

 <p>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara</p>	<b>DIPARTIMENTO DIREZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA</b>	
	<b>Procedura</b>	
	<b>LA GESTIONE DELLA MEDICINA NECROSCOPICA OSPEDALIERA</b>	
<b>Redazione</b>	<b>Cognome/Nome</b>	<b>Funzione</b>
	Di Giorgio Antonio	Dirigente Medico DSP
	Cosenza Giuseppe	Direttore DSP
	De Togni Aldo	Direttore U.O. Igiene Pubblica
	Neri Margherita	Direttore U.O. Medicina Legale
	Grotti Antonella	Responsabile Direz. Medica Ospedaliera AOU FE
	Gaudio Rosamaria	Dirigente Medico Medicina Legale
	Taglioni Mauro	Direttore Direzioni Professioni AOU FE
	Raisi Patrizia	P.O. Area Laboratori AOU FE
	Benvenuti Mafalda	P.O. Area Diurna AOU FE
	Zampini Cristina	Coordinatore Anatomia Patologica AOU FE
	Corazza Fabrizio	Direttore D.A.I. Materno Infantile
	Beccati Antonella	RAD Materno Infantile
	Nola Silvano	Direttore Dip. Ass. Ospedaliera
	Benini Dina	Direzione Medica Ospedale di Argenta
	La Porta Pierluigi	Direzione Medica Ospedale di Lagosanto
	Montanari Katia	Direzione Medica Ospedale di Cento
	Caselli Barbara	Direttore D.I.T.
	Mazzoli Enrico	D.I.T. Ospedale di Argenta
	Sfargerì Rita	D.I.T. Ospedale di Lagosanto
Borghesi Federica	D.I.T. Ospedale di Cento	

### 1. OGGETTO

La procedura in oggetto descrive in maniera sistematica gli adempimenti da adottare nelle UU.OO. ospedaliere dell'Azienda USL a seguito di un decesso.

### 2. SCOPO/OBIETTIVO

Disciplinare ed uniformare negli adempimenti sanitari ed amministrativi tutte le fasi della gestione dei decessi, rispettando le norme vigenti in materia e le necessità organizzative e funzionali proprie dell'Azienda.

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le UU.OO. ospedaliere dell'Azienda USL a seguito di un decesso.

### 4. DOCUMENTI/NORMATIVE DI RIFERIMENTO

- D.P.R. 285/90
- Circolare n. 24 del 24/06/1993
- Codice Penale, art. 365
- Codice di procedura penale, art. 331
- Decreto n. 219 del 26/06/2000
- D.P.R. 254/2003 (Parti anatomiche)
- Legge Regione Emilia Romagna n° 19 del 29/07/04
- Circolare Assessorato Sanità Regione Emilia Romagna n°20/2002
- Delibera di Giunta Regione Emilia Romagna n°10/2005
- Determina Regione Emilia Romagna n° 4693 del 29/05/09
- Manuale di istruzioni per la preparazione, la conservazione e il trasporto di campioni istologici e citologici (Doc. n. 4548 – reperibile su DocWeb)
- Procedura “La gestione dei rifiuti” (Doc. n. 1434 – reperibile su DocWeb)
- Documento del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna del 26/02/2015 (PG 2015/121289, *Oggetto: Individuazione del Laboratorio di riferimento regionale per la diagnosi di Malattia di Creutzfeldt-Jacob e di una struttura a disposizione delle Aziende per l'effettuazione dei riscontri autoptici. Revisione e adeguamento dei flussi informativi*).

## **5. DEFINIZIONI E SIGLE**

**U.O.:** Unità Operativa

**UU.OO.:** Unità Operative

**D.I.T.:** Direzione Infermieristica Tecnica

**D.P.R.:** Decreto Presidente Repubblica

**C.P.:** Codice Penale

**C.P.P.:** Codice Procedura Penale

**D.S.:** Direzione Sanitaria

**A.G.:** Autorità Giudiziaria

**AOU:** Azienda Ospedaliero Universitaria - Universitaria di Ferrara

**O.F.:** Onoranze Funebri

## **6. RESPONSABILITA'**

Di seguito vengono descritti gli adempimenti sanitari ed amministrativi da effettuare in caso di decesso distinti per tipologia. In allegato sono riportati i diversi moduli da utilizzare previsti dalla normativa vigente.

- A. PAZIENTE DECEDUTO CON CAUSA DI MORTE NOTA
- B. PAZIENTE DECEDUTO CON CAUSA DI MORTE NON NOTA
- C. PAZIENTE DECEDUTO CON SOSPETTO DI MORTE VIOLENTA
- D. PRODOTTI ABORTIVI E FETI
- E. NATI MORTI
- F. MORTI ENTRO IL PRIMO ANNO DI VITA
- G. CREMAZIONE
- H. PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI
- I. DECESSO DI PERSONE SENZA E/O IN ASSENZA DI PARENTI
- L. TRASFERIMENTO DI CADAVERE
- M. DECESSO DI CITTADINO STRANIERO
- N. DECESSI DI PAZIENTE CON MALATTIA DI CREUTZFELDT-JACOB

**Responsabilità: A. PAZIENTE DECEDUTO CON CAUSA DI MORTE NOTA; B. PAZIENTE DECEDUTO CON CAUSA DI MORTE NON NOTA;  
C. PAZIENTE DECEDUTO CON SOSPETTO DI MORTE VIOLENTA; F. MORTI ENTRO IL PRIMO ANNO DI VITA; G. CREMAZIONE**

ATTIVITA'	Medici UU.OO.	Resp.le U.O.	Infermieri UU.OO.	Coord. U.O.	OSS	Medici D.S.	Amministrativi D.S.
Constatazione decesso e registrazione in cartella clinica	R	I	C	I	/	/	/
Esecuzione tanatogramma, preparazione del cadavere e sostegno ai familiari	C	/	R	I	C	/	/
Lettura e firma tanatogramma	R	I	C	I	/	/	/
Trasporto cadavere in camera mortuaria	I	I	C	I	R	/	/
Compilazione Avviso di Morte	R	I	I	I	/	C	C
Compilazione Scheda ISTAT	R	C	I	I	/	C	C
Compilazione Certificato Necroscopico	R	C	I	I	/	C	C
Compilazione dichiarazione resa a norma dell'Art. 79 comma 4 DPR 285 del 1990	R	C	I	I	/	C	C
Denuncia all'Autorità Giudiziaria	C	C	I	I	/	R	C
Richiesta riscontro diagnostico	R	C	I	I	/	C	C
Consegna documentazione alla Direzione Sanitaria	R	C	C	I	C	I	C
Trasmissione documentazione	C	I	R*	/	/	C	R
Responsabilità trasmissione documentazione	R*	I	C	I	/	R	C

\* in caso di assenza/impedimento di R

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

**Responsabilità “D1” – PRODOTTI DEL CONCEPIMENTO DI PRESUNTA ETA’ GESTAZIONALE INFERIORE ALLE 20 SETTIMANE**

ATTIVITA'	Medici UU.OO.	Responsabile U.O.	Ostetriche/Infermieri	Coordinatore U.O.	Anatomia Patologica	Operatori Morgue AOU FE	OSS/Autisti	Medici Direzione Sanitaria	Amministrativi Direzione Sanitaria
Compilazione certificato di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto del concepimento	R	I	C	I	-	-	-	-	-
Informazione ai genitori, compilazione e verifica sottoscrizione modulistica	R	I	C	I	-	-	-	-	-
Compilazione di richiesta indagine istopatologica	R	I	C	I	-	-	-	-	-
Trasmissione contenitore e modulistica al Laboratorio Anatomia Patologica	R*	I	R	I	C	-	-	-	-
Trasmissione modulistica all'AOU FE	I	I	R	C	C	I	-	-	-
Trasporto prodotto	I	I	C	I	I	-	R	-	-
Smaltimento/conservazione prodotto <b>in caso di</b> indagine istopatologica	I	I	I	I	R	-	-	-	-
Smaltimento/conservazione prodotto <b>in assenza di</b> indagine istopatologica	I	I	R	C	-	-	-	-	-
Consegna documentazione alla Morgue Cona	-	-	-	-	I	C	-	-	-
Rapporti con Ditta OF prescelta dai genitori (AOU FE)	-	-	-	-	-	R	-	-	-
Rapporti con Ditta OF prescelta dai genitori (AUSL)	I	I	R	I	-	-	-	-	-

\* in caso di assenza/impedimento di R

R = RESPONSABILE C = COINVOLTO I = INFORMATO

**Responsabilità “D2” - PRODOTTI ABORTIVI/FETI DI PRESUNTA ETA’ GESTAZIONALE DALLE 20 ALLE 28 SETTIMANE O PRESUMIBILMENTE 28 SETTIMANE COMPIUTE, MA NON DICHIARATI COME NATI MORTI**

ATTIVITA'	Medici UU.OO.	Responsabile U.O.	Ostetriche/ Infermieri	Coordinatore U.O.	Anatomia Patologica	Operatori Morgue AOSP	OSS/Autisti	Autisti / Ditta trasporti	Medici Direzione Sanitaria	Amministrativi Direzione Sanitaria
Compilazione certificato di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto del concepimento	R	I	C	I	-	-	-	-	-	-
Separazione del prodotto abortivo/feto dalla placenta e conservazione nei rispettivi contenitori	R	I	C	I	-	-	-	-	-	-
Informazione ai genitori, compilazione e verifica sottoscrizione modulistica	R	I	C	I	I	I	-	-	-	-
Compilazione di richiesta riscontro diagnostico	R	I	C	I	I	-	-	-	I	I
Trasmissione contenitore con placenta e relativa modulistica al Laboratorio Anatomia Patologica	R*	I	R	I	C	-	-	-	-	-
Trasmissione prodotto del concepimento e relativa modulistica all'AOU FE	I	I	C	C	-	C	-	-	C	R
Trasporto prodotto del concepimento alla Morgue di Cona	I	I	I	I	I	C	-	R	C	C
Trasporto placenta e relativa modulistica in Lab. Anat. Patol.	I	I	I	I	C	-	R	-	-	-
Consegna del prodotto alla Ditta deputata alla gestione dello stesso	-	-	-	-	I	R	-	-	C	C
Comunicazione avvenuta consegna a Direz. Sanit.	-	-	-	-	I	R	-	-	C	C

**Responsabilità “E” – NATI MORTI**

ATTIVITA'	Medici UU.OO.	Responsabile U.O.	Ostetriche	Coordinatore U.O.	OSS/Autisti	Medici Direzione Sanitaria	Amministrativi Direzione Sanitaria
Compilazione certificato di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto abortivo/feto/nato morto	R	I	C	I	/	/	/
Informazione ai genitori e verifica sottoscrizione modulistica	R	I	C	I	/	/	/
Compilazione di richiesta esame istologico/riscontro diagnostico	R	I	C	I	/	/	/
Compilazione dell'attestato di nascita del nato morto	R*	I	R	I	/	/	/
Trasporto prodotto abortivo c/o Camera Mortuaria dell'Osp. di riferimento o c/o Anatomia Patologica (solo per prodotti abortivi < 20 settimane)	I	I	C	I	R	/	/
Autorizzazione al trasporto prodotto abortivo età gestazionale < 20 settimane	C	I	C	I	C	R	C
Autorizzazione al trasporto prodotto abortivo di età gestazionale 20-28 settimane/nato morto	C	I	C	I	/	R	C
Consegna documentazione alla Direzione Sanitaria	R	C	C	I	/	I	C
Trasmissione documentazione	C	I	R*	/	/	C	R
Responsabilità Trasmissione documentazione	R*	I	I	I	/	R	C

\* in caso di assenza/impedimento di R

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

**Responsabilità “H” – PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI.**

ATTIVITA'	Medici UU.OO.	Responsabili UU.OO.	Infermieri e Coordinatori UU.OO.	Infermieri e Coordinatore Sala Operatoria	OSS	Medici Direzione Sanitaria	Amministrativi Direzione Sanitaria
Gestione del consenso all'amputazione della parte anatomica riconoscibile	R	I	C	C	/	/	/
Verifica compilazione e sottoscrizione modulo consenso da parte del paziente/parente	C	I	R	/	/	/	/
Consegna alla Direzione Sanitaria dell'autorizzazione	I	I	R	/	C	I	C
Dichiarazione amputazione non dovuta a reato	R	I	/	C	/	/	/
Consegna alla Direzione Sanitaria della sottoscrizione	R	I	C	C	C	I	C
Invio Parte Anatomica alla Camera Mortuaria	R	I	/	C	C	/	I
Autorizzazione inumazione/cremazione Parte Anatomica	/	/	/	/	/	R	C
Consegna documentazione alla Direzione Sanitaria	R	C	C	I	/	C	C
Trasmissione documentazione	C	I	R*	/	/	C	R
Responsabilità trasmissione documentazione	R*	/	/	/	/	R	C

\* in caso di assenza/impedimento di R

R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

**Responsabilità “I” – DECESSO DI PERSONE SENZA E/O IN ASSENZA DI PARENTI.**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Medici Direzione Sanitaria</b>	<b>Amministrativi Direzione Sanitaria</b>	<b>Personale U.O. Medico/Infermieristico</b>	<b>Direttore U.O./ Coordinatore U.O.</b>	<b>OSS</b>
Trascrizione in cartella clinica di tutte le informazioni utili	/	/	<b>R</b>	<b>C</b>	/
Comunicazione alla Direzione Sanitaria	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>I</b>	<b>R</b>	/
Disposizione per deposizione cadavere in cella frigo	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	/	<b>C</b>
Comunicazione Servizi Sociali e/o Comune e/o Carabinieri	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>C</b>	/	/

**R = Responsabile    C = Coinvolto    I = Informato**

**Responsabilità “L” – TRASFERIMENTO DI CADAVERE.**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Medico Necroscopo/di Guardia/di Direzione Sanitaria</b>	<b>Amministrativi Direzione Sanitaria</b>
Compilazione autorizzazione al trasferimento di cadavere senza pregiudizi per la salute pubblica	<b>R</b>	<b>C</b>
Inoltro documentazione alla Direzione Sanitaria	<b>R</b>	<b>C</b>
Trasmissione documentazione	<b>C</b>	<b>R</b>
Responsabilità trasmissione documentazione	<b>R</b>	<b>C</b>

**R = Responsabile    C = Coinvolto    I = Informato**



**Responsabilità “M” – DECESSO DI CITTADINO STRANIERO.**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Medici UU.OO.</b>	<b>Medici Direzione Sanitaria</b>	<b>Amministrativi Direzione Sanitaria</b>
Compilazione autorizzazione al trasferimento di cadavere senza pregiudizi per la salute pubblica e morte non dovuta reato	<b>R</b>	<b>C</b>	<b>I</b>
Inoltro documentazione alla Direzione Sanitaria	<b>R</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
Trasmissione documentazione	/	<b>C</b>	<b>R</b>
Responsabilità trasmissione documentazione	/	<b>R</b>	<b>C</b>

**R = Responsabile    C = Coinvolto    I = Informato**

## 7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' E MODALITA' OPERATIVE

### A. PAZIENTE DECEDUTO CON CAUSA DI MORTE NOTA

#### A.1. Il Medico di reparto e/o di Pronto Soccorso che constata il decesso deve:

- Annotare in cartella l'ora e la constatazione dell'avvenuto decesso;
- Firmare il "tanatogramma" la cui durata non deve essere inferiore a 20 minuti primi;
- Controllare i dati anagrafici riportati in cartella o nel referto di Pronto Soccorso e aggiornare, con tutti i dati necessari, la cartella clinica;
- Informare i parenti del deceduto nel più breve tempo possibile;
- Compilare in ogni sua parte la scheda ISTAT, evitando sigle, firmandola in modo leggibile e apporre il proprio timbro su entrambi i fogli;
- Compilare l'avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso") per l'Ufficiale di Stato Civile del Comune competente territorialmente (allegato n°2);
- Compilare il certificato necroscopico (allegato n°3);
- Compilare, se richiesta, l'autorizzazione alla cremazione (allegato n°12);
- Supportare l'infermiere nella rimozione particolarmente difficoltosa di presidi sanitari ed indicarlo in Cartella clinica;
- Rimuovere, se richiesto dalla Direzione Sanitaria, dispositivi medici particolari (es.: pace maker) eventualmente avvalendosi della collaborazione di colleghi specialisti (es.: Cardiologi) ed indicarlo in Cartella clinica;
- Completare la Cartella clinica per la contestuale consegna alla Direzione Sanitaria di Stabilimento (\*).

#### A.2. L'infermiere di turno, in collaborazione con l'OSS deve:

- Provvedere ad eseguire e firmare il "tanatogramma" la cui durata non deve essere inferiore a 20 minuti primi, indicando cognome, nome e data di nascita del deceduto; verificando che sul tracciato compaiano correttamente data di esecuzione, ora di inizio e ora di fine;
- Preparare il cadavere in vista della sua rimozione dall'U.O. in maniera da garantire il rispetto del defunto e dei familiari che verranno a visitarlo per l'ultima volta, rispettando eventuali desideri o riti di carattere religioso;
- Documentare fatti e tempi riguardanti il decesso;
- Nel caso vi siano altri pazienti o visitatori, spiegare loro con delicatezza la situazione e pregarli, se possibile, di uscire dalla stanza per un po' di tempo oppure isolare il cadavere con un paravento;
- Avvertire gli operatori addetti al trasporto di trasferire il cadavere presso la camera mortuaria;
- Prestare le ultime cure al cadavere: allineare correttamente il corpo, togliere e conservare la protesi dentaria, togliere qualsiasi oggetto esterno che provochi compressione o lesione della cute (es.: fissatori e tutori gessati), togliere eventuali tubi, drenaggi, linee di monitoraggio, fissare o sostituire le medicazioni, chiudere gli occhi, se necessario, aiutandosi con compresse di garza od altro. Se la rimozione di particolari dispositivi medici risultasse difficoltosa il personale richiede l'intervento del medico;
- Coprire il deceduto con un lenzuolo pulito;
- Togliere gli oggetti personali e di valore del defunto, metterli in una busta dopo aver compilato "l'inventario oggetti personali" (allegato n°4) e consegnare il tutto ai parenti se presenti. In assenza di parenti, conservare la busta in un luogo chiuso ben definito ed identificato all'interno dell'U.O.;
- Apporre sul cadavere il cartellino identificativo con le generalità del defunto (allegato n°1) compilando tutte le voci previste. Nel campo "Note" dovranno essere evidenziate informazioni ritenute potenzialmente utili per le ditte o gli operatori incaricati del trasporto e della gestione del cadavere (es.: persone obese o di corporatura non comune, presenza di arti sostitutivi, ecc.);
- Registrare per iscritto sulla cartella clinica gli eventi che hanno portato alla morte, il momento esatto in cui il medico è stato informato ed ha dichiarato il decesso, le condizioni del corpo e l'assistenza prestata dopo la morte, il momento in cui sono stati avvertiti i

- famigliari, ovvero l'impossibilità di reperire persone di riferimento, evidenziando ogni elemento possa rivelarsi utile per quanto previsto al punto "I" della presente procedura;
- Sostenere i familiari nel momento dell'evento luttuoso. Per ragioni di rispetto del loro dolore è necessario favorire la privacy e non affrettare le operazioni di preparazione e trasferimento del cadavere per lasciare il tempo, in particolare quando l'evento è improvviso ed inatteso, di elaborare il lutto;
  - Consegnare ai parenti del deceduto l' "Informazione per i familiari in caso di decesso di congiunti ricoverati" (allegato n. 20), compilare le voci previste dallo stampato e inserirlo in cartella clinica. Nel caso i familiari dichiarino di non avere a disposizione il nominativo di una ditta di Onoranze Funebri di propria fiducia deve essere consegnato l'elenco delle ditte di Onoranze Funebri della Provincia di Ferrara che viene aggiornato periodicamente dall'amministrazione dell'AUSL e che è sempre disponibile in reparto. Si specifica che gli utenti sono comunque liberi di scegliere qualsiasi Ditta di Onoranze Funebri (anche al di fuori dell'elenco fornito) purché autorizzate in base alla normativa vigente nella Regione Emilia-Romagna;
  - Consegnare in busta chiusa al personale addetto al trasporto la documentazione relativa al cadavere, comprensiva di scheda ISTAT, avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso"), certificato necroscopico, eventuale certificato per la cremazione e cartella clinica, per il successivo inoltro alla Direzione Sanitaria di Stabilimento (\*).

### **A.3. I Familiari del defunto devono:**

- Contattare l'Impresa di Onoranze Funebri prescelta.

### **A.4. L'addetto al trasporto del cadavere deve:**

- Trasferire il cadavere sulla lettiga pulita seguendo il percorso dedicato; tale manovra dovrà essere eseguita con attenzione utilizzando anche gli ausili previsti per la movimentazione dei carichi;
- Durante il trasporto gli operatori non dovranno mai lasciare incustodita la lettiga e dovranno mantenere un comportamento decoroso;
- Consegnare alla Direzione Sanitaria di Stabilimento la busta chiusa contenente la documentazione relativa al cadavere (avviso di morte, certificato necroscopico, eventuale certificato per cremazione, scheda ISTAT, cartella clinica, eventuale altra documentazione). Tale consegna deve avvenire tramite il personale di reparto o la squadra trasporti per l'ospedale del Delta. Per le altre strutture si potrà fare ricorso alla direzione sanitaria direttamente o tramite il Servizio di Portineria/Centralino (\*).

### **A.5. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria di Stabilimento sotto la responsabilità del Medico di Direzione deve:**

- Verificare la presenza di tutta la documentazione necessaria (avviso di morte, certificato necroscopico, scheda ISTAT ed eventuale altra documentazione)
- Controllare i dati identificativi del cadavere, l'ora del decesso e la completa compilazione della documentazione/modulistica;
- Provvedere alla trasmissione all'ufficio dello Stato Civile del Comune competente territorialmente della scheda ISTAT, dell'avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso"), del certificato necroscopico e di eventuale altra documentazione tramite personale dell'AUSL;
- Trascrivere nell'apposito registro dei decessi i dati relativi al deceduto.

(\*) Prima di consegnare il materiale al personale amministrativo di Direzione Sanitaria è necessario verificare la presenza in servizio dello stesso.

In caso di assenza a vario titolo del personale amministrativo di direzione sanitaria (festività consecutive, malattie, corsi di formazione, ecc.) il Medico di guardia o di U.O., o suo delegato, dovrà provvedere autonomamente alla spedizione della documentazione (avviso di morte, certificato necroscopico, scheda ISTAT ed eventuale altra documentazione) tramite fax al Comune territorialmente competente (il numero di fax è reperibile presso il servizio di portineria/centralino). Sarà cura della Direzione Sanitaria di Stabilimento fornire alle UU.OO. le necessarie indicazioni al fine di provvedere autonomamente agli adempimenti sopradescritti.

## **B. PAZIENTE DECEDUTO CON CAUSA DI MORTE NON NOTA**

### **B.1. Il Medico di reparto e/o di Pronto Soccorso che constata il decesso, qualora siano sconosciute o non siano chiare le cause di morte o sia necessario un approfondimento diagnostico deve:**

- Annotare in cartella clinica o sul referto di Pronto Soccorso l'ora e la constatazione dell'avvenuto decesso;
- Firmare il "tanatogramma" la cui durata non deve essere inferiore a 20 minuti primi;
- Controllare i dati anagrafici riportati in cartella o nel referto di P.S., qualora rintracciabili;
- Informare i parenti nel più breve tempo possibile del decesso, dando notizia della necessità del riscontro diagnostico e che pertanto il cadavere non è a disposizione per le esequie;
- Dare informazione al personale infermieristico e ausiliario che il cadavere deve essere sottoposto a riscontro diagnostico;
- Aggiornare con tutti i dati necessari la cartella clinica e/o la scheda di P.S.;
- Compilare l'avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso") (allegato n°2) per l'ufficiale civile del comune competente territorialmente indicando alla voce "causa del decesso": *in attesa di riscontro diagnostico*;
- Compilare i relativi moduli (allegati n°5 e 6) per la richiesta di riscontro diagnostico all'Istituto di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara;
- Compilare il certificato necroscopico al rientro del cadavere dall'Anatomia Patologica. Tale modulo deve essere compilato da parte del medico necroscopo (il medico di U.O. in cui è avvenuto il decesso o il medico di Direzione o altro medico) (allegato n°3) (\*);
- Compilare, se richiesta, l'autorizzazione alla cremazione (allegato n°11).
- Supportare l'infermiere nella rimozione particolarmente difficoltosa di presidi sanitari ed indicarlo in Cartella clinica

### **B.2. L'infermiere di turno, in collaborazione con l'OSS, deve:**

- Provvedere ad eseguire e firmare il "tanatogramma" la cui durata non deve essere inferiore a 20 minuti primi, indicando cognome, nome e data di nascita del deceduto; verificando che sul tracciato compaiano correttamente data di esecuzione ora di inizio e ora di fine;
- Preparare il cadavere in vista della sua rimozione dall'U.O. in maniera da garantire il rispetto del defunto e dei familiari che verranno a visitarlo per l'ultima volta, rispettando eventuali desideri o riti di carattere religioso;
- Documentare fatti e tempi riguardanti il decesso;
- Nel caso vi siano altri pazienti o visitatori, spiegare loro con delicatezza la situazione e pregarli, se possibile, di uscire per un po' di tempo dalla stanza oppure isolare il cadavere con un paravento;
- Avvertire gli operatori addetti al trasporto di trasferire il cadavere presso la camera mortuaria;
- Prestare le ultime cure al cadavere: allineare correttamente il corpo, togliere e conservare la protesi dentaria, togliere qualsiasi oggetto esterno che provochi compressione o lesione della cute (es. fissatori e tutori gessati), togliere eventuali tubi, drenaggi, linee di monitoraggio, fissare o sostituire le medicazioni, chiudere gli occhi, se necessario, aiutandosi con compresse di garza od altro. Se la rimozione di particolari dispositivi medici risultasse difficoltosa il personale richiede l'intervento del medico.
- Coprire il deceduto con un lenzuolo pulito;
- Togliere gli oggetti personali e di valore del defunto, metterli in una busta dopo aver compilato "l'inventario oggetti personali" (allegato n°4) e consegnare il tutto ai parenti se presenti. In assenza di parenti, conservare la busta in un luogo chiuso ben definito ed identificato all'interno dell'U.O.;
- Apporre sul cadavere il cartellino identificativo con le generalità (allegato n°1) compilando le voci previste e indicare che il cadavere sarà sottoposto a riscontro diagnostico. Nel campo "Note" dovranno essere evidenziate informazioni ritenute potenzialmente utili per le ditte o gli operatori incaricati del trasporto e della gestione del cadavere (es.: persone obese o di corporatura non comune, presenza di arti sostitutivi, ecc.);

- Registrare per iscritto sulla cartella clinica gli eventi che hanno portato alla morte, il momento esatto in cui il medico è stato informato ed ha dichiarato il decesso, le condizioni del corpo e l'assistenza prestata dopo la morte, il momento in cui sono stati avvertiti i famigliari, ovvero l'impossibilità di reperire persone di riferimento, evidenziando ogni elemento possa rivelarsi utile per quanto previsto al punto "I" della presente procedura;
- Sostenere i familiari nel momento dell'evento luttuoso; per ragioni di rispetto del loro dolore è necessario favorire la privacy e non affrettare le operazioni di preparazione e trasferimento del cadavere per lasciare il tempo, in particolare quando l'evento è improvviso ed inatteso, di elaborare il lutto;
- Consegnare ai parenti del deceduto l' "Informazione per i familiari in caso di decesso di congiunti ricoverati" (allegato n. 20), compilare le voci previste dallo stampato e inserirlo in cartella clinica. Nel caso i familiari dichiarino di non avere a disposizione il nominativo di una ditta di Onoranze Funebri di propria fiducia deve essere consegnato l'elenco delle ditte di Onoranze Funebri della Provincia di Ferrara che viene aggiornato periodicamente dall'amministrazione dell'AUSL e che è sempre disponibile in reparto. Si specifica che gli utenti sono comunque liberi di scegliere qualsiasi Ditta di Onoranze Funebri (anche al di fuori dell'elenco fornito) purché autorizzate in base alla normativa vigente nella Regione Emilia-Romagna;
- Consegnare in busta chiusa al personale addetto al trasporto la documentazione relativa al cadavere, comprensiva di avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso"), certificato necroscopico, moduli per la richiesta di riscontro diagnostico e cartella clinica, per il successivo inoltro alla Direzione Sanitaria di Stabilimento (\*).

### **B.3. I Famigliari del defunto devono:**

- Contattare l'Impresa di Onoranze Funebri prescelta.

### **B.4. Il personale addetto al trasporto del cadavere deve:**

- Trasferire il cadavere sulla lettiga pulita seguendo il percorso dedicato; tale manovra dovrà essere eseguita con attenzione utilizzando anche gli ausili previsti per la movimentazione dei carichi;
- Durante il trasporto gli operatori non dovranno mai lasciare incustodita la lettiga e dovranno mantenere un comportamento decoroso;
- Consegnare alla Direzione Sanitaria di Stabilimento la busta chiusa contenente la documentazione relativa al cadavere (avviso di morte, certificato necroscopico, moduli per la richiesta di riscontro diagnostico, cartella clinica). Tale consegna deve avvenire tramite il personale di reparto o la squadra trasporti per l'ospedale del Delta, per le altre strutture si potrà fare ricorso alla direzione sanitaria direttamente o tramite il Servizio di Portineria/Centralino (\*).

### **B.5. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria di Stabilimento sotto la responsabilità del Medico di Direzione deve:**

- Verificare la presenza di tutta la documentazione necessaria (avviso di morte, ed eventuale altra documentazione)
- Controllare i dati identificativi del cadavere, l'ora del decesso e la completa compilazione della documentazione/modulistica, compresa la richiesta di riscontro diagnostico;
- Provvedere alla trasmissione all'ufficio dello Stato Civile del Comune competente territorialmente dell'avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso")  
Trasmettere all'Istituto di Anatomia Patologica tutta la documentazione necessaria:
  - Copia di cartella clinica o altra documentazione del deceduto,
  - Scheda ISTAT in bianco ai fini della compilazione da parte dell'Anatomo-Patologo;
  - Le richieste di riscontro diagnostico firmate dal medico che la dispone (medico di U.O. di degenza, di Pronto Soccorso, di Direzione Sanitaria) (vedi allegati n°5 e 6);
  - Trascrivere nell'apposito registro dei decessi i dati relativi al deceduto lasciando in bianco la causa di morte;
  - Una volta ricevuta la scheda ISTAT compilata dall'Anatomo-Patologo: far compilare al medico necroscopo (il medico di U.O. in cui è avvenuto il decesso o il medico di Direzione o altro medico) il certificato necroscopico e trasmettere all'ufficio dello Stato

- Civile del Comune competente territorialmente scheda ISTAT compilata dall'Anatomo-  
Patologo;
- Certificato necroscopico
- Eventuale certificato per la cremazione
- Trascrivere nell'apposito registro dei decessi la causa di morte del deceduto.

(\*) In caso di assenza a vario titolo del personale amministrativo di direzione sanitaria (festività consecutive, malattie, corsi di formazione, ecc.) il Medico di guardia o di U.O., o suo delegato dovrà provvedere a consegnare la documentazione (avviso di morte più gli allegati n°5 e 6 ed eventuale altra documentazione) al personale amministrativo di direzione il primo giorno lavorativo utile.

Sarà cura di ogni direzione sanitaria di Stabilimento fornire al personale di reparto le necessarie indicazioni agli adempimenti sopradescritti.

## C. PAZIENTE DECEDUTO CON SOSPETTO DI MORTE VIOLENTA

### C.1. Il Medico di reparto e/o di Pronto Soccorso che constata il decesso e rileva che vi sia un verosimile rapporto di causa con un evento antiggiuridico (es.: *morte tardiva da incidente stradale, esiti di lesione colposa o dolosa, infortunio sul lavoro, suicidio, ecc.*) deve:

- Annotare in cartella clinica o sul referto di Pronto Soccorso l'ora e la constatazione dell'avvenuto decesso;
- Firmare il "tanatogramma" la cui durata non deve essere inferiore a 20 minuti primi;
- Controllare i dati anagrafici riportati in cartella o nel referto di Pronto Soccorso, qualora rintracciabili;
- Aggiornare con tutti i dati necessari la cartella clinica e/o la scheda di Pronto Soccorso;
- Compilare la scheda ISTAT, evitando sigle, con i dati di cui si dispone compilando la sezione "*morte da causa violenta*", firmare in modo leggibile e apporre il proprio timbro su entrambi i fogli;
- Compilare l'avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso") (allegato n°2) per l'ufficiale civile del comune competente territorialmente indicando alla voce "causa del decesso": *a disposizione dell'autorità giudiziaria*;
- Compilare il modulo di "Denuncia all'Autorità Giudiziaria" (allegato n°7) che va trasmesso senza indugio alla Direzione Sanitaria (\*);
- Informare i parenti nel più breve tempo possibile che il deceduto è sotto tutela giudiziaria e che pertanto il cadavere non è a disposizione per le esequie;
- Comunicare al personale infermieristico, ausiliario e addetti alla camera mortuaria che il cadavere è stata messo a disposizione dell'Autorità Giudiziaria onde evitare manipolazioni e trattamenti non consentiti;
- Il Medico deve attendere disposizioni dalla Direzione Sanitaria in merito alla eventuale compilazione del certificato necroscopico.

### C.2. L'infermiere di turno, in collaborazione con l'OSS deve:

- Provvedere ad eseguire e firmare il "tanatogramma" la cui durata non deve essere inferiore a 20 minuti primi, indicando cognome, nome e data di nascita del deceduto; verificando che sul tracciato compaiano correttamente data di esecuzione, ora di inizio e ora di fine;
- Preparare il cadavere in vista della sua rimozione dall'U.O. in maniera da garantire il rispetto del defunto e dei familiari che verranno a visitarlo per l'ultima volta, rispettando eventuali desideri o riti di carattere religioso;
- Documentare fatti e tempi riguardanti il decesso;
- Nel caso vi siano altri pazienti o visitatori, spiegare loro con delicatezza la situazione e pregarli, se possibile, di uscire per un po' di tempo dalla stanza oppure isolare il cadavere con un paravento;
- Avvertire gli operatori addetti al trasporto di trasferire il cadavere presso la camera mortuaria;

- Prestare le ultime cure al cadavere: allineare correttamente il corpo, togliere e conservare la protesi dentaria, togliere qualsiasi oggetto esterno che provochi compressione o lesione della cute (es. fissatori e tutori gessati), togliere eventuali tubi, drenaggi, linee di monitoraggio, fissare o sostituire le medicazioni, chiudere gli occhi, se necessario, aiutandosi con compresse di garza od altro.
- Coprire il deceduto con un lenzuolo pulito;
- Togliere gli oggetti personali e di valore del defunto, metterli in una busta dopo aver compilato "l'inventario oggetti personali" (allegato n°4) e consegnare il tutto ai parenti se presenti. In assenza di parenti, conservare la busta in un luogo chiuso ben definito ed identificato all'interno dell'U.O.;
- Apporre sul cadavere il cartellino identificativo con le generalità (allegato n°1) compilando tutte le voci previste e indicare che il cadavere è a disposizione dell'Autorità Giudiziaria. Nel campo "Note" dovranno essere evidenziate informazioni ritenute potenzialmente utili per le ditte o gli operatori incaricati del trasporto e della gestione del cadavere (es.: persone obese o di corporatura non comune, presenza di arti sostitutivi, ecc.);
- Registrare per iscritto sulla cartella clinica gli eventi che hanno portato alla morte, il momento esatto in cui il medico è stato informato ed ha dichiarato il decesso, le condizioni del corpo e l'assistenza prestata dopo la morte, il momento in cui sono stati avvertiti i famigliari, ovvero l'impossibilità di reperire persone di riferimento, evidenziando ogni elemento possa rivelarsi utile per quanto previsto al punto "I" della presente procedura;
- Sostenere i familiari nel momento dell'evento luttuoso; per ragioni di rispetto del loro dolore è necessario favorire la privacy e non affrettare le operazioni di preparazione e trasferimento del cadavere per lasciare il tempo, in particolare quando l'evento è improvviso ed inatteso, di elaborare il lutto;
- Consegnare ai parenti del deceduto l' "Informazione per i familiari in caso di decesso di congiunti ricoverati" (allegato n. 20), compilare le voci previste dallo stampato e inserirlo in cartella clinica. Nel caso i familiari dichiarino di non avere a disposizione il nominativo di una ditta di Onoranze Funebri di propria fiducia deve essere consegnato l'elenco delle ditte di Onoranze Funebri della Provincia di Ferrara che viene aggiornato periodicamente dall'amministrazione dell'AUSL e che è sempre disponibile in reparto. Si specifica che gli utenti sono comunque liberi di scegliere qualsiasi Ditta di Onoranze Funebri (anche al di fuori dell'elenco fornito) purché autorizzate in base alla normativa vigente nella Regione Emilia-Romagna;
- Consegnare in busta chiusa al personale addetto al trasporto la documentazione relativa al cadavere, comprensiva di cartella clinica, scheda ISTAT, avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso") e copia del modulo di "Rapporto all'Autorità Giudiziaria" per il successivo inoltro alla Direzione Sanitaria di Stabilimento (\*).

### **C.3. I Famigliari del defunto devono:**

Contattare, per gli adempimenti di competenza sul defunto, l'Impresa di Onoranze Funebri prescelta che potrà intervenire solo dopo che l'Autorità Giudiziaria avrà rilasciato il nulla osta alla sepoltura

### **C.4. Il personale addetto al trasporto del cadavere deve:**

- Trasferire il cadavere sulla lettiga pulita seguendo il percorso dedicato; tale manovra dovrà essere eseguita con attenzione utilizzando anche gli ausili previsti per la movimentazione dei carichi;
- Durante il trasporto gli operatori non dovranno mai lasciare incustodita la lettiga e dovranno mantenere un comportamento decoroso;
- Consegnare alla Direzione Sanitaria di Stabilimento la busta chiusa contenente la documentazione relativa al cadavere (avviso di morte, scheda ISTAT, rapporto all'Autorità Giudiziaria, cartella clinica). Tale consegna deve avvenire tramite il personale di reparto o la squadra trasporti per l'ospedale del Delta, per le altre strutture si potrà fare ricorso alla direzione sanitaria direttamente o tramite il servizio di Portineria/Centralino (\*).

### **C.5. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria di Stabilimento sotto la responsabilità del Medico di Direzione deve:**

- Verificare la presenza di tutta la documentazione necessaria (avviso di morte, scheda ISTAT, denuncia all'Autorità Giudiziaria ed eventuale altra documentazione);

- Controllare i dati identificativi del cadavere, l'ora del decesso, la completa compilazione della scheda ISTAT, dell'avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso") e del modulo di "Denuncia all'Autorità Giudiziaria";
- Trasmettere il modulo di "Denuncia all'Autorità Giudiziaria" alla locale stazione dei Carabinieri o direttamente alla Procura della Repubblica di Ferrara, corredata da copia della documentazione clinica del paziente e copia della scheda ISTAT;
- Provvedere agli adempimenti per l'eventuale trasferimento del cadavere all'Istituto di Medicina Legale solo dopo aver ricevuto specifica autorizzazione/disposizione scritta da parte dell'autorità competente;
- Provvedere alla trasmissione all'ufficio dello Stato Civile del Comune competente territorialmente della scheda ISTAT e dell'avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso") tramite il personale dell'AUSL;
- Trascrivere nell'apposito registro dei decessi i dati relativi al deceduto;
- Qualora l'Autorità Giudiziaria disponga la restituzione del cadavere ai famigliari, richiedere la compilazione del Certificato necroscopico, ed eventuale certificato di cremazione, al medico necroscopo delegato (U.O. interessata o medici di Direzione Sanitaria o altro medico) e inviarlo all'Ufficio di Stato Civile territorialmente competente;

(\*)Prima di consegnare il materiale al personale amministrativo di Direzione Sanitaria è necessario verificare la presenza in servizio dello stesso.

In caso di assenza a vario titolo del personale amministrativo di Direzione Sanitaria (malattie, corsi di formazione, ecc.) il Medico di guardia o di U.O., o suo delegato dovrà provvedere a contattare il Medico di Direzione Sanitaria.

## **D. PRODOTTI ABORTIVI E FETI**

### **D.1. PRODOTTI DEL CONCEPIMENTO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE INFERIORE ALLE 20 SETTIMANE**

#### **D.1.1. Il Medico di reparto e/o di Pronto Soccorso che ha assistito all'espulsione o asportazione di un prodotto del concepimento deve:**

- Compilare e firmare il modulo di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto del concepimento (parte prima allegato n°8).
- Inserire il prodotto del concepimento in idoneo contenitore per il trasporto [fare riferimento al "Manuale di istruzioni per la preparazione, la conservazione e il trasporto di campioni istologici e citologici" (Doc. n. 4548 – reperibile su DocWeb)].
- Fornire ai genitori esaurienti informazioni in merito alla procedura, a cosa è possibile fare del prodotto del concepimento, quali sono le tempistiche da rispettare, quali sono i diritti del genitore e gli obblighi ai sensi di legge, ovvero informarli di quanto previsto dall'art. 7 del D.P.R. 285/90 (Regolamento di Polizia Mortuaria): fornire l'allegato n.8 dove nel retro sono indicati i riferimenti normativi.
- Compilare l'eventuale richiesta di indagine istopatologica [fare riferimento al "Manuale di istruzioni per la preparazione, la conservazione e il trasporto di campioni istologici e citologici" (Doc. n. 4548 – reperibile su DocWeb)].
- Verificare se i genitori desiderino seppellire o cremare il prodotto del concepimento (vedi voce "INFORMAZIONE AI GENITORI" parte seconda allegato n°8) e quindi spiegare che, se decidono in tal senso, la procedura è a loro carico.
- Nel caso in cui i genitori o chi per essi non intendano farsi carico del seppellimento/cremazione del prodotto del concepimento, questo deve essere trattato come rifiuto sanitario o dalla stessa U.O. (nel caso in cui non sia stata richiesta l'indagine istopatologica) o dall'U.O. di Anatomia Patologica (nel caso in cui l'indagine istopatologica sia stata richiesta). Per il personale dell'AUSL di Ferrara, fare riferimento alla Procedura "La gestione dei rifiuti" (Doc. n. 1434 –reperibile su DocWeb).
- Compilare e firmare l'ultima parte del modulo (terza e ultima parte allegato n°8) per escludere il sospetto di morte dovuta a reato.



### **D.1.2. L'ostetrica o l'infermiere deve:**

- Verificare se per il prodotto del concepimento è stata richiesta o meno l'indagine istopatologica e se la modulistica è stata compilata dal medico (prima parte e terza parte dell'allegato n°8) e da almeno un genitore (seconda parte allegato n°8).
- Dopo che il medico ha adempiuto ai doveri informativi di cui sopra verso i familiari, valutare l'opportunità di consegnare l'elenco delle ditte di Onoranze Funebri della Provincia di Ferrara che viene aggiornato periodicamente dall'amministrazione dell'AUSL e che è sempre disponibile in reparto. Si specifica che gli utenti sono comunque liberi di scegliere qualsiasi Ditta di Onoranze Funebri (anche al di fuori dell'elenco fornito) purché autorizzate in base alla normativa vigente nella Regione Emilia-Romagna.

### **IN CASO DI RICHIESTA DI INDAGINE ISTOPATOLOGICA:**

- Verificare la corretta compilazione della modulistica da parte del medico e da parte di almeno un genitore (allegato n°8).
- (Nel caso in cui i genitori non intendano farsi carico della gestione) provvedere alla trasmissione all'U.O. di Anatomia Patologica del contenitore e della modulistica attestante la volontà dei genitori ai fini del successivo smaltimento.
- (Nel caso in cui i genitori intendano farsi carico della gestione) provvedere, tramite il personale Amm.vo della Direzione Sanitaria, alla trasmissione all'U.O. di Anatomia Patologica del contenitore e della modulistica e trasmettere copia della modulistica alla Medicina Legale Ospedaliera dell'AOUFE (tel: 0532/239401 – fax: 0532/239121 o mail: [medicinalegale.ospedaliera@ospfe.it](mailto:medicinalegale.ospedaliera@ospfe.it) e [morgue@ospfe.it](mailto:morgue@ospfe.it))

### **IN CASO IN CUI NON SIA RICHIESTA INDAGINE ISTOPATOLOGICA:**

- Verificare la corretta compilazione della modulistica da parte del medico e da parte di almeno un genitore (allegato n°8) e inserirla in cartella clinica.  
(Nel caso in cui i genitori non intendano farsi carico della gestione) procedere allo smaltimento del prodotto gestendolo come "rifiuto pericolo a rischio infettivo": fare riferimento alla Procedura "*La gestione dei rifiuti*" (Doc. n. 1434 – reperibile su DocWeb)
- (Nel caso in cui i genitori intendano farsi carico della gestione) conservare il contenitore presso l'U.O. e consegnarlo alla Ditta prescelta dagli stessi (inclusa la verifica dell'avvenuta compilazione e firma della terza e ultima parte del modulo n°8)

### **D.1.3 Il personale dell'AOUFE:**

- Verifica la modulistica ricevuta dall'U.O. di Ostetricia dell'AUSL.
- **IN CASO DI VOLONTA' DEI GENITORI DI FARSI CARICO DELLA GESTIONE**
- (Il personale amministrativo della Medicina Legale Ospedaliera) trasmette la documentazione agli operatori della Morgue dell'AOUFE con i quali la Ditta prescelta dai genitori si rapporterà (Morgue Cona: tel: 0532 236.332 - fax: 0532 237.750 - mail: [morgue@ospfe.it](mailto:morgue@ospfe.it)).
- (Gli operatori della Morgue) comunicano all'U.O. di Anatomia Patologica il ricevimento della documentazione sopra citata.
- (Il personale dell'U.O. di Anatomia Patologica), al termine delle procedure diagnostiche, procede alla consegna del prodotto del concepimento alla Morgue dell'AOUFE.
- (Gli operatori della Morgue) consegnano il prodotto del concepimento alla Ditta prescelta dai genitori.

### **D.1.4. I genitori, o chi per essi, devono:**

- Ricevere esaurienti informazioni in merito alla procedura, a cosa è possibile fare del prodotto del concepimento, quali sono le tempistiche da rispettare, quali sono i diritti del genitore e gli obblighi ai sensi di legge.
- Compilare, entro 24 ore dall'estrazione o espulsione del prodotto del concepimento, la parte "INFORMAZIONE AI GENITORI" del modulo (seconda parte allegato n°8) indicante l'intenzione o meno di farsi carico della gestione del prodotto del concepimento.

- Nel caso in cui intendano farsi carico della gestione contattare l'Impresa di Onoranze Funebri prescelta.

#### **D.1.5. Il personale addetto al trasporto deve:**

##### **IN CASO DI RICHIESTA DI INDAGINE ISTOPATOLOGICA**

- Trasferire il contenitore presso l'U.O. di Anatomia Patologica.
- Il trasporto del contenitore contenente il prodotto del concepimento deve avvenire nel rispetto delle vigenti norme in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori

#### **D.2. PRODOTTI ABORTIVI/FETI DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE DALLE 20 ALLE 28 SETTIMANE O PRESUMIBILMENTE 28 SETTIMANE COMPIUTE, MA NON DICHIARATI COME NATI MORTI.**

##### **D.2.1. Il Medico di reparto e/o di Pronto Soccorso che ha assistito all'espulsione o asportazione di un prodotto abortivo/feto deve:**

- Compilare e firmare il modulo di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto abortivo/feto (parte prima allegato n°9).
- Separare il prodotto abortivo/feto dalla placenta.
- Inserire il prodotto abortivo/feto in idoneo contenitore per il trasporto **privo di formalina** e inviarlo alla Morgue di Cona tramite la Ditta convenzionata per il trasporto [fare riferimento al "Manuale di istruzioni per la preparazione, la conservazione e il trasporto di campioni istologici e citologici" (Doc. n. 4548 – reperibile su DocWeb)].
- Inserire la placenta in idoneo contenitore per il trasporto e inviarlo all'U.O. di Anatomia Patologica seguendo il percorso dell'indagine istopatologica trasporto [fare riferimento al "Manuale di istruzioni per la preparazione, la conservazione e il trasporto di campioni istologici e citologici" (Doc. n. 4548 – reperibile su DocWeb)].
- Compilare la richiesta di riscontro diagnostico (allegato n°5).
- Fornire ai genitori esaurienti informazioni in merito alla procedura, a cosa è possibile fare del prodotto abortivo/feto, quali sono le tempistiche da rispettare, quali sono i diritti del genitore e gli obblighi ai sensi di legge. Ovvero informarli di quanto previsto dall'art. 7 del D.P.R. 285/90 (Regolamento di Polizia Mortuaria) ed acquisire la sottoscrizione della seconda parte del modulo (vedi voce "INFORMAZIONE AI GENITORI" parte seconda dell'allegato n°9). Fornire loro l'allegato n. 9 dove nel retro sono indicati i riferimenti normativi.
- Verificare se i genitori desiderino farsi carico del seppellimento/cremazione del prodotto abortivo/feto (vedi voce "INFORMAZIONE AI GENITORI" parte seconda allegato n°9) e quindi spiegare che, se decidono in tal senso, la procedura è a loro carico.
- Nel caso in cui i genitori o chi per essi non intendano farsi carico del seppellimento/cremazione del prodotto del concepimento, devono autorizzare la cremazione e la collocazione delle ceneri nel cinerario comune della Certosa di Ferrara.
- Compilare e firmare la terza parte del modulo (allegato n°9) per escludere il sospetto di morte dovuta a reato.

##### **D.2.2. L'ostetrica o l'infermiere di U.O. deve:**

- Verificare se la modulistica è stata compilata dal medico (prima e terza parte allegato n°9) e da almeno un genitore (seconda parte allegato n°9).
- Dopo che il medico ha adempiuto ai doveri informativi di cui sopra verso i familiari, valutare l'opportunità di consegnare l'elenco delle ditte di Onoranze Funebri della Provincia di Ferrara che viene aggiornato periodicamente dall'amministrazione dell'AUSL e che è sempre disponibile in reparto. Si specifica che gli utenti sono comunque liberi di scegliere qualsiasi Ditta di Onoranze Funebri (anche al di fuori dell'elenco fornito) purché autorizzate in base alla normativa vigente nella Regione Emilia-Romagna.
- Provvedere alla trasmissione del contenitore con la placenta (e relativa modulistica) all'U.O. di Anatomia Patologica tramite il personale autista AUSL [fare riferimento al "Manuale di istruzioni per la preparazione, la conservazione e il trasporto di campioni istologici e citologici" (Doc. n. 4548 – reperibile su DocWeb)].

- Provvedere a far trasportare da parte del personale incaricato il contenitore con il prodotto abortivo/feto nella cella frigo della Camera Mortuaria dell'Ospedale di riferimento.
- Provvedere alla trasmissione dell'allegato n°5 compilato (*"Richiesta di riscontro diagnostico ai sensi dell'art. 37 del DPR 285/90"*) alla Direzione Sanitaria (\*) per la successiva comunicazione all'U.O. di Anatomia Patologica.

**D.2.3. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria di Stabilimento, sotto la responsabilità del Medico di Direzione deve, in caso di richiesta di riscontro diagnostico :**

- Compilare la quarta parte del modulo (allegato n°9) per l'autorizzazione al trasporto del prodotto abortivo/feto c/o la Morgue di Cona per l'esecuzione del riscontro diagnostico.
- Attivare la Ditta incaricata per il trasporto del contenitore con il prodotto abortivo/feto presso la Morgue di Cona per l'esecuzione del riscontro diagnostico.
- Consegnare al Servizio di Stato Civile del Comune di competenza la modulistica in originale per l'espletamento delle procedure di seppellimento/cremazione nel caso in cui i genitori si facciano carico del seppellimento/cremazione.
- Trasmettere alla Medicina Legale Ospedaliera (tel.: 0532 239.401 – fax: 0532 237.750 mail: [medicinalegale.ospedaliera@ospfe.it](mailto:medicinalegale.ospedaliera@ospfe.it) e [morgue@ospfe.it](mailto:morgue@ospfe.it)) copia della modulistica della richiesta di seppellimento del prodotto abortivo/feto sottoposto a riscontro diagnostico.
- Verificare l'attivazione della ditta competente a procedere a cremazione/seppellimento da parte degli operatori della Morgue, nel caso in cui i genitori non si facciano carico della gestione del prodotto abortivo/feto.

(\*) Prima di consegnare il materiale al personale amministrativo di Direzione Sanitaria è necessario verificare la presenza in servizio dello stesso.

In caso di prolungata assenza a vario titolo del personale amministrativo di direzione sanitaria (malattie, corsi di formazione, ecc.) il Medico di guardia o di U.O., o suo delegato dovrà provvedere a contattare il Medico di Direzione Sanitaria.

**D.2.4. Il personale dell'AOUFE:**

**NEL CASO IN CUI I GENITORI NON SI FACCIANO CARICO DELLA GESTIONE**

- (la Medicina Legale Ospedaliera), ricevuto l'allegato n°9 compilato in tutte le sue parti, trasmette tale documentazione agli operatori della Morgue con i quali la Ditta assegnataria del servizio di trasporto e cremazione si rapporterà per il ritiro (Morgue: tel: 0532 236.332 - fax: 0532 237.750 - mail: [morgue@ospfe.it](mailto:morgue@ospfe.it)).
- (Gli operatori della Morgue) provvedono alla consegna alla Ditta assegnataria del servizio di trasporto e cremazione della modulistica e dei prodotti del concepimento.
- (Gli operatori della Morgue) comunicano alla Direzione del Dipartimento Assistenza Ospedaliera dell'AUSL (tramite mail all'indirizzo: [mno@ausl.fe.it](mailto:mno@ausl.fe.it)) gli estremi dei prodotti del concepimento consegnati alla Ditta assegnataria del servizio di trasporto e cremazione

**NEL CASO IN CUI I GENITORI SI FACCIANO CARICO DELLA GESTIONE**

- (la Medicina Legale Ospedaliera), una volta accertata la:
- corretta compilazione del modulo in tutte le sue parti (allegato n°9), trasmettono tale documentazione agli operatori della Morgue con i quali la Ditta prescelta dai genitori si rapporterà per il ritiro (Morgue: tel: 0532 236332 - fax: 0532 237750 - mail: [morgue@ospfe.it](mailto:morgue@ospfe.it)).
- (Gli operatori della Morgue) consegnano il prodotto abortivo/feto alla Ditta prescelta dai genitori e ne danno comunicazione al personale amministrativo dell'AUSL (email: [mno@ausl.fe.it](mailto:mno@ausl.fe.it)).

**D.2.5. I genitori, o chi per essi, devono:**

- Ricevere esaurienti informazioni in merito alla procedura, a cosa è possibile fare del prodotto abortivo/feto, quali sono le tempistiche da rispettare, quali sono i diritti del genitore e gli obblighi ai sensi di legge.

- Compilare, entro 24 ore dall'estrazione o espulsione del prodotto abortivo/feto, la parte "DOMANDA DI SEPPELLIMENTO" del modulo (seconda parte allegato n°9) indicante l'assunzione o meno dell'onere del seppellimento/cremazione del prodotto abortivo/feto.
- **Nel caso in cui intendano farsi carico della gestione contattare l'Impresa di Onoranze Funebri prescelta.** La Ditta prescelta provvederà a ritirare il contenitore con il prodotto abortivo/feto previi accordi con la Morgue (Morgue: tel: 0532 236332 - fax: 0532 237750 - mail: [morgue@ospfe.it](mailto:morgue@ospfe.it)).

**D.2.6. La Ditta incaricata del trasporto deve:**

- Trasportare e consegnare il contenitore con il prodotto abortivo/feto agli operatori in servizio presso la Morgue di Cona.
- Trasportare il contenitore con il prodotto abortivo/feto nel rispetto delle vigenti norme in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

**D.2.7 Il personale AUSL autista deve:**

- Trasportare e consegnare il contenitore con la placenta (e relativa modulistica) all'U.O. di Anatomia Patologica.

## **E. NATI MORTI**

### **E.1. Il Medico di reparto e/o di Pronto Soccorso che ha assistito al parto di un feto di 28 settimane o più, che non mostri alcun segno di vitalità deve:**

- Compilare e firmare il modulo di assistenza al parto del feto comprensiva di richiesta di riscontro diagnostico (parte prima allegato n°10); Stilare al riguardo una relazione per l'Anatomo Patologo (su carta intestata dell'U.O.) corredata di tutte le notizie cliniche ritenute necessarie per poter arrivare a definire la causa di morte.
- Inserire il nato morto in idoneo contenitore per il trasporto;
- Separare la placenta ed inviarla al Servizio di Anatomia Patologica seguendo il percorso dell'esame istologico;
- Compilare l'attestazione da cui si certifi che la nascita di un nato morto nel caso in cui non sia presente l'ostetrica;
- Nel caso di richiesta di riscontro diagnostico, stilare una relazione per l'Anatomo Patologo (su carta intestata dell'U.O.) corredata di tutte le notizie cliniche ritenute necessarie per poter arrivare a definire la causa di morte;
- Compilare i relativi moduli (allegati n°5 e 6) per la richiesta di riscontro diagnostico all'Istituto di Anatomia Patologica dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara;
- Fornire ai genitori esaurienti informazioni in merito alla procedura, a cosa è possibile fare dei resti mortali, quali sono le tempistiche da rispettare, quali sono i diritti del genitore e gli obblighi ai sensi di legge. Ovvero informarli di quanto previsto dall'art. 7 del D.P.R. 285/90 (Regolamento di Polizia Mortuaria) ed acquisire la sottoscrizione della seconda parte del modulo (parte "DOMANDA DI SEPPELLIMENTO" allegato n°10); Fornire loro l'allegato n. 10, dove nel retro sono indicati i riferimenti normativi.
- Compilare il modulo per la cremazione nel caso in cui i genitori la richiedano (allegato n° 11).

### **E.2. L'ostetrica deve:**

- (dopo che il medico ha adempiuto ai doveri informativi di cui sopra verso i familiari) valutare l'opportunità di consegnare l'elenco delle ditte di Onoranze Funebri della Provincia di Ferrara che viene aggiornato periodicamente dall'amministrazione dell'AUSL e che è sempre disponibile in reparto. Si specifica che gli utenti sono comunque liberi di scegliere qualsiasi Ditta di Onoranze Funebri (anche al di fuori dell'elenco fornito) purché autorizzate in base alla normativa vigente nella Regione Emilia-Romagna.
- Valutare l'opportunità di consegnare la "memory box".
- Compilare l'attestazione da cui si certifi che la nascita di un nato morto;
- Raccogliere la documentazione (moduli per la richiesta di riscontro diagnostico, cartella clinica della madre, attestato di nascita, certificazione medica) e provvedere alla consegna in busta chiusa alla Direzione Sanitaria tramite il personale addetto al trasporto;
- Consegnare il contenitore al personale addetto al trasporto;
- Consegnare la documentazione in originale, in busta chiusa alla Direzione Sanitaria nel più breve tempo possibile, per gli adempimenti di competenza (\*).

### **E.3. I genitori del nato morto devono:**

- Ricevere esaurienti informazioni in merito alla procedura, a cosa è possibile fare dei resti mortali, quali sono le tempistiche da rispettare, quali sono i diritti del genitore e gli obblighi ai sensi di legge;
- Compilare e sottoscrivere la parte "DOMANDA DI SEPPELLIMENTO" del modulo (allegato n°10);
- Rivolgersi all'Ufficio di Stato Civile competente per la dichiarazione di nascita di nato morto;
- Contattare l'impresa di onoranze funebri prescelta.

### **E.4. Il personale interno addetto al trasporto deve:**

- Trasferire il contenitore sul mezzo di trasporto in uso seguendo il percorso dedicato; tale manovra dovrà essere eseguita con attenzione utilizzando anche gli ausili previsti per la movimentazione dei carichi;
- Durante il trasporto gli operatori non dovranno mai lasciare incustodito il mezzo di trasporto e dovranno mantenere un comportamento decoroso;

#### **E.5. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria di Stabilimento sotto la responsabilità del Medico di Direzione deve:**

- Controllare i dati identificativi del nato morto, l'ora del parto, la richiesta di riscontro diagnostico e l'autorizzazione al trasporto;
- Provvedere alla trasmissione all'ufficio dello Stato Civile del Comune competente territorialmente della certificazione medica e della richiesta di riscontro diagnostico;
- Trasmettere al servizio di Anatomia Patologica tutta la documentazione necessaria:
  - copia di cartella clinica o altra documentazione sanitaria,
  - le richieste di riscontro diagnostico firmate dal medico che la dispone (medico di U.O. di degenza, di Pronto Soccorso, di Direzione Sanitaria) (vedi allegato n°10).
- Trascrivere nell'apposito registro dei decessi i dati relativi al nato morto;
- Indirizzare i genitori all'Ufficio di Stato Civile dove è avvenuta la nascita per la dichiarazione di nato morto;
- Comunicare telefonicamente al Servizio di Stato Civile del Comune di competenza il rientro del nato morto per gli adempimenti connessi al suo seppellimento.

#### **E.6. NATI MORTI NON RICONOSCIUTI**

**Nel caso in cui il nato morto non venga riconosciuto dalla madre, l'operatore che ha assistito al parto (ostetrica o medico) deve:**

- Compilare tutta la modulistica di cui ai punti E.1. ed E.2. omettendo il nome della madre ed indicando solo il numero della Cartella Clinica, in particolare nella richiesta di esame istologico sulla placenta;
- Recarsi quanto prima in Comune per la dichiarazione di nascita di nato morto;
- Farsi rilasciare dall'ufficio di Stato Civile l'estratto di nascita nel quale compare un nome di fantasia per identificare il nato morto;
- Consegnare l'estratto di nascita in Direzione Sanitaria (\*).

#### **Il personale amministrativo deve:**

- Trasmettere al servizio di Anatomia Patologica tutta la documentazione necessaria:
  - copia di Cartella clinica o altra documentazione sanitaria dove risulterà omesso il nome della madre,
  - la modulistica di cui ai punti E.1. ed E.2.
  - la dichiarazione di nascita di nato morto per permettere al servizio di Anatomia Patologica di identificarlo quanto prima e procedere all'esame.
- Trascrivere nell'apposito registro dei decessi i dati relativi al nato morto;
- Comunicare telefonicamente al Servizio di Stato Civile del Comune di competenza il rientro del nato morto per gli adempimenti connessi al suo seppellimento.

(\*). Prima di consegnare il materiale al personale amministrativo di Direzione Sanitaria è necessario verificare la presenza in servizio dello stesso.

In caso di assenza a vario titolo del personale amministrativo di direzione sanitaria (malattie, corsi di formazione, ecc.) il Medico di guardia o di U.O., o suo delegato dovrà provvedere a contattare il Medico di Direzione Sanitaria.

## **F. MORTI ENTRO IL PRIMO ANNO DI VITA**

### **F.1. Il Medico di reparto e/o di Pronto Soccorso che ha assistito al decesso di un bambino di cui sia già stata dichiarata la nascita e comunque entro il primo anno di vita, deve:**

- Annotare in cartella l'ora e la constatazione dell'avvenuto decesso;
- Controllare i dati anagrafici riportati in cartella o nel referto di Pronto Soccorso e aggiornare, con tutti i dati necessari, la cartella clinica;
- Informare i genitori del deceduto nel più breve tempo possibile;
- Compilare in ogni sua parte la scheda ISTAT modello D/4 bis "deceduto/a entro il primo anno di vita", evitando sigle, firmandola in modo leggibile e apponendo il proprio timbro su entrambi i fogli;
- Compilare l'avviso di morte (stampato "Comunicazione di Avvenuto Decesso") per l'Ufficiale di Stato Civile del Comune competente territorialmente (allegato n°2);
- Compilare il certificato necroscopico (allegato n°3);
- Completare la Cartella clinica per la contestuale consegna alla Direzione Sanitaria (\*);
- In caso di eventuale richiesta di riscontro diagnostico, attenersi a quanto previsto al punto B della presente procedura (compilando gli allegati n°5 e n°6);
- In caso di sospetto di morte violenta, attenersi al punto C della presente procedura (compilando l'allegato n°7)

### **F.2. L'infermiere di turno o l'ostetrica, in collaborazione con l'OSS deve:**

- Attenersi a quanto previsto al punto A.2 in caso di decesso entro il primo anno di vita per causa nota, al punto B.2 in caso di richiesta di riscontro diagnostico o al punto C.2 in caso di sospetto di morte violenta.

### **F.3. I genitori del deceduto entro il primo anno di vita devono:**

- Contattare l'Impresa di Onoranze Funebri prescelta.

### **F.4. Il personale addetto al trasporto deve:**

- Attenersi a quanto previsto al punto A.4 in caso di decesso entro il primo anno di vita per causa nota, al punto B.4 in caso di richiesta di riscontro diagnostico o al punto C.4 in caso di sospetto di morte violenta.

### **F.5. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero sotto la responsabilità del Medico di Direzione deve:**

- Attenersi a quanto previsto al punto A.5 in caso di decesso entro il primo anno di vita per causa nota, al punto B.5 in caso di richiesta di riscontro diagnostico o al punto C.5 in caso di sospetto di morte violenta.

(\*). Prima di consegnare il materiale al personale amministrativo di Direzione Sanitaria è necessario verificare la presenza in servizio dello stesso.

In caso di assenza a vario titolo del personale amministrativo di direzione sanitaria (festività consecutive, malattie, corsi di formazione, ecc.) il Medico di guardia e/o di U.O., o suo delegato dovrà provvedere autonomamente alla spedizione della documentazione (avviso di morte certificato necroscopico scheda ISTAT eventuale certificato di cremazione) tramite fax al Comune territorialmente competente (il numero di fax è reperibile presso il servizio di portineria/centralino).

## **G. CREMAZIONE**

Su segnalazione dell'Ufficio di Stato Civile del Comune territorialmente competente, cui compete la verifica di merito, deve essere attivata la procedura per il trattamento di cremazione del cadavere (\*).

**G.1. Il Medico di reparto e/o di Pronto Soccorso dove è avvenuto il decesso deve:**

- Compilare l'apposito modulo per la cremazione (allegato n°11), che esclude il sospetto di morte dovuta a reato;
- Se richiesto dalla Direzione Sanitaria, rimuovere dispositivi medici particolari (es.: pace maker) eventualmente avvalendosi della collaborazione di colleghi specialisti (es.: Cardiologi) ed indicarlo in Cartella clinica;
- Consegnare il modulo al personale amministrativo della Direzione Sanitaria (\*).

**G.2. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero sotto la responsabilità del Medico di Direzione deve:**

- Far compilare al medico di Pronto Soccorso o di reparto dove è avvenuto il decesso, l'apposito modulo per la cremazione (allegato n°11), che esclude il sospetto di morte dovuta a reato;
- Il predetto modulo va consegnato all'Ufficio di Stato Civile territorialmente competente.

*Per la cremazione di prodotti abortivi/feti, nati morti e di parti anatomiche si rimanda alle parti specifiche della presente procedura (vedi punti D, E, e H).*

(\*) Prima di consegnare il materiale al personale amministrativo di Direzione Sanitaria è necessario verificare la presenza in servizio dello stesso.

In caso di assenza a vario titolo del personale amministrativo di direzione sanitaria (festività consecutive, malattie, corsi di formazione, ecc.) il Medico di guardia e/o di U.O., o suo delegato dovrà provvedere autonomamente alla spedizione della documentazione (avviso di morte certificato necroscopico scheda ISTAT e la dichiarazione medica ai fini della cremazione) tramite fax al Comune territorialmente competente (il numero di fax è reperibile presso il servizio di portineria/centralino).



## **H. PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI**

### **H.1. Il Medico di reparto e/o il personale infermieristico (preventivamente alla esecuzione dell'intervento) deve:**

- Fare sottoscrivere al paziente l'autorizzazione (allegato n°12 parte prima) come liberatoria per l'Azienda per procedere allo smaltimento della parte anatomica mediante inumazione o cremazione della stessa, oppure l'assunzione dell'onere a proprio carico (allegato n°12 parte seconda);
- Fare sottoscrivere, in caso di impossibilità del paziente, ad un parente prossimo (in linea gerarchica: coniuge, figli, fratelli, nipoti), allegando fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità, l'autorizzazione come liberatoria per l'Azienda per procedere allo smaltimento della parte anatomica mediante inumazione o cremazione della stessa (allegato n°12 parte prima) oppure l'assunzione dell'onere a proprio carico (allegato n°12 parte seconda);
- Consegnare alla Direzione Sanitaria l'autorizzazione sottoscritta dal paziente o dal parente prossimo.

### **H.2. Il paziente deve:**

- Sottoscrivere la liberatoria nei confronti dell'Azienda (allegato n°12 parte prima) o l'assunzione di oneri a proprio carico in caso di gestione autonoma della parte anatomica (allegato n°12 parte seconda).

### **H.3. Il parente prossimo deve:**

- In caso di impossibilità del paziente, sottoscrivere la liberatoria nei confronti dell'Azienda (allegato n°13 parte prima) o l'assunzione diretta di oneri a proprio carico in caso di gestione autonoma della parte anatomica allegando fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità (allegato n°13 parte seconda);
- Contattare l'Impresa di Pompe Funebri per gli adempimenti a proprio carico, nel caso in cui il paziente intenda provvedere autonomamente alla sepoltura della propria parte anatomica (vedi elenco ditte Pompe Funebri presente in reparto, in centralino/portineria o affisso in Camera Mortuaria. Tale elenco viene aggiornato di norma annualmente).

### **H.4. Il Medico Chirurgo di Sala Operatoria deve:**

- Sottoscrivere la dichiarazione che l'amputazione non è dovuta a reato (allegato n°15);
- Consegnare la dichiarazione alla Direzione Sanitaria;
- Inviare la parte anatomica amputata presso la Camera Mortuaria utilizzando l'apposito contenitore.

### **H.5. Il personale addetto al trasporto deve:**

- Trasferire il contenitore presso la camera mortuaria ed inserirlo nell'apposita cella frigo;
- Durante il trasporto gli operatori non dovranno mai lasciare incustodito il contenitore e dovranno mantenere un comportamento decoroso.

### **H.6. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero, sotto la responsabilità del Medico di Direzione, deve:**

- Compilare e fare sottoscrivere al Dirigente Sanitario della Direzione Sanitaria l'autorizzazione all'inumazione o cremazione, cui va allegata la documentazione inviata dalle UU.OO. di degenza e dalla Sala Operatoria (Allegato n°14);
- Comunicare al Comune interessato per l'inumazione della parte anatomica o all'Impianto autorizzato in caso di cremazione della stessa, per gli adempimenti necessari di competenza (ritiro e sepoltura in caso di inumazione – ritiro, cremazione e consegna ceneri al Cimitero di competenza in caso di cremazione);
- Consegnare la documentazione alla ditta convenzionata in caso di gestione a carico AUSL

## **I. DECESSO DI PERSONE SENZA E/O IN ASSENZA DI PARENTI**

Il personale medico/infermieristico deve riportare in cartella clinica le informazioni utili a riguardo e informare il Direttore/Coordinatore dell'U.O. per gli adempimenti di competenza. Qualora non vi siano certezze sulla presa in carico del defunto da parte di una ditta di Onoranze Funebri, il Direttore/Coordinatore dell'U.O. deve darne comunicazione alla Direzione Sanitaria di stabilimento per gli adempimenti di competenza.

### **I.1. Persona deceduta priva di parenti o di mezzi di sussistenza:**

Richiamato quanto previsto dall'Art.1 comma 3 della Legge Regionale n°19 del 19/07/2004; verificato lo stato di abbandono del cadavere per la mancanza di soggetti terzi che si occupino delle procedure di seppellimento

Il Direttore Sanitario dello stabilimento dove è avvenuto il decesso provvede a:

- Dare disposizione per la deposizione del cadavere in cella frigorifera per la corretta conservazione;
- Dare comunicazione al Sindaco e all'Ufficio di Stato Civile del Comune territorialmente competente della mancanza di parenti o di altre persone che abbiano manifestato interesse per il cadavere, fornendo in proposito ogni informazione utile raccolta dal personale di reparto o desumibile dalla documentazione clinica a disposizione per gli adempimenti di competenza.

### **I.2. Persona deceduta i cui parenti non siano rintracciabili o risiedano in località lontane:**

Il Direttore Sanitario dello stabilimento dove è avvenuto il decesso, espletato quanto previsto al punto precedente, provvede a:

- Dare comunicazione alla locale Stazione dei Carabinieri, qualora si ravvisino gli estremi per l'intervento dell'Autorità Giudiziaria a fronte di particolari situazioni o in caso di difficoltosa risoluzione del problema.

## **L. TRASFERIMENTO DI CADAVERE**

Secondo quanto disposto dalla Determina Regione Emilia Romagna n. 4693 del 29.5.2009, entro le 24 ore dal decesso, allo scopo di agevolare quei cittadini che per motivi personali, famigliari o di opportunità chiedono di poter svolgere le onoranze funebri dei loro cari in luogo diverso da quello di decesso, come ad esempio abitazione privata, struttura per il commiato o altra camera mortuaria, con l'esposizione della persona defunta prima delle esequie, le UU.OO. di degenza e di Pronto Soccorso, una volta ricevuta tale richiesta, dovranno attuare le procedure di seguito elencate.

Su segnalazione dell'Ufficio di Stato Civile del Comune territorialmente competente, cui compete la verifica di merito, deve essere attivata la procedura per il trasferimento del cadavere (\*).

### **L.1. Il Medico Necroscopo e/o di Guardia, e/o di Direzione Sanitaria ricevuta la comunicazione (da parte dell'Impresa di Pompe Funebri o del Comune o della Direzione Sanitaria o del parente) circa la richiesta di trasferimento del cadavere deve:**

- Indirizzare i parenti all'ufficio di Stato Civile territorialmente competente, oppure alla ditta di Onoranze Funebri prescelta, per gli adempimenti del caso (richiesta formale di trasferimento di cadavere);
- Compilare e firmare, oltre alla documentazione di cui al punto A, lo stampato da cui emerga che non esistono pregiudizi per la salute pubblica (allegato n°16).
- Consegnare la documentazione in originale, in busta chiusa alla Direzione Sanitaria nel più breve tempo possibile, per gli adempimenti di competenza (\*).

### **L.2. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero, sotto la responsabilità del Medico di Direzione, deve:**

- Trasmettere al Servizio di Stato Civile del Comune dove è avvenuto il decesso tutta la documentazione (scheda ISTAT, Avviso di Morte, Certificato Necroscopico, nulla osta al trasporto) per i provvedimenti di competenza.

### **L.3. Le ditte di onoranze funebri devono:**

- Ritirare l'autorizzazione al trasporto presso l'Ufficio di Stato Civile competente territorialmente.

(\*) Prima di consegnare il materiale al personale amministrativo di Direzione Sanitaria è necessario verificare la presenza in servizio dello stesso.

In caso di assenza a vario titolo del personale amministrativo di Direzione Sanitaria (sabato, festività consecutive, malattie, corsi di formazione, ecc.) il Medico di Guardia o di U.O., o suo delegato dovrà provvedere autonomamente alla spedizione della documentazione (avviso di morte, certificato necroscopico, scheda ISTAT, nulla osta per il trasporto ed eventuale altra documentazione) tramite fax al Comune territorialmente competente (il numero di fax è reperibile presso il servizio di portineria/centralino).

## **M. DECESSO DI CITTADINO STRANIERO**

In caso di decesso di paziente straniero i cui parenti ne chiedano il rientro in Patria, vista la normativa:

- DPR 285/90 artt. 27 e 29;
- L.R. 19/04 art. 10 comma 9;
- Convenzione Internazionale di Berlino 10 febbraio 1937:

### **M.1. Il Medico deve:**

- Indirizzare i parenti all'ufficio di Stato Civile territorialmente competente, oppure alla ditta di Onoranze Funebri prescelta, per gli adempimenti del caso (richiesta formale di trasferimento di cadavere);
- Provvedere agli adempimenti previsti dalla presente procedura ai punti A e B;
- Compilare la certificazione attestante che il trasporto del cadavere può avvenire senza pregiudizio per la salute pubblica e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato, qualora richiesto dal competente Servizio di Stato Civile del Comune (vedi allegato n°16);
- Inoltrare tutta la documentazione alla Direzione Sanitaria (\*);
- Informare tempestivamente la Direzione Sanitaria di eventuali particolari richieste della famiglia circa l'espletamento delle esequie secondo desideri o riti di carattere religioso.

### **M.2. Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero, sotto la responsabilità del Medico di Direzione, deve:**

- Trasmettere al Servizio di Stato Civile del Comune tutta la documentazione (scheda ISTAT, Avviso di Morte, Certificato Necroscopico, nulla osta al trasporto senza pregiudizi per salute pubblica allegato n°16) per i provvedimenti di competenza.

### **M.3. Le ditte di onoranze funebri devono:**

- Ritirare l'autorizzazione presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune competente territorialmente.

(\*) Prima di consegnare il materiale al personale amministrativo di Direzione Sanitaria è necessario verificare la presenza in servizio dello stesso.

In caso di assenza a vario titolo del personale amministrativo di Direzione Sanitaria (festività consecutive, malattie, corsi di formazione, ecc.) il Medico di Guardia o di U.O., o suo delegato dovrà provvedere autonomamente alla spedizione della documentazione (avviso di morte, certificato necroscopico, scheda ISTAT, nulla osta per il trasporto ed eventuale altra documentazione) tramite fax al Comune territorialmente competente (il numero di fax è reperibile presso il servizio di portineria/centralino).

## **N. DECESSO DI PAZIENTE CON MALATTIA DI CREUTZFELDT-JACOB**

In caso di decesso di paziente con Malattia di Creutzfeldt-Jacob il personale deve attenersi al Documento del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna del 26/02/2015 (PG 2015/121289, *Oggetto: Individuazione del Laboratorio di riferimento regionale per la diagnosi di Malattia di Creutzfeldt-Jacob e di una struttura a disposizione delle Aziende per l'effettuazione dei riscontri autoptici. Revisione e adeguamento dei flussi informativi*

## 8. ACCESSIBILITA'

La procedura in oggetto è diffusa e accessibile tramite DOCWEB.

## 9. PARAMETRI DI CONTROLLO

Qualità della compilazione.

L'80% degli stampati dovrà essere compilato regolarmente.

Il personale amministrativo della Direzione Sanitaria verifica trimestralmente la regolarità della compilazione degli stampati previsti caso per caso:

- rapporto fra il n° di stampati compilati regolarmente e il n° di decessi in %;
- causali dell'errata compilazione.

## 10. ALLEGATI

- Allegato n°1: Cartellino identificativo
- Allegato n°2: Comunicazione di avvenuto decesso;
- Allegato n°3: Certificato Medico-Necroscopico;
- Allegato n°4: Inventario Oggetti Personali;
- Allegato n°5: Richiesta di Riscontro Diagnostico;
- Allegato n°6: Richiesta di Riscontro Diagnostico/autorizzazione al trasporto;
- Allegato n°7: Denuncia all'Autorità Giudiziaria;
- Allegato n°8: Certificato di espulsione di prodotto del concepimento di presunta età gestazionale inferiore a 20 settimane;
- Allegato n°9: Certificato di espulsione di prodotto abortivo/feto di presunta età gestazionale dalle 20 alle 28 settimane compiute che non sia stato dichiarato come nato morto;
- Allegato n°10: Certificato di espulsione di feto di età gestazionale di 28 o più settimane che non mostri segni vitali
- Allegato n°11: Dichiarazione resa a norma dell'Art.79 comma 4;
- Allegato n°12: Consenso cremazione parte anatomica – consenso del paziente;
- Allegato n°13: Consenso cremazione parte anatomica – consenso di un parente;
- Allegato n°14: Autorizzazione cremazione/inumazione parte anatomica riconoscibile;
- Allegato n°15: Modulo di amputazione di parte anatomica riconoscibile;
- Allegato n°16: Attestato medico per il trasporto di cadavere;
- Allegato n°17: Tabella riepilogativa: Il decesso: quale modulistica e quando;
- Allegato n°18: Flow Chart Parti Anatomiche;
- Allegato n°19: Scheda di verifica trimestrale della regolare compilazione degli stampati.
- Allegato n° 20: Informazione per i familiari in caso di decesso di congiunti ricoverati

## CARTELLINO IDENTIFICATIVO<sup>1</sup>

AZIENDA U.S.L. FERRARA			
DIREZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA			
OSPEDALE _____			
Cognome _____	Nome _____		
Data di nascita _____	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		
Deceduto il _____		alle ore _____	
U.O. _____			
Riscontro Diagnostico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	da verificare <input type="checkbox"/>
Autorità Giudiziaria	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	da verificare <input type="checkbox"/>
Malattia Infettiva/Diffusiva	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Note _____			

<sup>1</sup> Allegato n. 1

## COMUNICAZIONE DI AVVENUTO DECESSO<sup>2</sup>

Si comunica al Sig. Ufficiale di Stato Civile del Comune di \_\_\_\_\_

che nel giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_

dell'anno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ e minuti \_\_\_\_\_

presso l'Ospedale di \_\_\_\_\_, è avvenuto il decesso di:

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

SESSO M  F  NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

CITTADINANZA \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

STATO CIVILE \_\_\_\_\_

CAUSA DEL DECESSO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Luogo), \_\_\_\_\_ (data)

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

### ***RISERVATO ALL'UFFICIO DI STATO CIVILE***

Atto n° \_\_\_\_\_ parte \_\_\_\_\_ serie \_\_\_\_\_ Uff. \_\_\_\_\_

Anno \_\_\_\_\_

Figlio/a \_\_\_\_\_ e \_\_\_\_\_

Data di nascita del coniuge superstite \_\_\_\_\_

Anno di celebrazione del matrimonio \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> Allegato n. 2

## CERTIFICATO MEDICO – NECROSCOPICO<sup>3</sup>

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ nella funzione di  
Medico Necroscopo, ai sensi dell'art. 4 D.P.R. 10/09/90 n° 285,

### CERTIFICA

Di avere accertato la morte di \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ avvenuta presso l'Ospedale

di \_\_\_\_\_ Reparto \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

L'accertamento è stato condotto:

**Mediante elettrotanogramma eseguito alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**  
(attività elettrica assente per un tempo non inferiore a 20 minuti)

**OPPURE**

**Mediante ispezione della salma eseguita alle ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_**  
(dopo 15 e non oltre 30 ore dal decesso)

Si certifica che :

- La succitata persona  **NON E' DECEDUTA** per alcuna delle malattie infettive –  
diffusive di cui all'art. 25 DPR 285/90

- La succitata persona  **E' DECEDUTA** per malattia infettiva – diffusiva

- Il cadavere è destinato a:

**SEPPELLIMENTO** dopo \_\_\_\_\_ ore dalla constatazione di decesso

**RISCONTRO DIAGNOSTICO** presso Istituto Anatomia Patologica di Ferrara

Il certificato necroscopico viene eseguito in data \_\_\_\_\_ in quanto il cadavere  
era a **DISPOSIZIONE DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA**

\_\_\_\_\_  
(Il Medico Necroscopo Delegato)

<sup>3</sup> Allegato n. 3



### INVENTARIO OGGETTI PERSONALI<sup>4</sup>

Del Sig./ra \_\_\_\_\_

Deceduto il \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Presso l'U.O./M.O. \_\_\_\_\_

Ospedale di \_\_\_\_\_

DESCRIZIONE	QUANTITA'

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(Firma leggibile degli operatori presenti al momento del decesso)

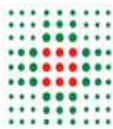
Il sottoscritto Sig./ra \_\_\_\_\_,

in qualità di: \_\_\_\_\_ ritira gli oggetti sopradescritti dal personale di reparto.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Luogo) (data)

\_\_\_\_\_  
(firma per ricevuta)

<sup>4</sup> Allegato n. 4



## RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO<sup>5</sup>

(D.P.R. 10/09/1990 N° 285, art. 37)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Sesso M  F  nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Reparto di degenza \_\_\_\_\_ Ospedale di \_\_\_\_\_

Esami Isto-citologici precedenti n° \_\_\_\_\_ Data di ricovero \_\_\_\_\_

Data del decesso \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Diagnosi di accoglimento \_\_\_\_\_

Notizie cliniche \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnosi clinica presunta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Luogo) (data)

Il Medico

\_\_\_\_\_  
( timbro e firma )

<sup>5</sup> Allegato n. 5

Prot. N° \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Luogo) (data)

**Oggetto:** Riscontro diagnostico/autorizzazione al trasporto<sup>6</sup>

Sig. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Spett.le Istituto di Anatomia Patologica  
Azienda Ospedaliera Universitaria  
S. Anna – Ferrara  
FAX 0532 239840

Spett.le Ditta di Pompe Funebri  
\_\_\_\_\_

Si chiede riscontro diagnostico per il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Il /La paziente è stato/a ricoverato/a presso l' Ospedale di \_\_\_\_\_

dal giorno \_\_\_\_\_ al giorno \_\_\_\_\_

per " \_\_\_\_\_ ".

Il/La paziente è deceduto/a in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

La Ditta autorizzata al trasporto è: \_\_\_\_\_

Distinti saluti

IL MEDICO  
\_\_\_\_\_

<sup>6</sup> Allegato n. 6

**DENUNCIA**  
**ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA<sup>7</sup>**

**(C.P. art. 331 e D.P.R. 285/90 art.3)**

Illustrissimo

Signor Procuratore della Repubblica  
di Ferrara

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ Comunica alla S.V.  
che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ricoverato/a  
in data \_\_\_\_\_ presso la divisione/reparto \_\_\_\_\_  
dell'Ospedale di \_\_\_\_\_  
Con diagnosi di accoglimento \_\_\_\_\_

è deceduto/a in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

Valutando la documentazione clinica ed anamnestica del paziente si mette in evidenza che:

Il sottoscritto ritiene pertanto opportuno porre il cadavere a disposizione dell'Autorità  
Giudiziaria.

Con ossequio

Il Medico

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(Luogo)

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
( timbro e firma )

<sup>7</sup> Allegato n. 7

<b>PARTE PRIMA</b>	<p style="text-align: center;"><b>CERTIFICATO DI ESPULSIONE DI PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE INFERIORE A 20 SETTIMANE<sup>8</sup></b></p> <p>Certifico l'avvenuta espulsione/estrazione di un prodotto del concepimento della presumibile età gestazionale di _____ settimane (numero), di sesso _____ e peso _____(grammi), nell'U.O. di _____ dell'Ospedale di _____ espulso/estratto dalla Sig.ra _____ (Cartella Clinica n° _____), alle ore _____ del giorno _____.</p> <p style="text-align: right;">IL MEDICO</p> <p>Data _____ _____ ( <i>timbro e firma</i> )</p>
<b>PARTE SECONDA</b>	<p style="text-align: center;"><b>INFORMAZIONE AI GENITORI</b></p> <p>In qualità di genitori dichiariamo di essere stati informati che l'art. 7 comma 3 del DPR 285/1990 (<i>Regolamento di Polizia Mortuaria</i>) (vedi retro) consente ai genitori di richiedere, entro le 24 ore dall'espulsione/estrazione anche per i prodotti di concepimento inferiori alle 20 settimane di età gestazionale, il permesso di seppellimento e trasporto presso il cimitero, e al riguardo dichiariamo di:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>non volere</b> provvedere al seppellimento; in tal caso autorizziamo lo smaltimento dei resti mortali come rifiuto ospedaliero in base alla normativa vigente.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>volere</b> farci carico del seppellimento/cremazione e dei relativi oneri.</p> <p>Pertanto si chiede il permesso di seppellimento e trasporto presso il Cimitero di _____ .</p> <p>Il trasporto avverrà tramite la Ditta _____</p> <p>Data _____ FIRMA DI ALMENO UN GENITORE _____</p>
<b>PARTE TERZA</b>	<p><input type="checkbox"/> Si esclude il sospetto che la morte del feto sia dovuta a reato (ai sensi dell'art. 74 c. 4 DPR 285/90)</p> <p style="text-align: right;">IL MEDICO</p> <p>Data _____ _____ ( <i>timbro e firma</i> )</p>

Allegato n. 8/Fronte della Procedura "La gestione della medicina necroscopica ospedaliera"

## GESTIONE DEL PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE INFERIORE A 20 SETTIMANE<sup>8</sup>

### Informativa

La gestione del prodotto del concepimento di presunta età gestazionale inferiore a 20 settimane deve avvenire conformemente a quanto previsto dall'Art. 7 commi 3 e 4 del DPR 285/1990 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria".

### ART. 7

- 1 . Per i nati morti, ferme restando le disposizioni dell' art. 74 del Regio Decreto 9 luglio 1939, n. 1238 , sull'ordinamento dello stato civile, si seguono le disposizioni stabilite dagli articoli precedenti.
- 2 . Per la sepoltura dei prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale di stato civile non siano stati dichiarati come nati morti, i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'unità sanitaria locale.
- 3 . **A richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere raccolti con la stessa procedura anche prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane.**
- 4 . **Nei casi previsti dai commi secondo e terzo, i parenti o chi per essi sono tenuti a presentare, entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto, domanda di seppellimento alla unità sanitaria locale accompagnata da certificato medico che indichi la presunta età di gestazione ed il peso del feto.**

<sup>8</sup> Allegato n. 8/Retro

<b>PARTE PRIMA</b>	<b>CERTIFICATO DI ESPULSIONE DI PRODOTTO ABORTIVO          DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE DALLE 20 ALLE 28 SETTIMANE          O FETO DI 28 SETTIMANE COMPIUTE CHE NON SIA STATO DICHIARATO COME NATO MORTO<sup>9</sup></b>
	<p>Certifico l'avvenuta espulsione/estrazione di un prodotto abortivo/feto della presumibile età gestazionale di _____ settimane (numero), di sesso _____ e peso _____ (grammi), nell'U.O. di _____ dell'Ospedale di _____</p> <p>espulso/estratto dalla Sig.ra _____ (Cartella Clinica n° _____),          alle ore _____ del giorno _____.</p> <p style="text-align: right;">IL MEDICO</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: right;">_____ ( <i>timbro e firma</i> )</p>
<b>PARTE SECONDA</b>	<b>INFORMAZIONE AI GENITORI</b>
	<p>In qualità di genitori dichiariamo di essere stati informati, entro le 24 ore dall'espulsione/estrazione del prodotto abortivo/feto, di quanto previsto dall'art. 7 comma 4 del DPR 285/1990 (<i>Regolamento di Polizia Mortuaria</i>) (vedi retro). Pertanto al riguardo dichiariamo di:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>non volere</b> farci carico del seppellimento e di autorizzare la cremazione del feto e la collocazione delle ceneri nel cinerario comune della Certosa di Ferrara.</p> <p><input type="checkbox"/> volere farci carico del seppellimento/cremazione e dei relativi oneri.</p> <p>Pertanto si chiede il permesso di seppellimento e trasporto presso il Cimitero di: _____ .          Il trasporto avverrà tramite la ditta _____</p> <p>Data _____</p> <p>FIRMA DI ALMENO UN GENITORE _____</p>
<b>PARTE TERZA</b>	<p><input type="checkbox"/> Si esclude il sospetto che la morte del feto sia dovuta a reato (ai sensi dell'art. 74 c. 4 DPR 285/90)</p> <p style="text-align: right;">IL MEDICO</p> <p>Data _____</p> <p style="text-align: right;">_____ ( <i>timbro e firma</i> )</p>
	<b>AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO (in caso di riscontro diagnostico)</b>
<b>PARTE QUARTA</b>	<p>Si autorizza il trasporto da parte della Ditta _____ del prodotto abortivo/feto espulso/estratto in data _____ alle ore _____ presso l'U.O. di _____ dell'Ospedale di _____ dalla Sig.ra _____</p> <p>alla Camera Mortuaria dell'Ospedale dell'AOU di Ferrara (Cona) in data _____ per gli adempimenti di competenza dell'Anatomia Patologica.</p> <p style="text-align: right;">IL DIRETTORE SANITARIO</p> <p style="text-align: right;">_____</p>

<sup>9</sup> Allegato n. 9/Fronte

## **GESTIONE DEL PRODOTTO ABORTIVO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE DALLE 20 ALLE 28 SETTIMANE O FETO DI 28 SETTIMANE COMPIUTE CHE NON SIA STATO DICHIARATO COME NATO MORTO<sup>9</sup>**

### **Informativa**

La gestione del prodotto abortivo di presunta età gestazionale dalle 20 alle 28 settimane o feto di 28 settimane compiute che non sia stato dichiarato come nato morto deve avvenire conformemente a quanto previsto dall'Art. 7 commi 2 e 4 del DPR 285/1990 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria".

### **ART. 7.**

- 1 . Per i nati morti, ferme restando le disposizioni dell' art. 74 del Regio Decreto 9 luglio 1939, n. 1238 , sull'ordinamento dello stato civile, si seguono le disposizioni stabilite dagli articoli precedenti.**
- 2 . Per la sepoltura dei prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale di stato civile non siano stati dichiarati come nati morti, i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'unità sanitaria locale.**
- 3 . A richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere raccolti con la stessa procedura anche prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane.**
- 4 . Nei casi previsti dai commi secondo e terzo, i parenti o chi per essi sono tenuti a presentare, entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto, domanda di seppellimento alla unità sanitaria locale accompagnata da certificato medico che indichi la presunta età di gestazione ed il peso del feto.**

<sup>9</sup> Allegato n. 9/Retro



<b>PARTE PRIMA</b>	<p><b>CERTIFICATO DI ESPULSIONE DI FETO DI ETÀ GESTAZIONALE DI 28 O PIÙ SETTIMANE CHE NON MOSTRI SEGNI VITALI<sup>10</sup> (NATO MORTO)</b></p> <p>Certifico l'avvenuto parto di un feto di età gestazionale di _____ settimane (numero), di sesso _____ e peso _____ (grammi), nell'U.O. di _____ dell'Ospedale di _____ partorito dalla Sig.ra _____ (Cartella Clinica n° _____), alle ore _____ del giorno _____.</p> <p>Osservazione macroscopica (valutazione semeiologica e determinazione di parametri auxologici):            _____            _____</p> <p>Pertanto <input type="checkbox"/> si chiede il riscontro diagnostico</p> <p style="text-align: right;">IL MEDICO</p> <p>Data _____ ( timbro e firma )</p>
<b>PARTE SECONDA</b>	<p><b>DOMANDA DI SEPPELLIMENTO</b></p> <p>In qualità di genitori dichiariamo di essere stati informati entro le 24 ore dal parto del feto di quanto previsto dall'art. 7 comma 4 del DPR 285/1990 (<i>Regolamento di Polizia Mortuaria</i>) (vedi retro) di chiedere il seppellimento del feto presso il Cimitero di _____ e di farci carico degli oneri conseguenti.</p> <p>Il trasporto avverrà tramite la ditta _____</p> <p>Data _____</p> <p>FIRMA DI ALMENO UN GENITORE _____</p>
<b>PARTE TERZA</b>	<p><b>AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO</b></p> <p>Si autorizza il trasporto da parte della Ditta _____ del feto di età gestazionale di 28 o più settimane partorito in data _____ alle ore _____ presso l'U.O. di _____ dell'Ospedale di _____</p> <p>Dalla Sig.ra _____ all'Istituto di Anatomia Patologica di Ferrara in data _____</p> <p>Si autorizza il trasporto da parte della Ditta _____ dall'Istituto di Anatomia Patologica di Ferrara alla Camera mortuaria dell'Ospedale di _____ in data _____</p> <p style="text-align: right;">IL DIRETTORE SANITARIO</p> <p style="text-align: center;">_____</p>

<sup>10</sup> Allegato n. 10/Fronte

## GESTIONE DEL FETO DI ETÀ GESTAZIONALE DI 28 O PIÙ SETTIMANE CHE NON MOSTRI SEGNI VITALI (NATO MORTO)<sup>10</sup>

### Informativa

La gestione del feto di 28 settimane o più che non mostri segni vitali (nato morto) deve avvenire conformemente a quanto previsto dall'Art. 7 comma 4 del DPR 285/1990 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria".

### ART. 7.

- 1 . Per i nati morti, ferme restando le disposizioni dell' art. 74 del Regio Decreto 9 luglio 1939, n. 1238 , sull'ordinamento dello stato civile, si seguono le disposizioni stabilite dagli articoli precedenti.
- 2 . Per la sepoltura dei prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale di stato civile non siano stati dichiarati come nati morti, i permessi di trasporto e di seppellimento sono rilasciati dall'unità sanitaria locale.
- 3 . A richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere raccolti con la stessa procedura anche prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane.
- 4 . **Nei casi previsti dai commi secondo e terzo, i parenti o chi per essi sono tenuti a presentare, entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto, domanda di seppellimento alla unità sanitaria locale accompagnata da certificato medico che indichi la presunta età di gestazione ed il peso del feto.**

<sup>10</sup> Allegato n. 10/Retro

**DICHIARAZIONE RESA A NORMA DELL'ART. 79 comma 4<sup>11</sup>  
del D.PR. n. 285 DEL 10/09/1990 e s.m.i. (norme sulla cremazione)**

AL SIGNOR SINDACO DEL COMUNE DI \_\_\_\_\_

Io sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ appartenente  
alla U.O. ove è stato constatato che il/la Sig./ra \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
è deceduto/a il giorno \_\_\_\_\_ alle  
ore \_\_\_\_\_ presso il Reparto/Servizio di  
\_\_\_\_\_ dell'Ospedale di \_\_\_\_\_

DICHIARO

che risulta escluso il sospetto di morte dovuta a reato.

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma e timbro del Medico)

<sup>11</sup>Allegato n. 11

<b>PARTE PRIMA</b>	Luogo, _____ Data, _____ <b>CONSENSO alla cremazione o all'inumazione di parte anatomica – consenso del paziente<sup>12</sup></b>  Io sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____ Via _____, ricoverato presso il reparto di _____ dell'Ospedale di _____,  <p style="text-align: center;"><b>DISPONGO</b></p> con la presente la cremazione o l'inumazione della parte anatomica che mi verrà amputata in data odierna. Dichiaro altresì che nulla osta alla collocazione delle ceneri nel cinerario comune del Cimitero del Comune di competenza.  <p style="text-align: right;">In fede</p> <p style="text-align: center;">_____</p> La collocazione avverrà nel cinerario comune del Comune stabilito dalla convenzione in atto.
	Luogo, _____ Data, _____ <b>ASSUNZIONE DIRETTA ONERI sepoltura di parte anatomica – consenso del paziente<sup>13</sup></b>  Io sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____ Via _____, ricoverato presso il reparto di _____ dell'Ospedale di _____,  <p style="text-align: center;"><b>DICHIARO</b></p> con la presente di provvedere autonomamente alla sepoltura della parte anatomica che mi verrà amputata in data odierna.  Dispongo pertanto che l'AUSL di Ferrara non abbia in merito nessuna competenza.  <p style="text-align: right;">In fede</p> <p style="text-align: center;">_____</p>
<b>PARTE SECONDA</b>	

<sup>12</sup> Allegato n. 12

<b>PARTE PRIMA</b>	Luogo, _____ Data, _____
	<b>CONSENSO alla cremazione o inumazione di parte anatomica – consenso di un parente<sup>13</sup></b>
	Io sottoscritto _____, nato a _____ il _____, residente a _____ Via _____, parente prossimo in qualità di _____ (coniuge, figlio, nipote o altro) (documento di riconoscimento _____) del paziente _____, nato il _____, ricoverato presso il reparto di _____ dell'Ospedale di _____, acconsento e dispongo con la presente la cremazione o l'inumazione della parte anatomica che verrà amputata al congiunto.
	In proposito dichiaro che è stata da me raccolta la volontà alla cremazione della parte anatomica, secondo quanto stabilito dalle vigenti normative, essendo attualmente il congiunto non in grado di esprimersi autonomamente in merito.
	Si dichiara altresì che nulla osta alla collocazione delle ceneri nel cinerario comune del Cimitero di competenza.
	In fede  _____
	La collocazione avverrà nel cinerario comune del Comune stabilito dalla convenzione in atto.

Luogo,

Data,

**ASSUNZIONE DIRETTA ONERI sepoltura di parte anatomica – consenso di un parente<sup>13</sup>**

lo sottoscritto \_\_\_\_\_,

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a

\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,

parente prossimo in qualità di \_\_\_\_\_ (coniuge, figlio, nipote o altro)

(documento di riconoscimento \_\_\_\_\_) del

paziente \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_, ricoverato presso il

reparto di \_\_\_\_\_ dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, dichiaro di

provvedere autonomamente alla sepoltura della parte anatomica che verrà amputata al congiunto.

Dispongo pertanto che l'AUSL di Ferrara non abbia in merito nessuna competenza.

In fede

\_\_\_\_\_

PARTE SECONDA

<sup>13</sup> Allegato n. 13

Luogo ,

Data,

**Oggetto: Autorizzazione cremazione/inumazione (\*) parte anatomica riconoscibile<sup>14</sup>**

### **IL DIRETTORE SANITARIO**

- Visto l'art. 3 del D.P.R. 15 luglio 2003 n. 254;
- Visto l'art. 79 del D.P.R. n. 285 del 10.9.1990 "Regolamento di Polizia Mortuaria";
- Vista l'esigenza di procedere alla cremazione/inumazione (\*) della parte anatomica riconoscibile (**arto** \_\_\_\_\_), amputata al **Sig./ra** \_\_\_\_\_, **nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_, **residente a** \_\_\_\_\_, **Via** \_\_\_\_\_, ricoverato/a presso l'U.O. \_\_\_\_\_ **dell'Ospedale** \_\_\_\_\_;
- Vista la dichiarazione dell'interessato dalla quale risulta la chiara volontà di disporre la cremazione/inumazione (\*) della parte anatomica amputata (\*\*);
- Vista la dichiarazione del **Sig./ra** \_\_\_\_\_, **nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_, **residente in Via** \_\_\_\_\_, **identificato/a tramite** \_\_\_\_\_, parente dell'interessato con il grado di \_\_\_\_\_, dalla quale risulta la chiara volontà di disporre la cremazione/inumazione (\*) della parte anatomica amputata, in quanto l'interessato/a **Sig./ra** \_\_\_\_\_, non è attualmente in grado di esprimere il consenso alla cremazione/inumazione (\*), né di firmare la relativa dichiarazione (\*\*);
- Visto il certificato medico attestante l'amputazione dell'arto \_\_\_\_\_ al paziente **Sig./ra** \_\_\_\_\_;
- Vista la dichiarazione medica nella quale si attesta che l'amputazione non è in relazione ad alcuna ipotesi di reato;

### **AUTORIZZA**

- La Ditta \_\_\_\_\_ al trasporto della parte anatomica riconoscibile amputata (arto: \_\_\_\_\_) all'impianto di cremazione di \_\_\_\_\_, nonché il trasporto ed in deposito delle ceneri presso il cinerario comune del Cimitero **di** \_\_\_\_\_; (\*\*\*)
- la cremazione/inumazione (\*) della parte anatomica riconoscibile di cui sopra, amputata al **Sig./ra** \_\_\_\_\_, **nato/a a** \_\_\_\_\_ **il** \_\_\_\_\_, **residente a** \_\_\_\_\_, **Via** \_\_\_\_\_, in osservanza delle vigenti disposizioni di Legge.

IL DIRETTORE SANITARIO  
(Dr. \_\_\_\_\_)

**(\*) Scegliere la voce che interessa**

**(\*\*) Scegliere la dichiarazione raccolta (paziente o parente)**

**(\*\*\*) Da inserire solo in caso di cremazione**

<sup>15</sup>Allegato n. 14

**U.O. DI SALA OPERATORIA**

Divisione di \_\_\_\_\_

Luogo,

Data,

**Oggetto: amputazione di parte anatomica riconoscibile<sup>15</sup>**

Alla DIREZIONE SANITARIA

Ospedale di \_\_\_\_\_

Si attesta che in data \_\_\_\_\_ è stata amputata la seguente parte anatomica riconoscibile \_\_\_\_\_ al paziente \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ricoverato presso il reparto di \_\_\_\_\_ Ospedale di \_\_\_\_\_.

**Si dichiara altresì che la suddetta amputazione non è in relazione ad alcuna ipotesi di reato.**

si chiede esame istologico

non si chiede esame istologico

In fede  
(Timbro e Firma Medico)

\_\_\_\_\_

<sup>15</sup> Allegato n. 15 della Procedura “La gestione della medicina necroscopica ospedaliera”



\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(Luogo e data)

**ATTESTATO MEDICO PER IL TRASPORTO DI CADAVERE<sup>16</sup>**

**(art. 10, comma 2, L.R. 19/2004)**

Di \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_  
(generalità del defunto)

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) deceduto/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di Medico Necroscopo,

**CERTIFICO**

che è stato constatato il decesso di cui sopra presso l'U.O. di \_\_\_\_\_

dell'Ospedale di \_\_\_\_\_, di avere posto diagnosi di morte e che dalla visita effettuata NON ravviso ipotesi di reato.

Il trasporto del cadavere se effettuato nei modi previsti dalla L.R. 19/2004, può svolgersi senza pregiudizio per la salute pubblica.

Il cadavere verrà trasportato, come da richiesta dei famigliari del defunto, presso la seguente struttura: \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_  
(camera mortuaria, luogo di commiato, abitazione.....)

a cura dell'Impresa Funebre \_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL MEDICO

\_\_\_\_\_

(timbro e firma)

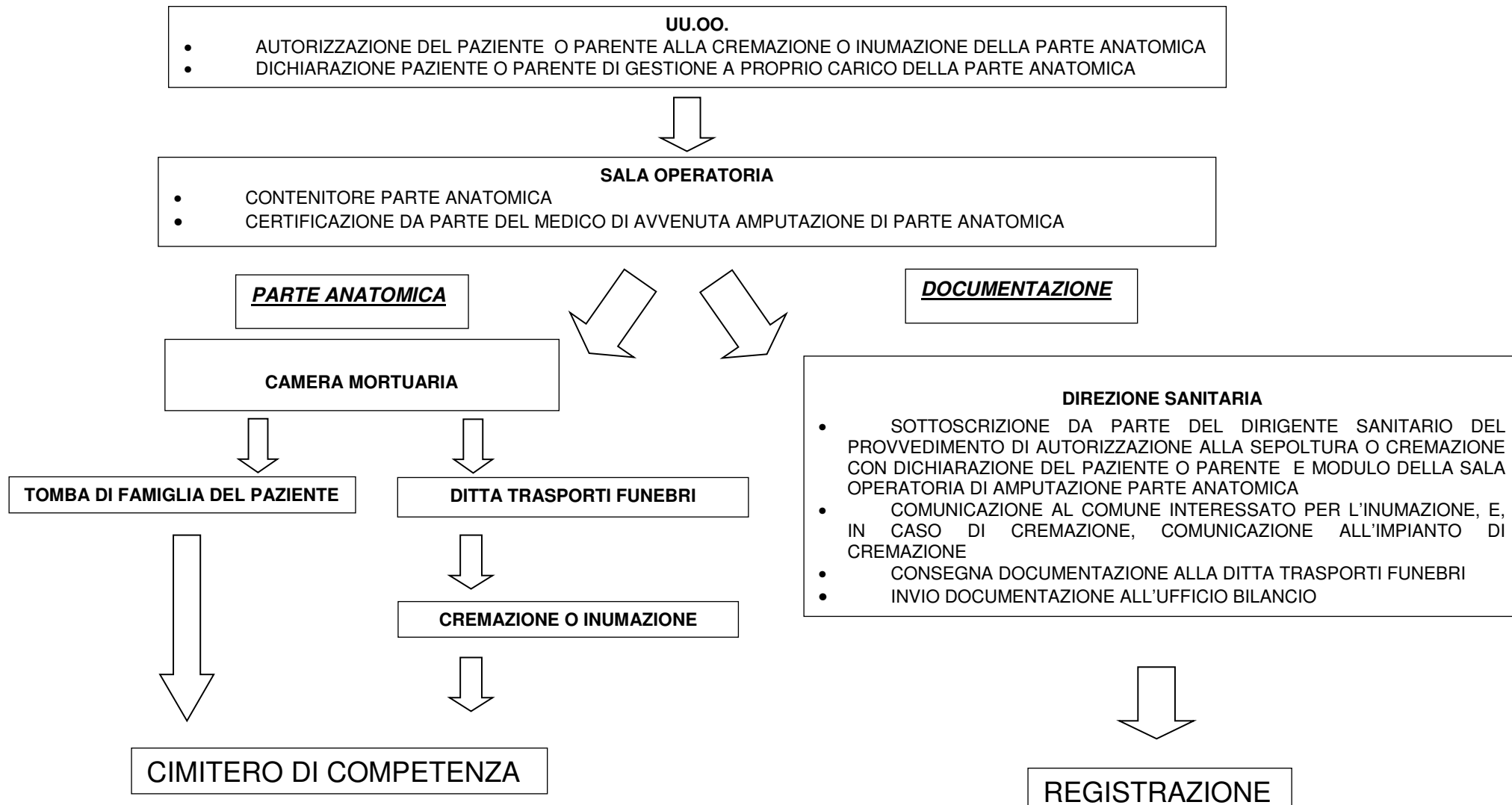
<sup>16</sup> Allegato n. 16 della Procedura "La gestione della medicina necroscopica ospedaliera"

**TABELLA RIEPILOGATIVA<sup>17</sup>**  
**IL DECESSO: quale modulistica e quando**

	SCHEDA ISTAT	AVVISO DI MORTE	CERTIFICATO MEDICO-NECROSCOPICO	RICHIESTA RISCONTRO DIAGNOSTICO	DENUNCIA ALL' A.G.
<b>MORTE NOTA</b>	SI	SI	SI	NO	NO
<b>MORTE NON NOTA</b>	NO	SI	SI	SI	NO
<b>SOSPETTO MORTE VIOLENTA</b>	SI	SI	NO* * Salvo successiva comunicazione da parte della D.S.	NO	SI

<sup>17</sup> Allegato n. 17 della Procedura “La gestione della medicina necroscopica ospedaliera”

**FLOW CHART RIEPILOGATIVASULLA GESTIONE DELLE PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI<sup>18</sup>**



<sup>18</sup> Allegato n. 18 della Procedura “La gestione della medicina necroscopica ospedaliera”



## INFORMAZIONE PER I FAMILIARI IN CASO DI DECESSO DI CONGIUNTI RICOVERATI

Gentile Signora/Signore,  
comprendendo il dolore di questo momento per il lutto che vi ha colpito, forniamo alcune informazioni relative a quanto accadrà:

- il defunto verrà trasportato nella camera mortuaria dal personale addetto e da quel momento in poi non potrà essere visto dai propri cari fino a quando non sarà esposto in camera ardente;
- il personale del reparto deve consegnarvi gli effetti personali del Vostro Caro raccolti, catalogati e custoditi in reparto;
- è Vostra competenza contattare le Onoranze Funebri per svolgere le attività successive al decesso. Per farlo è a Vostra disposizione in questo reparto, in camera mortuaria e in portineria l'elenco delle ditte di onoranze funebri della provincia di Ferrara. **Il personale che lavora all'interno della struttura non può suggerire o raccomandare alcuna ditta di onoranze funebri;**
- siete liberi di scegliere qualsiasi Ditta di Onoranze Funebri **anche al di fuori dell'elenco fornito**, che ha carattere informativo ma non esclusivo, a seconda delle esigenze proprie e insindacabili. Si precisa che, se la Ditta di Onoranze Funebri prescelta non è nell'elenco, la stessa dovrà essere autorizzata in base alla normativa vigente nella Regione Emilia-Romagna;
- gli abiti per la vestizione dovranno essere consegnati esclusivamente alla Ditta di Onoranze funebri da Voi prescelta;
- la salma verrà composta esclusivamente dagli operatori della Ditta di Onoranze Funebri da Voi prescelta;
- potrete onorare il Vostro Caro solo dopo il ricomponimento eseguito dagli operatori della Ditta di Onoranze Funebri.

Vi preghiamo infine di segnalare immediatamente alla Direzione della Struttura Sanitaria interessata qualunque comportamento difforme dalle indicazioni sopra fornite o che riteniate scorretto da parte del personale dipendente dell'Azienda USL, delle Ditte di Onoranze Funebri e di altre ditte convenzionate/accreditate/in appalto, al fine di poter adottare i provvedimenti del caso.

Vi ricordiamo inoltre che **nessun compenso è dovuto** al personale sanitario per le prestazioni fornite.

Le più sentite condoglianze.

**La Direzione Sanitaria dell'Azienda USL di Ferrara**

### COMPILAZIONE A CURA DEL PERSONALE SANITARIO

Cognome, Nome e Qualifica del professionista che consegna l'informativa

\_\_\_\_\_

Cognome e Nome di chi riceve l'informativa \_\_\_\_\_

Il familiare dichiara di avere una Ditta di Onoranze funebri di propria fiducia:  SI  NO

Se "NO" viene consegnato l'elenco delle Ditte di Onoranze Funebri della Provincia di Ferrara

FIRMA del professionista \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_