



Servizio Sanitario Nazionale – Regione dell'Umbria  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE UMBRIA 1  
Sede Legale Provvisoria: Via Guerra 21 – Perugia  
Codice Fiscale e Partita IVA 03301860544

**DELIBERA DEL DIRETTORE GENERALE**  
**n. 1463 del 29/12/2015**

**Proponente: Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri**

**Oggetto: ADOZIONE REGOLAMENTO PER LA GESTIONE DELLA MEDICINA  
NECROSCOPICA PER I PAZIENTI DECEDUTI IN OSPEDALE**

**IL DIRETTORE GENERALE**

Vista la proposta di delibera in oggetto di cui al num. Provv. 7941 del 24/12/2015 contenente:

il Parere del Direttore Amministrativo - Dr. Domenico BARZOTTI

il Parere del Direttore Sanitario - Dr. Diamante PACCHIARINI

*Hash .pdf (SHA256):*

054f7a6837f0fa528cc3bdc18e24de1f177f156ee073808a3090c96a3e776892

*Hash .p7m (SHA256):*

d127202a309bcebe36e01164cec5e747675f4e3a42cdaae3f3b6b5124132165e

*Firme digitali apposte sulla proposta:*

Diamante Pacchiarini, Simona Nanni, Doriana Sarnari, Domenico Barzotti

**DELIBERA**

Di recepire la menzionata proposta di delibera che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale e di disporre quindi così come in essa indicato.

**IL DIRETTORE GENERALE**  
**(Dott. Giuseppe LEGATO)\***

\* Questo documento è firmato digitalmente, pertanto ha lo stesso valore legale dell'equivalente documento cartaceo firmato autografo. I documenti perdono ogni valore legale quando vengono stampati, pertanto, nel caso fosse necessario inoltrare il documento ad un altro destinatario, è necessario copiarlo su supporto magnetico oppure inviarlo per posta elettronica.

## DOCUMENTO ISTRUTTORIO

L'art. 6 della Legge Regionale n.18/2012 "Ordinamento del Servizio Sanitario Regionale" ha istituito l'Azienda USL Umbria n. 1, risultante dalla fusione degli ambiti territoriali delle ex Aziende Sanitarie n.1 di Città di Castello e n .2 di Perugia.

Le su citate Aziende avevano, a suo tempo, regolamentato con procedure proprie, la gestione della medicina necroscopica per i pazienti deceduti in ospedale.

Nell'ambito del percorso di omogeneizzazione delle procedure e dei regolamenti già esistenti in capo alle cessate Aziende sanitarie, anche con l'obiettivo di essere sempre adempienti rispetto alle normative in continua evoluzione, con particolare riguardo alle azioni volte alla prevenzione della corruzione, è stata elaborata la Procedura per la "Gestione della medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale PGA 05/15", che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale (All. 1).

La Procedura disciplina le attività connesse agli adempimenti medico legali in materia di polizia mortuaria ed identifica, nell'ambito del processo, la normativa di riferimento, le responsabilità e le azioni conseguenti.

Alla luce di quanto sopra espresso si propone:

Di approvare la Procedura per la "Gestione della medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale PGA 05/15", che allegata al presente atto ne costituisce parte integrante e sostanziale (All. 1).

Di trasmettere il presente provvedimento alle Direzioni Sanitarie di Presidio;

Di dare atto che, ogni Presidio e/o Stabilimento, al fine di dare corretta applicazione alla presente Procedura, fermo restando il contenuto dispositivo, potrà declinarlo in base al modello organizzativo presente in ciascun Stabilimento;

Di dare atto altresì che la presente Procedura sarà soggetta a revisione entro il primo semestre 2016 in considerazione della continua evoluzione della normativa in materia;

Di dare atto, infine, che il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione integrale, ai sensi delle vigenti normative in tema di riservatezza.

Il Funzionario Istruttore  
Dr.ssa Simona Nanni

Direzione Amministrativa  
Presidi Ospedalieri  
Dr.ssa Doriana Sarnari

**INDICE**

**PREMESSA**

1.	<b>SCOPO</b> .....	<b>3</b>
2.	<b>CAMPO DI APPLICAZIONE</b> .....	<b>3</b>
3.	<b>TERMINI E ABBREVIAZIONI</b> .....	<b>3</b>
4.	<b>MODALITA' ESECUTIVE/CONTENUTI</b> .....	<b>3</b>
	<b>4.1</b> .....	<b>3</b>
	<b>4.2</b> .....	<b>3</b>
	<b>4.3</b> .....	<b>3</b>
	<b>4.4</b> .....	<b>3</b>
	<b>4.5</b> .....	<b>4</b>
	<b>4.6</b> .....	<b>4</b>
	<b>4.7</b> .....	<b>4</b>
	<b>4.8</b> .....	<b>4</b>
	<b>4.9</b> .....	<b>4</b>
5.	<b>RESPONSABILITÀ</b> .....	<b>5</b>
6.	<b>INDICATORI E CONTROLLI</b> .....	<b>6</b>
7.	<b>RIFERIMENTI</b> .....	<b>6</b>
8.	<b>DISTRIBUZIONE</b> .....	<b>6</b>
9.	<b>ARCHIVIAZIONE</b> .....	<b>6</b>
10.	<b>ALLEGATI</b> .....	<b>6</b>

REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
<b>RESPONSABILE GRUPPO DI LAVORO Dr. Bergith Fischer</b>	<b>STAFF QUALITA'  Dott.ssa Franca Gasparri</b>	<b>RESPONSABILE STRUTTURA EMITTENTE Direzione Amministrativa Aziendale</b>

GRUPPO DI LAVORO	
Nome	Funzione
Dott.ssa Bergith Fischer	Dirigente Medico DSP Presidio Osp Gubbio e GT
Dott. Giuseppe Vallesi	Dirigente Medico DSP Presidio Osp. Alto Tevere
Dott.ssa Cecilia Montefusco	Dirigente Medico Ospedale Assisi POU
Dott.ssa Simona Nanni	Responsabile P.O. aspetti Giuridici Contabili dell'attività amministrativa dei Presidi Ospedalieri
Dott.ssa Franca Gasparri	PO Staff Qualità e Comunicazione
Dott. Antonio Bodo	Dirigente Medico Responsabile Medicina Legale
Dott. Ing. Tullio Tavernelli	Dirigente Responsabile Prevenzione della Corruzione

STATO DI AGGIORNAMENTO			
N°	Pag. e/o §	Natura della modifica	Data
01	intero documento	Revisione di precedenti regolamenti presenti nell' Asl 1 e Asl 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>Procedura per la gestione della medicina necroscopica relativa a Pazienti deceduti in Ospedale P.O. Gubbio e Gualdo Tadino del 15/1/2005 (ex ASL1)</li> <li>Procedura per la gestione del Paziente deceduto in ospedale del 30/11/2011 (ex ASL 2)</li> <li>Delibera ASL2 n° 33 del 18/1//2011 e Delibera n°720 del 29/12/2012-Rettifica</li> </ul>	

LISTA DI DISTRIBUZIONE					
N.	COGNOME NOME	FUNZIONE E STRUTTURA	N.	COGNOME NOME	FUNZIONE E STRUTTURA
1	Silvio Pasqui	Direttore Presidio Alto Tevere	10	Stefano Lentini	Direttore Distretto Media Valle del Tevere
2	Donatella Seppoloni	Direttore Presidio Ospedaliero Unificato	11	Simonetta Simonetti	Direttore Distretto del Trasimeno
3	Teresa Tedesco	Direttore Presidio Gubbio-Gualdo Tadino	12	Giuseppina Bioli	Direttore Distretto del Perugino
4	Daniela Felicioni	Direttore Distretto Alto Tevere	13	Patrizia Borghesi	Dirigente SITRO

5	Annarita Comodi	Direttore Distretto Alto Chiascio	14	Roberto Bacchetta	Dirigente SI Area Nord
8	Gigliola Rosignoli	Direttore Distretto Assisano	15	Antonella Lipparelli	Responsabile Acquisizione Beni e Servizi
9	Luigi Sicilia	Dirigente Resp. SPP	16	Antonella Lucaccioni	Dirigente Resp Anatomia Patologica

## PREMESSA

L'ospedale è un luogo dove si intrecciano ogni giorno le esperienze della nascita, della vita, della malattia, della vecchiaia e anche della morte.

Lo stesso ospedale, capace di erogare prestazioni per affrontare problemi di salute si trova talvolta impreparato ad affrontare invece i grandi eventi della malattia terminale e della morte, al di là del piano strettamente materiale.

L'esperienza della morte non dovrebbe essere ulteriormente appesantita da sensazione di estraneità nei confronti dei parenti o da confusione nei processi gestionali, ma l'organizzazione deve garantire intimità, rispetto accoglienza ed umanità, oltre a rispettare specifiche normative.

La procedura costituisce una sintesi degli aspetti medico legali e applicativi più importanti nella gestione della polizia mortuaria presso le strutture aziendali e vuole essere uno strumento semplice da utilizzare nella pratica quotidiana.

### 1. SCOPO

La procedura si prefigge di:

- Organizzare le attività di assistenza post mortem garantendo la dignità della salma e sostenendo nel percorso i familiari del defunto
- Garantire la puntuale applicazione della normativa vigente con particolare attenzione alle azioni anticorruzione
- Fornire nozioni medico legali e indicazioni pratiche per la gestione della Medicina Necroscopica all'interno dell'Ospedale tramite l'individuazione di percorsi funzionali sicuri e corretti.
- Ridurre gli errori di compilazione della certificazione
- Garantire la sicurezza igienico ambientale e la salute dell'utente interno ed esterno.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura disciplina, in conformità alle disposizioni vigenti, le attività connesse agli adempimenti medico legali in materia di polizia mortuaria e si applica in tutti i Presidi Ospedalieri della Azienda USL Umbria1.

### 3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

**Paziente deceduto in ospedale:** paziente deceduto in Ospedale o che vi è arrivato cadavere attraverso le unità mobili dell'ospedale stesso.

**UO:** Unità Operativa

**PS:** Pronto Soccorso

**DPI:** Dispositivi di Protezione Individuali

**AA. GG. :** Autorità Giudiziaria territorialmente competente

**P.O. :** Presidio Ospedaliero

**DSP:** Direzione Sanitaria di Presidio Ospedaliero

#### **4. MODALITÀ ESECUTIVE/CONTENUTI**

##### **4.1 INDICAZIONI GENERALI**

###### **4.1.1 Definizione di morte**

La legge 29/12/1993 n° 578 fornisce la definizione della morte come “ *la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo*” affermando che la morte per arresto cardiaco si intende quanto la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo. Il concetto giuridico di morte riveste particolare rilievo ai fini del prelievo precoce di parti di cadavere per uso terapeutico per il quale la norma di legge che lo prevede è fondata sull'accettazione del principio clinico-scientifico di cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo come valore probante per la diagnosi di morte ad ogni effetto giuridico.

###### **4.1.2 Certificazione e Dichiarazione Denuncia causa di morte (Scheda di morte ISTAT)**

Ogni Medico ha l'obbligo a denunciare al Sindaco (comune) **entro 24 ore** dall'accertamento del decesso la causa di morte di ogni persona da loro assistita. In ospedale è compilato in genere dal medico dell'U.O.

La denuncia della causa di morte è indicativa delle convinzioni diagnostiche del curante e non richiede un giudizio di assoluta certezza..

Dall'anno 2011 sono in vigore i soli modelli [ISTAT D4 “Scheda di morte oltre il primo anno di vita”](#) e [ISTAT D4 bis “Scheda di morte nel primo anno di Vita”](#).(allegato 1 ed 1 bis).

###### **4.1.3 Avviso di morte**

**L'avviso di morte** (allegato 3) contiene informazioni socio anagrafiche del deceduto. In Ospedale viene inviato, in seguito alla comunicazione del medico che ha constatato la morte “Certificazione e dichiarazione di Morte (allegato 2), dal Direttore Sanitario Ospedaliero o suo delegato all'ufficiale dello stato civile del luogo, dove questo è avvenuto, non oltre le **24 ore dal decesso** (artt.72-73 del DPR 396/2000).

###### **4.1.4 Riscontro diagnostico**

Fatti salvi i poteri dell'AA. GG. “*sono sottoposti al riscontro diagnostico..... anche i cadaveri delle persone decedute senza assistenza medica, trasportati in ospedale o a un deposito di osservazione o ad un obitorio nonché cadaveri delle persone decedute in ospedale .....quando i rispettivi Direttore, Primari o Medici Curanti lo dispongono per il controllo della diagnosi o per chiarimenti di quesiti clinico scientifici*” (DPR 285/1990). Al riscontro assiste di norma il medico curante che ha richiesto l'accertamento.

I risultati dei riscontri diagnostici eseguito dal medico anatomo patologo o da altro sanitario competente incaricato devono essere comunicati dal Direttore Sanitario al Sindaco per eventuale rettifica della scheda di morte. Quando come causa di morte risulta malattia infettiva e diffusiva, la comunicazione deve essere fatta d'urgenza.

#### **4.1.5 Accertamento necroscopico**

L'importanza fondamentale dell'accertamento di morte non è dovuto solo alle conseguenze giuridiche dell'evento ma anche a ragioni di ordine sentimentale e morale ed alla necessità di evitare il rischio di inumazioni precoci, in quanto l'organismo può presentare, in alcuni casi, solo l'apparenza di morte (morte apparente).

Una diagnosi di certezza si impone anche nel caso si debba procedere, con le modalità consentite dalla legge, al prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico.

La **funzione del medico necroscopo in Ospedale è esercitata dal Direttore Sanitario** o da un Medico da lui delegato formalmente (con una disposizione scritta, unica e con l'elenco dei medici interessati). Il medico necroscopo ha il compito di identificare la persona ed accertare la morte o tramite accertamento con rilievo grafico continuo dell' ECG protratta per non meno di 20 minuti (DM 582/94) od osservando segni abiotici, redigendo un [certificato necroscopico](#) (allegato 4) La visita deve essere sempre effettuata non prima di 15 ore e non oltre le 30 ore, fatti salvo i casi in seguito descritti.

#### **4.1.6 Periodo di osservazione**

Durante il periodo di osservazione il corpo deve essere posto in condizioni tali che non vengano ostacolate eventuali manifestazioni di vita;

Nessun cadavere può essere chiuso in cassa, né sottoposto ad autopsia, trattamenti conservativi, messa in cella frigorifera né essere inumato, tumulato, cremato prima che siano trascorse 24 ore dal momento del decesso.

##### **4.1.6.1 Anticipazione dei tempi di osservazione**

È possibile in caso di

- Decapitazione o Maciullamento (art. 4 L. 578/93)
- Avanzato stato di decomposizione, putrefazione o in caso di malattie infettive e diffuse (classe I II e III DM 15/12/1990)
- Rilevazione elettrocardiografica continua, eseguito per non meno di 20 minuti (art. 8 del DPR n.285/90), inserita nella documentazione sanitaria del paziente con il visto (ora e data) del medico necroscopo sulla registrazione cartacea.

##### **4.1.6.2 Allungamento dei tempi di osservazione (fino 48 ore)**

E obbligatorio in caso di

- morte improvvisa
- dubbi di morte apparente

a meno che non sia stata accertata la morte o tramite accertamento con rilievo grafico continuo dell' ECG protratta per non meno di 20 minuti

#### **4.1.7 Sepoltura dei prodotti abortivi e feti**

L'attuale Regolamento Nazionale di Polizia Mortuaria, così come il precedente DPR n. 803/1975, stabilisce l'obbligo di sepoltura per i prodotti abortivi di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e, solo su richiesta dei genitori, anche dei prodotti del concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane.



Il medico che ha assistito all'espulsione o all'estrazione di un prodotto abortivo o feto deve compilare e firmare il modulo del [certificato attestante la presunta età di gestazione e il peso](#) del feto (allegato 5) e inviarlo in DSP.

Compila, in caso di necessità di riscontro diagnostico per **feti deceduti senza causa apparente dopo la 25 a settimana di gestazione**, la richiesta di autopsia da inviare al Servizio di Anatomia Patologica, informando la DSP (L n° 31 del . 2/2/2006). E' indispensabile acquisire il **consenso informato da parte di entrambi i genitori**, in carenza dello stesso il riscontro diagnostico non può essere effettuato. Tutto ciò deve essere documentato nella cartella clinica del lattante/feto.

I parenti, o chi per essi, sono tenuti a presentare entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto [richiesta per autorizzazione a trasporto e seppellimento feti](#) alla DSP (allegato 6)

Il personale addetto compone con cura e rispetto il prodotto abortivo o il feto e cura il suo trasferimento in camera mortuaria vigilando sulla sua idonea conservazione **per almeno 48 ore** successivi.

La DSP rilascia [autorizzazione a trasporto e di seppellimento](#) (allegato 7) al Comune ove si è verificato l'evento e su quale grava tale obbligo sec l'art. 50, c. 1 lett. del regolamento stesso.

Se il bambino è nato morto prima delle 28 settimane di gestazione i genitori non devono fare alcuna denuncia allo stato civile).

#### **4.1.8 Nati morti**

Per i **nati morti** (così definiti bambini che hanno superato le 28 settimane di gestazione al momento del parto) vige l'obbligo di registrazione presso l'anagrafe, previsto dall'art 37 del DPR. n° 396 del 3 novembre 2000.

Nel caso di bambino nato morto o bambino nato vivo, ma morto prima della denuncia di nascita, la Direzione Sanitaria **non è competente** a ricevere la dichiarazione di nascita.

In tal ultimo caso la dichiarazione deve essere resa esclusivamente all'ufficiale dello stato civile del comune dove è avvenuta la nascita.

Quando al momento della dichiarazione di nascita il bambino non è vivo il dichiarante deve comunicare se il bambino è nato morto o è morto posteriormente alla nascita indicando in questo caso la causa di morte. Tali circostanze devono essere comprovate dal dichiarante con il certificato di assistenza al parto di cui all'art 70 comma 4 ovvero con certificato medico (di constatazione di decesso) riportante la premorienza e la settimana di gestazione, rilasciato dall'Ospedale. Si formerà il solo atto di nascita e l'Ufficiale di Stato Civile rilascerà il permesso di seppellimento. Se il bambino nasce vivo e poi muore (anche prima delle 28 settimane di gestazione) sarà necessario formare sia l'atto di nascita che quello di morte con la procedura predetta (esibizione dell'attestazione di nascita, certificato medico, avviso di morte, certificato necroscopico e autorizzazione al seppellimento).

L'esecuzione della autopsia per riscontro diagnostico dovrebbe essere la prima cura e il primo interesse del medico per un diritto alla miglior definizione possibile della diagnosi e per le possibili ripercussioni di alcune condizioni su successive gravidanze o membri famigliari.

Compila, in caso di necessità di riscontro diagnostico **per nati morti o deceduti nel 1° anno di vita senza causa apparente**, la richiesta di autopsia da inviare al Servizio di Anatomia Patologica, informando la DSP (L n° 31 del 2/2/2006). E' indispensabile acquisire il **consenso informato da parte di entrambi i genitori**, in carenza dello stesso il riscontro diagnostico non può essere effettuato. Tutto ciò deve essere riportato nella cartella clinica del lattante..



Per i morti nel primo anno di vita deve essere prodotta la stessa documentazione di cui a precedenti punti 4.2,4.3, 4.4 compilando specifica scheda [ISTAT D4 bis “Scheda di morte nel primo anno di Vita”](#) (allegato 1/ bis).

#### **4.1.9 Sepoltura di arti e parti anatomiche riconoscibili**

In base all’art.3 del DPR 254/03 in caso di amputazione, le parti anatomiche riconoscibili sono avviati alla sepoltura o a cremazione a cura della struttura sanitaria che ha avuto in cura il paziente.

La DSP fa tempestivamente (non oltre le 48 ore dall’amputazione) richiesta formale all’U.O. Acquisti Beni e Servizi che provvederà di volta in volta a reperire il servizio in oggetto. In nessun caso è possibile contattare direttamente una delle Imprese Funebri.

La persona amputata può chiedere espressamente che la parte amputata venga gestita diversamente. In tal caso la richiesta deve avvenire ed essere inoltrata all’ufficio preposto dell’azienda sanitaria competente per il territorio attraverso la struttura sanitaria di cura e ricovero non oltre le 48 ore dalla amputazione. E opportuno acquisire comunque una dichiarazione dell’utente di rinuncia [a procedere in proprio](#) alla tumulazione, inumazione o cremazione della parte anatomica amputata (allegato 8).

Le [autorizzazioni al trasporto e tumulazione arto amputato](#) (allegato 9) sono rilasciate dalla DMP su base della [attestazione amputazione del Chirurgo](#) (allegato 10) che ha eseguito l’intervento.

Il personale del blocco operatorio confeziona la parte anatomica amputata in un doppio contenitore etichettato in modo riconoscibile per il trasporto e la successiva custodia in cella frigorifera presso l’obitorio per almeno 48 ore.

#### **4.1.10 Richiesta di cremazione**

Nei casi in cui il deceduto abbia espresso in vita, tramite atto scritto (testamento) la volontà di essere cremato o tale volontà venga espressa dai familiari (coniuge o parente prossimo, individuato sec. Art 74 C.C. o di legali rappresentanti), il Medico che svolge funzioni di m. necroscopico predispone tramite compilazione della apposita modulistica (allegato 11) la necessaria [certificazione in carta libera, da cui risulti che “da quando emerge dal certificato ISTAT si può escludere che la morte sia dovuta a reato “ e che “il cadavere non è portatore di pacemaker alimentato con radionuclidi impiantato nel.....”](#))

Nel caso in cui sia presente un pacemaker con batterie alimentanti a radionuclidi (ormai quasi del tutto superato) è obbligatoria la sua rimozione. Anche se non è necessaria la rimozione di dispositivi con batterie a litio a lunga durata, è tuttavia consigliabile procedere in via preventiva all’espianto del dispositivo in tutti i cadaveri portatori di pacemaker candidati alla cremazione. Il medico necroscopo, tra i cui compiti non si annovera la rimozione dei pacemaker, può avvalersi quindi di personale sanitario o tecnico delegato che procederà alla rimozione del dispositivo in ambiente idoneo (p.es. stanza autoptica). Il dispositivo deve essere smaltito in seguito come rifiuto speciale secondo le normative vigenti. La certificazione, a mezzo Impresa di Onoranze Funebri, viene presentata al Comune competente per territorio. L’autorizzazione alla cremazione spetta all’Ufficiale di Stato Civile del Comune di decesso (L 130/2001)

#### **4.1.11 Particolari Cautele Igienico Sanitarie**

#### **4.1.11.1 Precauzioni Universali**

Durante la vestizione e deposizione o qualsiasi altro trattamento del cadavere:

- gli operatori devono utilizzare guanti monouso;
- in presenza di ferite aperte o lesioni della cute del cadavere si deve provvedere a coprirlo con materiale che impedisca la fuoriuscita di liquidi biologici;
- in caso di perdita di liquidi biologici dal cadavere si deve provvedere alla sua immediata deposizione nel cofano ed alla pulizia e disinfezione delle superfici eventualmente imbrattate;
- nel caso di contaminazione di indumenti od oggetti questi devono essere sostituiti e/o disinfettati;
- i rifiuti derivanti dal trattamento del cadavere debbono essere rapidamente smaltiti nel rispetto di quanto previsto dalla normativa e dalle procedure interne sui rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Durante il periodo di osservazione nell'ambiente che ospita il cadavere deve essere evitato il contatto diretto con le mucose del cadavere.

Dopo la chiusura e la partenza del feretro l'ambiente ove il cadavere è stato ospitato deve essere sottoposto a pulizia e disinfezione.

#### **4.1.11.2 Precauzioni igienico sanitarie in caso di immediato pericolo infettivo**

Ove il defunto prima del decesso abbia manifestato segni o sintomi di:

- febbri emorragiche virali,
- vaiolo,
- colera, peste, difterite, lebbra, tularemia, tbc in fase contagiosa

*Il cadavere dovrà essere manipolato solo da personale qualificato, dotato di tutti gli strumenti di barriera utilizzati per l'isolamento protettivo in ambiente ospedaliero, seguendo le indicazioni formulate dai competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori nonché dal medico competente.*

L'accertamento della morte sarà preferibilmente strumentale ai sensi della legge 578/93 e DM 592/84. Il periodo di osservazione può essere ridotto a giudizio del Medico necroscopo. Non potrà essere effettuata la tanatoprassi (lavaggio, taglio unghie capelli, barba) né trattamenti di imbalsamazione. Tutti gli effetti venuti a contatto con la salma o contaminati da liquidi da essa derivati devono essere rapidamente smaltiti nel rispetto di quanto previsto dalla normativa e procedure interne sui rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

Il medico necroscopo dispone

- misure di isolamento con accesso limitato a personale autorizzato
- comunicazione formale alla agenzia incaricata
- utilizzo di strumenti di barriera per la manipolazione
- avvolgimento del cadavere in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante prima della chiusura in duplice cassa di metallo e legno (art. 18 DPR/90).

#### **4.1.12 Il trattamento antiputrefattivo**

Allo stato della legislazione nazionale vigente la così detta puntura antiputrefattiva è obbligatoria alla luce della Circolare 24/93 del Ministro della Sanità e le successive disposizioni regionali, trascorso il periodo di osservazione.

L'iniezione viene praticata con una sonda monouso nella cavità addominale secondo la procedura aziendale che garantisce la sicurezza del operatore.

#### **4.1.13 La tutela del dolente**

L'identificazione e quindi la scelta dell'impresa onoranze funebri è di esclusiva competenza dei familiari/congiunti.

E' fatto divieto assoluto a tutto il personale suggerire nominativi ed indirizzi di imprese funebri e procurare servizi alle stesse.

Su richiesta dell'utente, è possibile mettergli a disposizione un elenco telefonico pubblico per la ricerca dell'impresa. E' fatto divieto all'impresa di utilizzare per le proprie attività il personale della AslUmbria1 o corrispondere ad esso compensi sotto qualsiasi forma. Nessuna forma di pubblicità riferita ad imprese di onoranze funebri, neppure indiretta, è consentita all'interno dei locali della AslUmbria1 e nelle aree pertinenti.

Le regole per la tutela dei diritti degli utenti sono rappresentati nella ["Informativa per i familiari"](#) (allegato 12) che deve risultare **esposta in evidenza e ben visibile** nella camera mortuaria e/o in altre aree individuate dalla DSP nella struttura ospedaliera. Quando e dove ritenuta opportuna, l'informativa può essere inoltre consegnata anche direttamente a breve mano ai parenti oltre alla modulistica di [scelta dell'impresa di onoranze funebri](#) (allegato 13) che, una volta firmata, è da allegare alla documentazione da conservare in DSP.

#### **4.1.14 Culture diverse e Toilette Rituali**

In caso di richiesta da parte di persone appartenenti a culture/religioni che prevedono riti funebri diversi da quelli cattolici, quali ad esempio la religione ebraica o la religione islamica sarà cura della DSP attivarsi, tramite i propri servizi, per permettere il rispetto dei riti e tradizioni funebri previste nonché per gestire gli aspetti burocratici collegati al trasporto/sepoltura della salma in cimiteri dedicati o per il rimpatrio della salma.

Il Direttore Sanitario può autorizzare, su domanda della famiglia, l'esecuzione di trattamento quali imbalsamazione o tanatoprassi per procedere alla cura igienica di conservazione di lunga durata per il trasporto della salma acquisendo una **liberatoria** da parte del tecnico incaricato al trattamento rispetto a

Rispetto delle norme in materia di igiene e sicurezza;

Rispetto osservazione di norme di tutela della protezione dei dati riservati;

Presentazione di un contratto assicurativo per la copertura della responsabilità civile nei confronti di danni provocati a se stesso od altri, nello svolgimento delle operazioni affidategli, ovvero nei confronti di danni provocati alla struttura nella quale tale operazioni sono svolte.

L'onerosità del trattamento è interamente a carico della parte richiedente.

## **4.2 GESTIONE DEL DECESSO IN REPARTO/P.S.**

### **4.2.1 Constatazione del decesso**

Il medico che constata il decesso:

- annota in cartella l' ora della constatazione dell'avvenuto decesso;
- controlla dati anagrafici e accerta l'identità;

- informa i parenti del decesso nel più breve tempo possibile e, nei casi previsti, della necessità di allungamento del periodo di osservazione;
- compila la documentazione prevista fornendola in tempi utili alla DSP, allegando la copia del documento d'identità e del codice fiscale (tessera sanitaria) del paziente; compila quindi come specificato al punto 4.1.2. quindi anche la denuncia della causa di morte (ISTAT); qualora il medico che ha constatato il decesso ritenga di non disporre di sufficienti informazioni sul caso, la scheda viene compilata dal medico della U.O. che ha avuto prevalentemente in carico il paziente e pertanto può essere individuato come "medico curante".
- in caso di morte per malattia infettiva diffusiva, di richiesta di riscontro diagnostico o di sospetto di reato, informa telefonicamente la DSP.

#### **4.2.2 Trattamento della salma**

Il Coordinatore Infermieristico o l'infermiere che lo sostituisce, tramite supporto del personale di servizio:

- isola la salma preferibilmente in una camera singola o con idonei paraventi, trattenendola per il più breve tempo possibile, onde garantire riservatezza e raccoglimento ai parenti eventualmente presenti;
- documenta, negli Ospedali, dove è stata attivata questa prassi, l' assenza di attività cardiaca per almeno 20' per garantire la certezza dei rilievi tanatologici;
- compone la salma con il massimo rispetto e decoro, rimuovendo eventuali dispositivi (drenaggi, cateteri ecc.) prima del trasporto in obitorio;
- copre la salma con un lenzuolo e applica un cartellino di riconoscimento indicando nome cognome data di nascita e del decesso;
- registra sulla scheda infermieristica il decesso e eventualmente a chi sono stati consegnati oggetti personali;
- garantisce la trasmissione della documentazione nel più breve tempo possibile in DPS. In caso di decesso in orari notturni la comunicazione dell'avvenuto decesso deve avvenire entro il più breve tempo possibile la mattina successiva;
- comunica alla DSP casi di persone decedute senza presenza di familiari o eventuali contatti per i quali devono essere attivati le autorità territorialmente competenti per la ricerca
- Informa i familiari di quanto previsto per la tutela del dolente (punto 4.1.13).

#### **4.2.3 Attività/funzioni del medico necroscopo in ospedale**

Negli ospedali la funzione del medico necroscopo è svolto dal Direttore Sanitario o da un Medico delegato formalmente alla funzione:

- effettua l'accertamento necroscopico dopo aver preso visione della documentazione trasmessa ed aver controllato i dati identificativi della salma e redige il certificato necroscopico nelle modalità previste dalla normativa di riferimento;
- provvede alla trasmissione all'Ufficio dello Stato Civile del Comune territorialmente competente della documentazione obbligatoria (avviso di morte, scheda ISTAT e certificato necroscopico) tramite le imprese di Onoranze Funebri;

- conserva nell'archivio della Direzione Sanitaria copia dell'avviso di morte e del certificato necroscopico;
- si rende disponibile ai parenti del deceduto per eventuali informazioni relative alla gestione della medicina necroscopica;
- dispone, se necessario, l'eventuale chiusura in cassa, l'accertamento autoptico, eventuali trattamenti conservativi, la conservazione in cella frigorifera nelle modalità previste dalla normativa di riferimento;
- dispone le azioni necessarie in caso di morte per malattia infettiva-diffusiva (di cui al punto 4.1.11)
- nei casi previsti provvederà ad avvertire le autorità territorialmente competenti;
- provvede alla trasmissione al Servizio di Anatomia Patologica di documentazione sanitaria utile;
- dispone le azioni previste nel caso di intervento dell'AA.GG. (di cui al punto 4.2.6 ).
- provvede entro 48 ore dall'evento alla trasmissione telematica all'INPS del certificato di accertamento del decesso in attuazione della L. n° 190 del 23. 12.2014

#### **4.2.4 Richiesta di approfondimento diagnostico:**

Il medico del reparto o del P.S. chiede un riscontro autoptico, qualora siano sconosciute o non siano chiare le cause di morte o sia necessario un approfondimento diagnostico;

Inoltre:

- annota in cartella clinica o su scheda del P.S. l'ora e la constatazione dell'avvenuto decesso;
- controlla i dati anagrafici riportati in cartella o nella scheda di P.S.
- informa i parenti del deceduto nel più breve tempo possibile della necessità del riscontro autoptico;
- aggiorna con tutti i dati necessari la cartella clinica e/o scheda di P.S.;
- compila l'avviso di morte per l'Ufficiale di stato civile del comune territorialmente competente e la scheda ISTAT;
- richiede al Servizio di Anatomia Patologica il riscontro autoptico compilando richiesta formale (Attenzione:riscontri autoptici richiesti in seguito a sospetto e/o diagnosi della *Malattia di Kreutzfeld Jakob* devono essere eseguiti esclusivamente presso Aziende Ospedaliere di II livello, a causa dei requisiti strutturali ed organizzativi );
- informa telefonicamente la DSP fornendo documentazione necessaria (copia documento identità, accertamento morte, richiesta riscontro autoptico)
- Nell'eventualità di richiesta di riscontri diagnostici su pazienti deceduti presso i stabilimenti ospedalieri all'Azienda Ospedaliera la DSP fa tempestivamente richiesta formale di trasporto della salma all'U.O. Acquisti Beni e Servizi che provvederà di volta in volta a reperire il servizio in oggetto. In nessun caso è possibile contattare direttamente una delle Imprese Funebri.

#### **4.2.5 Attività del Medico di Anatomia Patologica**

Fatti salvi i casi previsti dall'art.8 del DPR 285/90, il medico patologo, non prima di 24 ore dalla constatazione del decesso, è tenuto a procedere al riscontro autoptico compilando al termine



delle operazioni medico legali, il certificato necroscopico che consegnerà in seguito alla Direzione Sanitaria.

#### **4.2.6 Intervento dell'autorità giudiziaria**

Nel caso di ipotesi di reato, il medico ospedaliero

- informa telefonicamente la DSP;
- redige l'atto di denuncia alla Procura della Repubblica;
- informa gli aventi diritto che una salma posta sotto sequestro non può essere messa a disposizione degli stessi prima del N.O. delle autorità.;
- in presenza di un ordinanza scritta di sequestro da parte dell'AA.GG. dispone, avvalendosi del personale di supporto, il trasporto della salma presso la camera mortuaria, dando indicazioni affinché non vada in alcun modo manomessa né sottoposta ad alcun trattamento.

In caso di ordinanza di sequestro di un cadavere trasportato, su ordine delle AA.GG., dal territorio presso l'obitorio dello stabilimento ospedaliero, il medico del territorio della USL in servizio informa tempestivamente la DSP dello utilizzo dell'obitorio e di eventuali disposizioni impartite.

Il **Medico della Medicina Legale**, individuato dall'AA.GG., dopo aver effettuato gli accertamenti necessari, rilascia la documentazione di competenza alla DSP, oppure alle imprese funebri in caso di decessi esterni all'ospedale.

#### **4.2.7 Trasferimento in Camera Mortuaria**

Il **percorso Interno all'ospedale** viene garantito dal personale del reparto nel minor tempo possibile, mediante adeguato mezzo di trasporto, secondo percorsi interni definiti dalla DSP; Durante il trasporto gli operatori non devono mai lasciare incustodita la salma.

Il personale che ha effettuato il trasporto deposita la salma nella sala osservazione destinata, verificando che non vengano ostacolate eventuali manifestazioni di vita.

Le chiavi per l'accesso all'obitorio possono essere ritirate e devono essere riconsegnate presso un Servizio individuato per la custodia delle stesse .

Il trasporto della salma **dal RSA all'interno dell'Ospedale** segue le stesse regole e percorsi del decesso in reparto. E' necessario comunque che il medico del territorio informi la DSP per le vie brevi dell'utilizzo della camera mortuaria

Il trasporto di una salma **dal territorio** presso l'obitorio nell'ospedale può avvenire solo in presenza di ordinanza di trasporto scritta dell'AA.GG.. E' necessario che il medico del territorio in servizio informi la DSP per le vie brevi dello utilizzo dell'obitorio e di eventuali disposizioni impartite.

#### **4.2.8 Seppellimento di persone sole o senza mezzi di sussistenza o senza parenti**

In caso di decesso di persona sola o i cui parenti non siano rintracciabili, la DSP deve richiedere la collaborazione delle Forze dell'ordine, al fine di rintracciare i parenti del defunto.

Scaduto il periodo di osservazione, la salma chiusa in feretro, previo coinvolgimento del comune competente per il territorio, dovrà essere trasferita al deposito del locale cimitero. Se nei tempi previsti della legge non si sono presentati i parenti, o in caso di indigenza della famiglia, si procederà al seppellimento con oneri a carico del comune, dove è avvenuto il

decesso, ai sensi dell'art. 16 lettera b del Regolamento di polizia mortuaria, approvato con D.P.R. n. 285/1990, tramite l'impresa di Onoranze Funebri da quest'ultimo scelto .

#### **4.3 GESTIONE CAMERA MORTUARIA- MORGUE**

L'obitorio all'interno della struttura ospedaliera assolve le funzioni elencate nell'art. 13. del DPR 285/90.

L'accesso alla camera mortuaria è consentito al pubblico e al personale della Impresa Funebri, incaricata dalla famiglia, per lo svolgimento delle incombenze affidate. La vestizione della salma, in attesa delle esequie, è compito della impresa. Gli ambienti devono risultare in ogni momento in condizioni igieniche accettabili. Chi accede alla camera mortuaria è tenuto ad osservare un comportamento consono all'ambiente ed alle circostanze.

Le modalità organizzative di apertura e chiusura della camera mortuaria e gli orari di accesso sono definiti dalle DSP che esporranno, in modo visibile, una nota informativa negli spazi adiacenti alla camera mortuaria. La DSP è responsabile del rispetto degli orari fissati.

Individua un servizio delegato alla custodia della chiave della camera mortuaria per permettere l'accesso di servizi autorizzati al di fuori degli orari di apertura degli uffici .

Il servizio identificato deve inoltre:

- tenere apposito registro di movimentazione della chiave.
- accettare, negli orari di chiusura degli uffici della DSP, la salma proveniente dal territorio previa acquisizione di copia del verbale di autorizzazione rimozione cadaverica e trasporto. Tale copia deve essere consegnata la mattina successiva in DSP;
- accertarsi che, alla fine dell'accesso autorizzato, le chiavi vengano riconsegnate al servizio

La presenza in camera mortuaria degli addetti delle imprese di Onoranze Funebri deve essere limitata unicamente allo svolgimento delle funzioni consentite e per il tempo strettamente necessario. Gli addetti delle ditte all'interno dell'obitorio devono essere chiaramente identificabili tramite appositi cartellini di riconoscimento. (nome e ditta).

E' vietata agli addetti delle imprese la permanenza nei locali dell'obitorio per evitare possibili conflitti di interesse tra diverse imprese e per consentire il miglior svolgimento delle attività. Rapporti tra cittadini ed impresa che attingono all'affidamento del servizio funebre devono svolgersi al di fuori dei locali dell'azienda.

Le regole per la tutela dei diritti degli utenti sono rappresentati nella ["Informativa per i familiari"](#) (allegato 12) che deve risultare **esposta in evidenza e ben visibile** nella camera mortuaria e/o in altre aree individuate dalla DSP nella struttura ospedaliera.

Il personale sanitario della DSP verifica:

- almeno settimanalmente le condizioni igienico sanitarie degli ambienti della camera mortuaria controllando l'avvenuta sanificazione periodica dei locali, comprese delle celle frigorifere e delle attrezzature;
- la disponibilità dei DPI ed altro materiale d'uso messo a disposizione ad operatori incaricati all'effettuazione di riscontro autoptico e/o ricognizione diagnostico;

#### **ATTENZIONE:**

***E necessario che qualsiasi problema od irregolarità nella gestione del servizio, di cui si viene a conoscenza vengano segnalati nel più breve tempo possibile alla DSP.***



## 5. RESPONSABILITA'

FUNZIONI	ATTIVITÀ
Medici delle UU.OO. o P.S.	<p>Constatazione morte Identificazione persona Compilazione documentazione sanitaria e certificati</p>
Medici DMP (o delegati necroscopi)	<p>Verifica identità salma , corretta e completa compilazione documenti da parte del m. curante Ispezione cadavere e accertamento morte entro tempi legali e/o tramite ECG Compilazione certificazione necroscopico e avv. morte Trasmissione telematica accertamento all'INPS entro 48 ore Vigilanza camera mortuaria (igiene, regolamento)</p>
Personale Sanitario DMP	<p>Acquisizione documenti di identità e codice fiscale Trasmissione certificazioni agli uffici di stato civile del comune Conservazione copia certificato morte e necroscopico Vigilanza camera mortuaria (igiene, regolamento)</p>

## 6. INDICATORI

Il presente regolamento non prevede l'applicazione di indicatori.

## 7. DOCUMENTI E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

D.P.R. 285 del 10/9/1990: Approvazione del regolamento di P.M.
Circolare Ministero della sanità 24/6/1993 n° 24 Regolamento della polizia Mortuaria, approvato con DPR n° 285790: Circolare Esplicativa
Legge 29/12/1993 n° 578: Norme per l'accertamento e la certificazione di morte"
Decreto Ministero della Sanità 22/8/1994 n° 582: Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte
DPR 3/11/2000 n° 396 Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile
Legge 30/3/2001 n° 130 Disposizioni in materia di cremazione e dispersione delle ceneri
DPR 30/3/2003 n° 196 Codice in materia di protezione dei dati personali
DPR 15/7/2003 n° 254 Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'art.24 della legge 3177/2002 n° 179
<a href="http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/infomorte">http://www.istat.it/strumenti/rispondenti/indagini/infomorte</a>
Circolare ministeriale n° 10 del 31/7/98 Regolamento di P.M. Circolare esplicativa
Decreto legislativo n°81 del 9/4/2008
Legge n° 31 del 2/2/2006 SIDS e morte inaspettata del feto di età gestazionale superiore alla 25 a settimana
Delibera Giunta Regionale 30/9/2013: Linee di indirizzo alle aziende Sanitarie regionali in tema di polizia mortuaria con particolare riferimento all'accertamento di morte e al trattamento per la conservazione dei cadaveri

Legge n° 190 del 23. 12.2014 (Legge di stabilità anno 2015) e circolare INPS n° 33 del 13/02/2015
Deliberazione Regione Umbria n° 1066 del 21/6/2006
Regio Decreto 9 luglio 1939 n° 1238 “ordinamento di stato civile
Legge 24/11/2000 n° 340 Disposizioni per la delegificazione di norme e per la semplificazione di procedimenti amministrativi. Legge di semplificazione 1999

## 8. DIFFUSIONE

La procedura viene inviata ai Direttori/Responsabili indicati nella lista di distribuzione tramite la mail aziendale. La corretta ricezione verrà pertanto dimostrata dalla mail di ritorno che conferma la lettura.

I destinatari provvederanno, con la stessa modalità, alla successiva diffusione nelle articolazioni aziendali di competenza per le quali è previsto l'utilizzo del documento, in particolare a Responsabili e Coordinatori UU.O.O./Pronto Soccorso

## 9. ARCHIVIAZIONE

La copia originale della procedura viene archiviata presso gli uffici qualità aziendali.  
La procedura approvata è disponibile nell'intranet aziendale.

## 1. ALLEGATI

Alla procedura sono allegati i seguenti

<b>All. 1 e 1bis</b>	Denuncia causa di morte – Scheda di Morte (ISTAT D4 e D4 bis)
<b>All. 2</b>	Dichiarazione e certificazione di morte (medico reparto)
<b>All. 3</b>	Avviso di morte
<b>All.4</b>	Certificato necroscopico
<b>All. 5</b>	Certificato assistenza all'espulsione/ estrazione feto (ginecologo)
<b>All.6</b>	Richiesta per autorizzazione a trasporto e seppellimento feti (e aborti < 20 sett. su richiesta)
<b>All.7</b>	Autorizzazione a trasporto e seppellimento feti
<b>All.8</b>	Rinuncia gestione arto amputato (utente)
<b>All. 9</b>	Autorizzazione a trasporto e seppellimento arto amputato
<b>All. 10</b>	Attestazione amputazione (chirurgo)
<b>Al. 11</b>	Autorizzazione alla cremazione
<b>All.12</b>	Informativa (utenti)
<b>All.-13</b>	Scelta impresa – liberatoria (utenti)



**PARTI A - A CURA DEL MEDICO**

Età compiuta

FEMMINA MASCHIO  
Cognome e nome della persona defunta

1. Luogo del decesso  
Aviazione: Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato) ..... 1 Comune .....  
Hospice ..... 2  
Struttura residenziale o socio-assistenziale ..... 3  
Situazione di partenza: ..... 4  
Altro (specificare) ..... 5

2. Riscritto diagnostico  
E' stato richiesto?  SÌ  NO

MASCHIO  
FEMMINA

CODICE FISCALE della defunta/vo

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita  
Nessuna gravidanza ..... 1  
Morte in gravidanza ..... 2  
Morte entro 42 giorni dall'esito della gravidanza ..... 3  
Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'esito della gravidanza ..... 4  
Informazione economica ..... 5

Atto di morte  
Numero .....  
Parte 1 ..... 2  
Serie 1 ..... 2

3. Località di nascita  
Stesso comune di morte ..... 1  
Altro Comune ..... 2  
(specificare comune e provincia)  
Stato Estero ..... 3  
(specificare stato estero)

4. Parte I  
CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatiche o avvelenamenti che ha condotto a morte - In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante  
1. Causa iniziale  
Scegliere la SOLA malattia o condizione lesionale che ha dato inizio alla sequenza.  
2. EVENTUALI condizioni o complicazioni che descrivono la sequenza che ha portato a morte.  
3. che ha eventualmente causato  
4. che ha eventualmente causato

2. Data di nascita  
Giorno .....  
Mese .....  
Anno .....  
2 0 1 1

8. Professione  
Condizione professionale o non professionale  
Occupata ..... 1  
Disoccupata ..... 2  
In cerca di prima occupazione ..... 3  
Ritirata dal lavoro ..... 4  
Casalinga ..... 5  
Studente ..... 6  
Inabile al lavoro ..... 7  
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) ..... 8

4. Parte II  
Altri stati morbosi rilevanti - Indicare altre malattie o condizioni morbose o lesioni escluse dalla sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso.  
1. ....  
2. ....  
3. ....  
4. ....

4. Età compiuta  
Anni .....  
5. Stato civile  
Celibe/ubile ..... 1  
Coniugata ..... 2  
Vedova ..... 3  
Divorziata o già coniugata(e) ..... 4  
Separata legalmente ..... 5  
Se coniugato o separata legalmente indicare:  
Anno di nascita del coniuge superstite .....  
Anno di matrimonio .....  
Per "Tali coniugate" si intende la persona con la defunta in compagnia o la coesistente degli "altri civili" ai sensi della legge 1 dicembre 1976, n. 858

9. Posizione nella professione  
Da compilare solo se al quesito 8 è indicato 1 e 2  
Per lavoratori/avvicinati autonomi  
Imprenditori/proprietari o libero professionista ..... 1  
lavoratore/avvicinato in proprio o coadiuvante ..... 2  
Altro ..... 3  
Per lavoratori/avvicinati dipendenti  
Dirigente o direttivo ..... 4  
Impiegato o incaricato ..... 5  
Operai o assimilati ..... 6  
Altro (apprendista, lev. a domicilio, ecc.) ..... 7

N.B. I QUESITI 5-9 DEVONO ESSERE COMPILATI SOLO IN CASO DI MORTE DA TRAUMATISMO/AVVELENAMENTO (anche con informazioni riferite)  
5. Circostanza che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato in 4. Parte I (es. caduta da scala a pioli, impiccamento, fuoriuscita, ecc.)  
6. Modalità del trauma/avvelenamento  
Accidentale (incluse cadute da trasporti) ..... 1 Suicidio ..... 2 Omicidio ..... 3

6. Residenza  
Stesso Comune di morte ..... 1  
Altro Comune ..... 2  
(specificare comune e provincia)  
Stato Estero ..... 3  
(specificare stato estero)

11. Ramo di attività economica  
Da compilare solo se al quesito 8 è indicato 1 e 2  
Agricoltura, caccia e pesca ..... 1  
Industria ..... 2  
Commercio, pubblici servizi, alberghi ..... 3  
Pubblica amministrazione e servizi pubblici ..... 4  
Altri servizi privati ..... 5  
12. Cittadinanza  
Italiana ..... 1  
Per nascita ..... 2  
Acquisita ..... 3  
Straniera ..... 4  
Non conosciuta ..... 5  
(specificare stato estero)

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche  
7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")  
7.2 Ruolo della vittima  
Pedone ..... 1 Guida ..... 2  
Passaggero ..... 3 Persona mena nel salite o nello scendere dal veicolo ..... 4  
7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scorta, ribaltamento, ecc.)  
7.4 In caso di scorta indicare l'oggetto (es. albero, motocicletta, autobus, etc.)  
In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore etc.)  
Dichiaro che le cause della morte secondo scienza e coscienza, sono quelle da me sopra indicate (nome e cognome in stampello)

7. Grado di istruzione  
Laurea ..... 1  
Diploma universitario e laurea breve ..... 2  
Diploma di scuola media superiore  
Licenza di scuola media inferiore  
Licenza elementare o nessun titolo ..... 5

Firma e recapiti dell'Ufficio dello Stato Civile  
Firma .....  
E-mail .....  
Tel. ....



**PARTE A - A CURA DEL MEDICO**

MASCHIO  FEMMINA   
Cognome e nome della persona defunta

1. Luogo del decesso

1. Comune  Territorio in cui è avvenuto il decesso  
2. Riscatto diagnostico  
E stato richiesto?  SI  NO

3. Informazioni rilevanti

Paso alle nascite  Età gestazionale alla nascita  Parto  Età della madre

4. Parte I

CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose (incluse anomalie o malformazioni congenite) o traumi/traumatismi o avvelenamenti che ha condotto a morte - in presenza di più sequenze scegliere la più rilevante

Se la causa iniziale risiede in una condizione materna, indicare quest'ultima

1.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

2.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

3.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

4.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

5.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

6.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

7.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

8.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

9.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

10.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

11.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

12.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

13.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

14.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

15.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

16.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

17.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

18.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

19.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

20.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

21.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

22.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

23.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

24.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

25.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

26.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

27.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

28.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

29.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

30.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

31.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

32.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

33.  che ha eventualmente causato  mesi o giorni o ore

**PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)**

MASCHIO  FEMMINA   
Cognome e nome della persona defunta

1. Data di morte

2. Data di nascita

3. Località di nascita

4. Età compiuta

5. Genere del parto

6. Filiazione

7. Data di nascita della madre

8. Residenza della madre

9. Grado di istruzione dei genitori

10. Professione

11. Condizioni professionali o non professionali dei genitori

12. Posizione nella professione dei genitori

13. Ramo di attività economica dei genitori

14. Cittadinanza dei genitori

15. Professione

16. Condizioni professionali o non professionali dei genitori

17. Posizione nella professione dei genitori

18. Ramo di attività economica dei genitori

19. Cittadinanza dei genitori

20. Professione

21. Condizioni professionali o non professionali dei genitori

22. Posizione nella professione dei genitori

23. Ramo di attività economica dei genitori

24. Cittadinanza dei genitori

25. Professione

26. Condizioni professionali o non professionali dei genitori

27. Posizione nella professione dei genitori

28. Ramo di attività economica dei genitori

29. Cittadinanza dei genitori

30. Professione

31. Condizioni professionali o non professionali dei genitori

32. Posizione nella professione dei genitori

33. Ramo di attività economica dei genitori

34. Cittadinanza dei genitori

35. Professione

36. Condizioni professionali o non professionali dei genitori

37. Posizione nella professione dei genitori

38. Ramo di attività economica dei genitori

39. Cittadinanza dei genitori

40. Professione



## AVVISO DI MORTE

(Art. 72 del D.P.R.. 3 novembre 2000, n. 396)

*PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale*

**MOD03 PGA05/15**

Rev. n.: 00

Pag.1 di 1

ALLO STATO CIVILE DEL COMUNE

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ sottoscritt. \_\_\_\_\_  
(Dirigente Medico di Presidio Ospedaliero o suo delegato)

### comunica l'avviso di morte

di \_\_\_\_\_

nat.. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

di cittadinanza \_\_\_\_\_

La morte è avvenuta in \_\_\_\_\_

il giorno \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ I \_\_\_\_ defunt.. era:    celibe/nubile     divorziat..     coniugat..     vedov..

Il coniuge del/della defunt.. è/era \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE MEDICO  
DI PRESIDIO OSPEDALIERO

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)





## DICHIARAZIONE E CERTIFICATO DI ACCERTAMENTO DI MORTE

PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale

MOD02 PGA05/15

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

ALLA DIREZIONE MEDICA DI PRESIDIO

..L.. SOTTOSCRITTO/A Dr. \_\_\_\_\_

### HA CONSTATATO LA MORTE

DI \_\_\_\_\_

NAT.. A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

LA MORTE E' AVVENUTA NELLA UO DI \_\_\_\_\_

IL GIORNO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ALLE ORE \_\_\_\_\_

IL CADAVERE E' PORTATORE DI PACE MAKER SI  NO

LA SALMA E' A DISPOSIZIONE DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA SI  NO

NECESSITA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO SI  NO

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)



# CERTIFICATO NECROSCOPICO

(DPR n. 285/1990)

PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale

MOD04 PGA05/15

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

Il sottoscritto, \_\_\_\_\_ medico necroscopo,  
dichiara di aver eseguito l'ispezione del cadavere di \_\_\_\_\_  
nat. a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
e residente \_\_\_\_\_

L'identificazione della salma è stata possibile mediante:

documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

Testimonianza di \_\_\_\_\_

1. documento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
firma \_\_\_\_\_
2. documento \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
firma \_\_\_\_\_

Conoscenza personale

Il cadavere presenta i caratteri di una morte reale avvenuta il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Presso\* \_\_\_\_\_ via/ n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

\* (domicilio, casa di cura, altro luogo)

Accertata tramite:

- segni abiotici consecutivi (ipostasi, rigidità, putrefazione, ecc)
- altro .....

Considerato che:

- non ricorrono le ipotesi seguenti, non si dettano disposizioni
- ricorre la seguente situazione (segnare l'ipotesi che ricorre):
- sussistono elementi che rendono necessario il nulla-osta dell'Autorità giudiziaria
- o la morte è dovuta a malattia infettiva e diffusiva (comma 1 art. 11 DPR 285/90)
  - o altro

nelle diverse operazioni dovranno essere rispettate le seguenti disposizioni .....

La sepoltura può avvenire dopo \_\_\_\_\_ ore dall'ora della morte

Il presente certificato è rilasciato in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**Il Medico Necroscopo**

(timbro e firma del medico)





**CERTIFICATO MEDICO PER RICHIESTA  
AUTORIZZAZIONE TRASPORTO E SEPPELLIMENTO FETI  
Art.7 del D.P.R. 285/90**

*PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale*

**MOD05 PGA05/15**

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

**UO OSTETRICIA**

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

**SI CERTIFICA CHE**

Il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ la Sig.ra \_\_\_\_\_

nata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

ha espulso un prodotto abortivo/feto privo di vita dell'epoca gestazionale

di \_\_\_\_\_ settimane di gravidanza, di sesso \_\_\_\_\_ del peso di \_\_\_\_\_

e di cm. \_\_\_\_\_

**Si rilascia il presente modulo per richiedere l'autorizzazione al trasporto e seppellimento del prodotto abortivo/feto in base quanto previsto dall'Art.7 del D.P.R. 285/90.**

In fede

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il Dirigente Medico**  
UO Ostetricia

.....  
(timbro e firma del medico)



**RICHIESTA PERMESSO TRASPORTO/SEPPELLIMENTO**  
**Art.7 del D.P.R. 285/90**

*PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale*

**MOD06 PGA05/15**

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

**AL DIRETTORE SANITARIO**

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

**Il sottoscritto** \_\_\_\_\_

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

e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_


**chiede che gli venga rilasciato il permesso per il trasporto e il seppellimento del  
prodotto abortivo/feto espulso come previsto dall' Art.7 del D.P.R.285/90.**

**in data** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ **dalla Sig.ra** \_\_\_\_\_

**Distinti saluti**

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
( firma leggibile dell'interessato)

PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale 	<b>AUTORIZZAZIONE AI TRASPORTO E SEPPELLIMENTO</b> <b>Art.7 del D.P.R.285/90</b>		
	PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale		
	<b>MOD07 PGA05/15</b>	Rev.n.: 00	

**FETI DI PRESUNTA ETA' DI GESTAZIONE DALLE 20 ALLE 28 SETTIMANE NON DICHIARATI NATI MORTI**

**PRODOTTI ABORTIVI DI < 20 SETTIMANE** (solo su specifica richiesta dei genitori)

Preso visione del certificato medico, rilasciato in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 dal Dott. \_\_\_\_\_ Dirigente Medico dell'UO Ostetricia  
 ospedale di \_\_\_\_\_ in cui viene attestata l'espulsione (o  
 l'estrazione) , in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_ di un prodotto abortivo/feto  
 privo di vita alla \_\_\_\_ settimana di gravidanza di \_\_\_\_ gr. e di \_\_\_\_ cm,  
 della Sig.ra \_\_\_\_\_ nata il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 a \_\_\_\_\_  
 e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

**SI AUTORIZZA,**

**come previsto dall' Art.7 del D.P.R. 285/90 il trasporto e il seppellimento del  
 prodotto abortivo/feto presso il cimitero di \_\_\_\_\_**

**Il Dirigente Medico di Presidio**

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



## RINUNCIA OPERE DI TUMULAZIONE

PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale

MOD08 PGA05/15

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

### AL DIRIGENTE MEDICO

Ospedale di .....

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (diretto interessato) o

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_

per conto di \_\_\_\_\_

autorizza/no l' Amministrazione dell'Ospedale \_\_\_\_\_

a provvedere, secondo le norme vigenti in materia, rinunciando fin da ora a ogni futura richiesta relativa, - in nome e per conto del/i sottoscritto/i,

alle operazioni di tumulazione dell'arto amputato al

Sig./a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

.....

.....

( firme leggibili richiedente/i)



## PERMESSO DI TRASPORTO E SEPPELLIMENTO

(Ai sensi del DPR n. 285 del 10 settembre 1990 e del DPR n. 254 del 15 luglio 2003)

*PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale*

**MOD09 PGA05/15**

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

\_\_\_I\_\_\_ sottoscritt.. \_\_\_\_\_  
(Dirigente Medico di Presidio Ospedaliero o suo delegato)

### AUTORIZZA

Il trasporto ed il seppellimento del pezzo anatomico \_\_\_\_\_

di \_\_\_\_\_

nat.. il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

ricoverato/a presso l'ospedale di \_\_\_\_\_

Il suddetto può essere tumulato nel cimitero di \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Il Dirigente Medico di Presidio**

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



## ATTESTATO DI AMPUTAZIONE

*PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale*

**MOD10 PGA05/15**

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

### ATTESTA CHE

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ si è proceduto alla amputazione chirurgica di  
\_\_\_\_\_ a livello del \_\_\_\_\_

del/della Sig./ra \_\_\_\_\_,

nat. il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

In fede

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Il Dirigente Medico**

\_\_\_\_\_  
(timbro e firma del medico)



## AUTORIZZAZIONE ALLA CREMAZIONE ED ALLA IMBALSAMAZIONE

(c. 4 art. 79 D.P.R. 285/90 e c. 2 art.46 D.P.R. 285/90)

*PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale*

**MOD11 PGA05/15**

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

Io sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

In base a quanto riportato nella scheda ISTAT relativa al cadavere di :

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

residente \_\_\_\_\_

e deceduto in \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

**Escludo il sospetto di morte dovuta a reato** (art. 79 comma 4 DPR 285/90).

**Dichiaro** che non risulta essere portatore di PACE MARKER.

In fede

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Il Medico Necroscopo**

-----  
(timbro e firma del medico)





## INFORMATIVA PER I FAMILIARI

*PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale*

**MOD12 PGA05/15**

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

Gentile Signora, Gentile Signore,

nel porgerLe le più sentite condoglianze per il lutto che l'ha colpita, pensiamo possa esserLe utile ricevere alcune informazioni per affrontare questa dolorosa circostanza.

La scelta dell'impresa di onoranze funebri è di Sua esclusiva competenza;

L'elenco delle imprese può essere consultato richiedendo al personale in servizio presso le Unità Operative di degenza l'elenco telefonico;

E' importante precisare che:

- è fatto divieto assoluto a tutto il personale dipendente di suggerire nominativi ed indirizzi di imprese funebri e di procurare servizi alle stesse;
- la composizione della salma ai fini igienico sanitari è compito del personale dell'ASL;
- la vestizione è compito della famiglia del defunto o, su delega della stessa, dell'onoranza funebre.

La preghiamo di segnalare immediatamente alla Direzione Medica qualunque inosservanza o comportamento difforme da parte dei dipendenti dell'ASL o delle imprese di onoranze funebri.

Nel rinnovare le nostre sentite condoglianze, porgiamo distinti saluti.

La Direzione Medica Ospedaliera

---



## RICHIESTA SERVIZIO FUNEBRE

*PGA05/15 Gestione medicina necroscopica per pazienti deceduti in ospedale*

**MOD13 PGA05/15**

Rev.n.: 00

Pag.1 di 1

**Il/la sottoscritt..** \_\_\_\_\_

Nat.. il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Grado di parentela \_\_\_\_\_

del defunto \_\_\_\_\_

Dichiaro sotto la mia responsabilità in qualità di parente e/o erede del defunto di richiedere

il servizio funebre alla ditta \_\_\_\_\_

Si rammenta che tale dichiarazione ha valore liberatoria nei riguardi della amministrazione ed esprime una libera scelta.

La scelta dell'Impresa onoranze funebri è di esclusiva competenza dei famigliari.

Firma \_\_\_\_\_

Coordinatore UO (o Infermiere delegato) \_\_\_\_\_

---