/____,

Il dichiarante

Il sottoscritto..... nella sua qualità di responsabile della
 Struttura..... sita in
 dichiara di ricevere la salma sopra indicata il giorno alle ore.....

L'addetto al trasporto

Il dichiarante

.....

.....

22

45



Si informano le gentili signore che, ai sensi del Regolamento Regionale n. 1/2007, è possibile richiedere la sepoltura dei prodotti di concepimento o abortivi.

Per ulteriori informazioni contattare il personale sanitario di reparto.

**La Direzione
Medica di Presidio**

Handwritten signature or mark.

46

**MANIFESTAZIONE DI VOLONTA' DELLA MADRE IN ORDINE AL TRASPORTO / CREMAZIONE / SEPELLIMENTO DEI PRODOTTI ABORTIVI**

di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete, feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina o prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane

La sottoscritta _____

nata il _____ a _____ (prov.) _____

residente a _____ (prov.) _____

indirizzo _____

documento di identità _____ rilasciato da _____

Preso atto della possibilità contemplata dal Regolamento Regionale n. 1/2007 Art. 1 lettera c comma 1 bis e ter e delle informazioni fornite in proposito dall'ASST

DICHIARA

di voler provvedere, a propria cura e spese avvalendosi di impresa autorizzata all'esercizio dell'attività funebre, al trasporto / cremazione - trasporto / seppellimento del prodotto di concepimento / prodotto abortivo / feto

CHIEDE L'AUTORIZZAZIONE

alla A.T.S. Milano- Dipartimento di Prevenzione Ufficio Polizia Mortuaria, ai sensi dell'Art. 7 del DPR 285/90 e in ottemperanza al Regolamento Regionale n. 1/2007 Art. 1 lettera c comma 1 bis e ter e alla Circolare esplicativa della Regione Lombardia n. 9/San/2007,

☐

al trasporto / cremazione

☐

al trasporto / seppellimento

☐

inumazione

☐

tumulazione

del prodotto di concepimento / prodotto abortivo / feto

(indicare cognome e nome) _____

partorito morto il _____ presso _____

SI IMPEGNA

- a corrispondere alla A.T.S. Milano per il rilascio dell'autorizzazione al trasporto / seppellimento / cremazione la tariffa di € 21,13 tramite bollettino postale c/c n. 14083273 oppure tramite bonifico bancario IBAN IT52U030 6909 4001 0000 0046 162 intestato a: A.T.S. Milano- Città metropolitana, Servizio Tesoreria- Corso Italia, 19 – 20122- Milano, specificando la causale di versamento.

La ricevuta del versamento dovrà pervenire tramite fax al numero 02-85783808 o essere recapitata direttamente all'Ufficio di Polizia Mortuaria della A.T.S. Via Statuto 5 – 2° piano, stanza 241 dalle ore 11:00 alle ore 12:00.

- a corrispondere il pagamento di ciò che concerne il servizio funebre, il trasporto funebre e le tariffe attinenti alla tipologia di sepoltura/servizio richiesto.

Milano li _____

In fede _____



DENUNCIA

di prodotto abortivo di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete, feto che abbia presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina o prodotto del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane per il quale i genitori abbiano richiesto la sepoltura

Ai sensi del DPR n. 285/90 e del Regolamento Regionale n. 6 del 2004, si denuncia/notifica che
Il _____ presso questa Azienda Ospedaliera

la Sig.ra _____

nata a _____ il _____

residente a _____

via _____ n. _____

coniugata con il Sig. _____

nato a _____ il _____

residente a _____

via _____ n. _____

CAUSA INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

ha partorito un prodotto di concepimento / prodotto abortivo / feto morto del peso di _____

alla _____ settimana di gestazione (specificare anche i giorni)

cognome

nome

Si dichiara sotto la propria responsabilità giuridica che:

☐ sul prodotto di concepimento, abortivo o feto non grava alcun sospetto di reato e che lo stesso non è a disposizione dell'Autorità Giudiziaria

☐ il prodotto di concepimento, abortivo o feto è a disposizione dell'Autorità Giudiziaria

Si dichiara infine che:

- il prodotto di concepimento, abortivo o feto è confezionato in contenitori biodegradabili nel rispetto delle prescrizioni di cui alla normativa vigente;
- il prodotto di concepimento, abortivo o feto non è stato trattato con formalina o derivati .
-

Il Medico di reparto

Il Medico della Direzione Sanitaria
con funzione di necroscopo



All. 17

Spettabile
A.T.S. Città Metropolitana di Milano
S.C. Igiene e sanità pubblica-
Polizia Mortuaria
Via Statuto 5 - Milano
Fax 02-85783808

Oggetto : richiesta di autorizzazione al trasporto/cremazione, ai sensi dell'Art. 7 del D.P.R. 285/90 per i prodotti del concepimento in ordine all'Art. 1 lettera c comma 1 bis e 1 quater del Regolamento Regionale n. 1/2007 e alla Circolare esplicativa n. 9/San/2007.

La scrivente Direzione Medica di Presidio richiede il trasporto-cremazione dei prodotti del concepimento di cui all'allegato elenco, identificati mediante l'attribuzione di un codice (identificativo della SDO della madre o numero istologico, ecc.).

Precisa che i contenitori, utilizzati per l'accoglimento dei prodotti del concepimento, sono costituiti dai materiali precedentemente concordati con il Settore Servizi Funebri e che i prodotti stessi non sono stati trattati con formalina o derivati.

Dichiara, inoltre, che per i prodotti del concepimento di cui si richiede il trasporto/cremazione non grava alcun sospetto di reato o altro vincolo di natura giudiziaria.

Distinti saluti.

IL DIRETTORE MEDICO DI PRESIDIO
(firma e timbro)

AL

68



Allegato alla richiesta di autorizzazione al trasporto-cremazione ai sensi dell'Art. 7 del DPR 275 del 1990 per i prodotti di concepimento di cui all'Art. 1 lettera c comma 1 bis e 1 quater del Regolamento Regionale n. 1/2007 e al punto 2 della Circolare n. 9/San/2007 .

CASSETTA N.			DATA della richiesta		
Numero progress.	Numero identificativo del prodotto di concepimento	Data interruzione volontaria gravidanza / aborto spontaneo	Numero progress.	Numero identificativo del prodotto di concepimento	Data interruzione volontaria gravidanza / aborto spontaneo
1			21		
2			22		
3			23		
4			24		
5			25		
6			26		
7			27		
8			28		
9			29		
10			30		
11			31		
12			32		
13			33		
14			34		
15			35		
16			36		
17			37		
18			38		
19			39		
20			40		
Timbro e firma Direzione Sanitaria					



Parte riservata alla ATS- Milano

Vista la richiesta di codesta Direzione, in data _____, di autorizzazione al trasporto/cremazione di n. _____ prodotti di concepimento contenuti nella cassetta n. _____.

ai sensi dell'Art. 7 del DPR 285/90 e in ottemperanza al Regolamento Regionale 1/2007 Art. 1 lettera c e alla Circolare esplicativa 9/San/2007:

SI AUTORIZZA il trasporto-cremazione di tutti i prodotti di concepimento di cui al presente elenco contenuti nella cassetta n. _____.

Data _____

Il Direttore
S.C. Igiene e Sanità Pubblica

21

51

ALL. 18

- Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Fatebenefratelli Sacco

Spettabile
ATS della Città Metropolitana di Milano
S.C. Igiene e Sanità Pubblica
Polizia Mortuaria
Via Statuto 5 - Milano
Fax 02-85783808

Oggetto: parti anatomiche riconoscibili - richiesta di autorizzazione al trasporto/cremazione/sepoltura in ottemperanza al D.P.R. n° 285/1990, al D.P.R. n° 254/2003 art. 3, al Regolamento Regionale n° 6/2004 art. 11 comma 2

La scrivente Direzione Sanitaria richiede il trasporto-cremazione delle parti anatomiche riconoscibili di cui all'allegato elenco (modello D), identificate mediante l'attribuzione di un codice (SDO o numero istologico, etc.).

Preciso che i contenitori, utilizzati per l'accoglimento delle parti anatomiche riconoscibili, sono realizzati con materiali biodegradabili idonei alla cremazione in forni crematori e che le parti anatomiche di cui trattasi non sono state trattate con formalina o derivati.

Dichiara, inoltre, che sulle parti anatomiche amputate di cui si richiede il trasporto/cremazione non grava alcun sospetto di reato o altro vincolo di natura giudiziaria.

Infine si impegna a corrispondere alla ATS della Città Metropolitana di Milano per il rilascio dell'autorizzazione al trasporto / cremazione di ogni singola cassetta, che può contenere più parti anatomiche, la tariffa di € 21,13.

Tale importo dovrà essere pagato tramite: bollettino postale c/c n. 14083273 oppure bonifico bancario IBAN IT52 U030 6909 4001 0000 0046 162 da intestare a: ATS della Città Metropolitana di Milano - Servizio Tesoreria, specificando la causale di versamento. La ricevuta del versamento dovrà pervenire tramite fax al numero 02-85783808.

Distinti saluti.

LA DIREZIONE SANITARIA



Allegato alla richiesta di autorizzazione al trasporto-cremazione delle parti anatomiche riconoscibili ai sensi del D.P.R. n° 285/1990, del D.P.R. n° 254/2003 art. 3, del Regolamento Regionale n° 6/2004 art. 11 comma 2

Numero cassetta	Numero Identificativo della parte anatomica	Data amputazione	Descrizione della parte anatomica riconoscibile amputata
1			
2			
3			
4			

Timbro e firma Direzione Sanitaria

92



Parte riservata alla ATS della Città Metropolitana di Milano

Vista la richiesta di codesta Direzione, in data _____, di autorizzazione al trasporto/cremazione di n. _____ parti anatomiche riconoscibili contenute nella cassetta n. _____.

ai sensi dell'Art. 7 del DPR 285/90 e in ottemperanza al Regolamento Regionale 1/2007 Art. 1 lettera c e alla Circolare esplicativa 9/San/2007:

SI AUTORIZZA il trasporto-cremazione di tutte le parti anatomiche riconoscibili di cui al presente elenco contenute nella cassetta n. _____

Data _____

Il Direttore
SC Igiene e Sanità Pubblica

el



CERTIFICATO MEDICO PER TRASPORTO DELLA SALMA ALL'ESTERO

Per gli usi consentiti dalla Legge, si certifica che:

Il/la paziente _____

Nato/a _____ **il** _____

Residente _____ **Prov.** _____

Via _____ **N.** _____

ricoverato dal _____ **presso** _____

È deceduto alle ore _____ **:** _____ **del giorno** _____ **diagnosi di:**

LA PATOLOGIA CHE HA DETERMINATO LA MORTE DEL/LA PAZIENTE NON E' PRESUMIBILMENTE DA CONSIDERARSI DI NATURA INFETTIVA O DOLOSA.

IL MEDICO CURANTE/NECROSCOPO

Timbro e firma



AVVISO

La Direzione Medica di Presidio Vi prega di prestare attenzione al presente avviso volto a fornirVi tutte le informazioni necessarie al fine di tutelarVi da qualsiasi eventuale comportamento difforme dalla normativa vigente.

Si ricorda ai Signori dolenti che:

- Il personale della camera mortuaria ha divieto assoluto di intervenire come intermediario, a qualsiasi livello, tra le imprese di onoranze funebri e la famiglia del defunto, neppure a titolo di cortesia;
- Il personale della camera mortuaria ha divieto assoluto di raccomandare o di influenzare in qualunque modo i familiari del defunto nell'acquisto di generi funerari da specifiche Imprese di onoranze funebri ;
- Il personale dipendente non è autorizzato a rilasciare alle Imprese di onoranze funebri informazioni circa i possibili decessi che possono aver luogo nelle aree di degenza;
- Nessuna Impresa di onoranze funebri ha accordi esclusivi o privilegiati o appalti di servizi con la ASST Fatebenefratelli Sacco, pertanto la scelta dell'Impresa per le onoranze funebri è di competenza esclusiva dei parenti del deceduto;
- Il conferimento di incarico all'Impresa di onoranze funebri per il disbrigo delle pratiche amministrative, la vendita di casse ed articoli funebri ed ogni altra attività connessa al funerale, si svolge unicamente nella sede autorizzata o, eccezionalmente, su richiesta degli interessati presso altro luogo, purchè non all'interno delle aree di pertinenza della ASST Fatebenefratelli Sacco;
- E' assolutamente fatto divieto a tutte le Imprese di onoranze funebri di svolgere

attività commerciali e di propaganda all'interno di qualsiasi Presidio, Ufficio o area di pertinenza della ASST Fatebenefratelli Sacco;

- E' assolutamente fatto divieto agli incaricati delle Imprese di onoranze funebri di frequentare gli ambienti dell'ASST Fatebenefratelli Sacco per offrire i loro servizi o per contattare in qualsiasi modo i dolenti;

- Gli incaricati delle Imprese di onoranze funebri possono accedere ai Presidi Ospedalieri e alla Camera Mortuaria solo ed esclusivamente per servizio, su richiesta dei parenti e di nessun altro.

Se doveste riscontrare inadempienze da parte del personale dipendente o se doveste notare interferenze o difformità rispetto alle suddette prescrizioni, Vi invitiamo ad inoltrare apposite segnalazioni all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP).

La Direzione Medica di Presidio

PO _____

PC

ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE CAMERA MORTUARIA P.O. FATEBENEFRAELLI E OFTALMICO/ P.O.MACEDONIO MELLONI

Di seguito l'elenco delle fasi procedurali per il recupero della salma e la gestione della stessa per il periodo di osservazione obbligatorio e dei compiti assegnati al personale:

Compiti del personale di reparto:

- L'infermiere compila e predispone i documenti di identificazione della salma: braccialetto identificativo e documento identificativo nei quali devono essere riportati: cognome, nome, data di nascita e data di morte. Il documento identificativo recante tali informazioni deve essere apposto in modo tale da non poter essere rimosso.
- l'infermiere allerta gli Operatori della Camera Mortuaria per il trasporto della salma e la consegna dei documenti della salma compilati, rispettando i tempi legali.
- Il Medico in servizio o il personale infermieristico delegato dovrà informare i parenti dell'assistito dell'avvenuto decesso e dovrà consegnare loro la lettera di condoglianze contenente anche alcune informazioni utili
- In caso di non rintracciabilità dei parenti, il Medico dovrà compilare tempestivamente l'apposito modulo ed avvisare immediatamente il Posto di Polizia interno all'Azienda al numero di telefono 2559;
- In caso di non rintracciabilità dei parenti, il Medico del Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni dovrà chiamare la Centrale Operativa della Polizia Municipale al numero 02.77270080 e poi inviare l'apposito modulo mezzo fax al numero 02.77270312.

Compiti del personale di Camera Mortuaria:

Gli operatori della camera mortuaria hanno in carico la seguente documentazione:

- Avviso di morte compilato
- Denuncia cause di morte o scheda ISTAT 2012 compilato
- Modulo per Accertamento di Morte o Certificato necroscopico compilato

TRASPORTO DELLA SALMA IN CAMERA MORTUARIA

- Il personale infermieristico del reparto ove si è verificato il decesso avvisa l'operatore di

camera mortuaria che ha il compito di trasferire la salma in camera mortuaria.

- Il personale della camera mortuaria è di norma presente nei seguenti orari:

Presidio Ospedaliero Fatebenefratelli e Oftalmico

Dal lunedì al sabato dalle 7.30 alle 17.30

Domenica e festivi dalle 7.30 alle 13.00

Presidio Ospedaliero Macedonio Melloni

Dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 15.15

Nel periodo di chiusura della camera mortuaria, di notte e nei giorni festivi, sia del Presidio Fatebenefratelli e Oftalmico che del Presidio Macedonio Melloni, l'infermiere di reparto dovrà contattare, tramite centralino, l'operatore di camera mortuaria in pronta disponibilità che provvederà tempestivamente a raggiungere l'Ospedale e, quindi, al trasporto della salma in camera mortuaria.

COMPOSIZIONE E VESTIZIONE DELLA SALMA

- La composizione e la preparazione igienica della salma è compito del personale della camera mortuaria.
- La vestizione della salma è affidata al personale in servizio presso la camera mortuaria tranne nei casi in cui i familiari desiderino procedere direttamente (ad esempio, per motivi religiosi).

ORARIO DI VISITA IN CAMERA MORTUARIA

I congiunti possono rendere visita ai defunti in camera mortuaria nei seguenti orari:

Presidio Fatebenefratelli e Oftalmico

dal lunedì al sabato

dalle ore 7,30 alle ore 17,30

domenica e festivi

dalle ore 7,30 alle ore 13,00

Presidio Macedonio Melloni

dal lunedì al venerdì

dalle ore 8,00 alle ore 16,30

sabato

dalle ore 8,00 alle 16,30

domenica e festivi

dalle ore 10,00 alle ore 12,00



ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE CAMERA MORTUARIA P.O. OSPERDALIERO VITTORE BUZZI

Di seguito l'elenco delle fasi procedurali per il recupero della salma e la gestione della stessa per il periodo di osservazione obbligatorio e dei compiti assegnati al personale:

Compiti del personale di reparto:

- L'infermiere compila e predispone i documenti di identificazione della salma: braccialetto identificativo e documento identificativo nei quali devono essere riportati: cognome, nome, data di nascita e data di morte. Il documento identificativo recante tali informazioni deve essere apposto in modo tale da non poter essere rimosso.
- L'infermiere allerta gli Operatori della Camera Mortuaria per il trasporto della salma e la consegna dei documenti della salma compilati, rispettando i tempi legali.
- I documenti vengono consegnati dal reparto al Servizio SITRA di Presidio.
- Il Medico in servizio o il personale infermieristico delegato dovrà informare i parenti dell'assistito dell'avvenuto decesso e dovrà consegnare loro la lettera di condoglianze contenente anche alcune informazioni utili.
- In caso di non rintracciabilità dei parenti, il Medico dovrà compilare tempestivamente l'apposito modulo ed avvisare immediatamente le Forze dell'Ordine. Tale evenienza deve essere anche comunicata al personale medico della DMP (in servizio o in pronta disponibilità).
- In caso di non rintracciabilità dei parenti, il Medico del Presidio Ospedaliero dovrà chiamare la Centrale Operativa della Polizia Municipale al numero 02.77270080 e poi inviare l'apposito modulo mezzo fax al numero 02.77270312.
- Il personale del SITRA ha in carico la seguente documentazione:
 - ✓ Avviso di morte compilato
 - ✓ Denuncia cause di morte o scheda ISTAT 2012 compilato
 - ✓ Modulo per Accertamento di Morte o Certificato necroscopico compilato

TRASPORTO DELLA SALMA IN CAMERA MORTUARIA

- Il personale infermieristico del reparto ove si è verificato il decesso avvisa l'operatore di camera mortuaria che ha il compito di trasferire la salma in camera mortuaria.

02

60



- Il personale della camera mortuaria è, data la peculiarità del Presidio e dell'evento decesso, presente su richieste specifiche della DMP. Deve essere garantita la massima flessibilità in caso di decessi dei piccoli pazienti.
- Nel periodo di chiusura della camera mortuaria, di notte e nei giorni festivi, presso il P.O. Buzzi, l'infermiere di reparto dovrà contattare, tramite centralino, il reperibile del SITRA il quale provvederà a contattare il personale addetto alla camera mortuaria in pronta disponibilità che provvederà tempestivamente a raggiungere l'Ospedale e, quindi, al trasporto della salma in camera mortuaria.

COMPOSIZIONE E VESTIZIONE DELLA SALMA

- La composizione e la preparazione igienica della salma e la vestizione è compito del personale della camera mortuaria.
- La vestizione della salma è affidata al personale in servizio presso la camera mortuaria tranne nei casi in cui i familiari desiderino procedere direttamente (ad esempio, per motivi religiosi).

ORARIO DI VISITA IN CAMERA MORTUARIA –P.O. BUZZI

I congiunti possono rendere visita ai defunti in camera mortuaria nei seguenti orari:

dal lunedì al venerdì	dalle ore 8,00 alle ore 16,30
sabato	dalle ore 8,00 alle 16,30
domenica e festivi	dalle ore 10,00 alle ore 12,00

Salvo richieste circostanze particolari, in relazione a richieste da parte dei genitori dei piccoli .

pl

61

ISTRUZIONE OPERATIVA GESTIONE CAMERA MORTUARIA P.O. LUIGI SACCO

Di seguito l'elenco delle fasi procedurali per il recupero della salma e la gestione della stessa per il periodo di osservazione obbligatorio e dei compiti assegnati al personale:

Compiti del personale di reparto:

- L'infermiere, nel rispetto della corretta procedura di identificazione, procede al controllo della presenza del braccialetto apposto al momento dell'ingresso, allerta gli Operatori della Camera Mortuaria per il trasporto della salma e gli consegna i documenti della salma compilati e firmati dal medico, rispettando i tempi legali.
- Il Medico in servizio dovrà informare i parenti dell'assistito dell'avvenuto decesso, consegnare loro la lettera di condoglianze contenente anche alcune informazioni utili, e compilare le carte del decesso.
- In caso di non rintracciabilità dei parenti, gli operatori di camera mortuaria avvieranno le pratiche di ricerca tramite l'apposito modulo firmato dai medici della Direzione Medica di Presidio.

Compiti del personale di Camera Mortuaria:

Gli operatori della camera mortuaria hanno in carico la seguente documentazione:

- Avviso di morte compilato
- Denuncia cause di morte o scheda ISTAT 2012 compilato
- Modulo per Accertamento di Morte o Certificato necroscopico compilato

TRASPORTO DELLA SALMA IN CAMERA MORTUARIA

- Il personale infermieristico del reparto ove si è verificato il decesso avvisa l'operatore di camera mortuaria per il successivo trasferimento della salma.
- Il personale della camera mortuaria è di norma presente nei seguenti orari:

T Tutti i giorni dalle 7 alle 21

Nel periodo di chiusura notturna della camera mortuaria, l'infermiere di reparto contatta

92

62



direttamente il personale che svolge normalmente il servizio di trasporto dei pazienti per il presidio, questi, provvederanno a prelevare l'automezzo della camera mortuaria ed effettueranno il trasporto della salma.

COMPOSIZIONE E VESTIZIONE DELLA SALMA

- La composizione e la preparazione igienica della salma è compito del personale della camera mortuaria.
- La vestizione della salma è affidata al personale in servizio presso la camera mortuaria tranne nei casi in cui i familiari desiderino procedere direttamente (ad esempio, per motivi religiosi) e salvo che non sussistano condizioni igienico-sanitarie che lo impediscono.

ORARIO DI VISITA IN CAMERA MORTUARIA

I congiunti possono rendere visita ai defunti in camera mortuaria nei seguenti orari:

Tutti i giorni dalle ore 7,45 alle ore 11.45 e dalle 13.45 alle 17.30

al