

## Deliberazione N. 0001152 del 26/07/2024

Struttura Proponente: UOSD Gestione Documentazione Sanitaria

Centro di costo: S0DS22JD1S

Proposta: 0001298 del 24/07/2024

**Oggetto:**

ADOZIONE NUOVO REGOLAMENTO DI CAMERA MORTUARIA

**IL DIRETTORE GENERALE (\*)**  
**Angelo Aliquò**

L'Estensore: **Filippina Bernardini**

Data 24/07/2024

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Andrea Scotti**

Data 24/07/2024

Il Direttore della Struttura Proponente: **Andrea Scotti**

Data 24/07/2024

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 24/07/2024

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **Paola Longo**

Data 24/07/2024

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 25/07/2024

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: a499a89d09f31dd6d36b788e3d5848af6c2a286bd122ec59d911a0e7517016f7

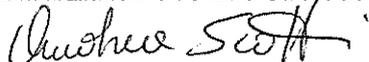
(\*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

**IL DIRETTORE U.O.S.D. Documentazione Sanitaria**

- VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il Decreto Legislativo del 30 marzo 2001 n. 165 e successive modificazioni ed integrazioni;
- il vigente Atto di Autonomia Aziendale di diritto privato, adottato con Deliberazione n. 1134 del 08/08/2019 e successivamente modificato con Deliberazione n. 1547 del 14/11/2019;
- PREMESSO** che con Deliberazione n. 1598 del 29.11.2017 era stato adottato il Nuovo Regolamento di Camera Mortuaria;
- CONSIDERATO** che l'Azienda Ospedaliera necessita di dotarsi di un documento organico aggiornato;
- RITENUTO** opportuno disporre l'ufficiale adozione di un nuovo Regolamento della Camera Mortuaria;
- PRESO ATTO** che tale Regolamento è stato predisposto dal Direttore Sanitario coordinato da un gruppo di lavoro aziendale multidisciplinare;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

**PROPONE**

- per i motivi esposti in narrativa di adottare il Nuovo Regolamento di Camera Mortuaria, che si allega al presente atto costituendone parte integrante e sostanziale
- di dare mandato al Direttore della U.O.C. Anatomia Patologica e al Direttore della U.O.S.D. Documentazione Sanitaria, per quanto riferito ad attività di specifica competenza, alla vigilanza della puntuale applicazione delle procedure disciplinate nel citato Nuovo Regolamento;
- di dare immediata esecutività al presente provvedimento.

**IL DIRETTORE U.O.S.D. Documentazione Sanitaria***(Dr. Andrea Scotti o suo sostituto)*

**IL DIRETTORE GENERALE**

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00106 del 27 giugno 2024;
- VISTA** la propria deliberazione n. 1048 del 1 luglio 2024;
- LETTA** la proposta di delibera, "ADOZIONE NUOVO REGOLAMENTO di CAMERA MORTUARIA" presentata dal Direttore della U.O.S.D. Documentazione Sanitaria
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

**DELIBERA**

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- per i motivi esposti in narrativa di adottare il Nuovo Regolamento di Camera Mortuaria, che si allega al presente atto costituendone parte integrante e sostanziale
- di dare mandato al Direttore della U.O.C. Anatomia Patologica e al Direttore della U.O.S.D. Documentazione Sanitaria, per quanto riferito ad attività di specifica competenza, alla vigilanza della puntuale applicazione delle procedure disciplinate nel citato Nuovo Regolamento;
- di dare immediata esecutività al presente provvedimento.

La struttura complessa proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

*Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale [www.scamilloforlanini.rm.it](http://www.scamilloforlanini.rm.it) per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.*

**IL DIRETTORE GENERALE**  
*(Dr. Angelo Aliquò o suo sostituto)*



Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 1 di 54

	Gruppo di Lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
<b>REDAZIONE</b>	<b>Staff di coordinamento:</b> Marco Mastrucci	UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	Infermiere	27/06/24	<i>Luigi Iru</i>
	<b>Coordinatore:</b> Andrea Scotti	UOSD Gestione Documentazione Sanitaria	Medico	27/6/24	<i>Andrea Scotti</i>
	<b>Componenti:</b> Marco Buccellato	UOC Anatomia e Istologia Patologica	Coordinatore	27/06/24	<i>Marco Buccellato</i>
	Claudia Corinaldesi	DIPRO	P.O. TSLB	28/6/24	<i>Claudia Corinaldesi</i>
	Roberta Delle Fratte	DIPRO	P.O. Governo Assistenziale	8/7/24	<i>Roberta Delle Fratte</i>
	Massimiliano Frezzi	SLOT	Coordinatore Infermieristico	2/7/24	<i>Massimiliano Frezzi</i>
	Maria Cristina Macciomei	UOC Anatomia e Istologia Patologica	Medico	02/07/24	<i>Maria Cristina Macciomei</i>
	Marta Giammaria	UOSD Medicina Legale Ospedaliera	Medico	01/07/24	<i>Marta Giammaria</i>
	Stefania Nichinonni	UOC Ostetricia e Ginecologia	Dirigente Prof. San. Ostetriche	02/07/24	<i>Stefania Nichinonni</i>
	Marina Macari	DIPRO	Dirigente Prof. Tecnico-Sanitarie	1/7/24	<i>Marina Macari</i>
	Evelina Silvestri	UOS Feto Placentare	Medico	2/7/24	<i>Evelina Silvestri</i>
	Elisabetta Campagna	UOC Ostetrica e Ginecologia	Coordinatrice ostetrica sala parto	1/7/24	<i>Elisabetta Campagna</i>
Antonio Silvestri	UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	Medico	1/7/24	<i>Antonio Silvestri</i>	

Ha contribuito alla redazione del documento:

Michele Innocenzio	Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva
--------------------	---

A tutti loro va un sincero e cordiale ringraziamento.



Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 2 di 54

<b>VERIFICA</b>	<b>Dott. Antonio Silvestri</b> Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)	21/02/24	
<b>APPROVAZIONE</b>	<b>Dott. Gerardo De Carolis</b> Direttore Sanitario Aziendale		
<b>VALIDAZIONE</b>	<b>Dott. Angelo Aliquò</b> Direttore Generale		

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
01	26/06/2024	Revisione Delibera 1598 del 29 Novembre 2017	a cura del RAQ

TRASMESSO IL: 26/06/2024	CODIFICATO IL: 27/06/2024	DISTRIBUITO IL:
--------------------------	---------------------------	-----------------

<b>Lista di distribuzione (I livello)</b>
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Direttori di Dipartimento
Direttori di Strutture Complesse
Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 3 di 54

## INDICE

<b>1.</b>	PREMESSA .....	5
<b>2.</b>	SCOPO .....	5
<b>3.</b>	CAMPO DI APPLICAZIONE .....	5
<b>4.</b>	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI .....	5
<b>5.</b>	DIAGRAMMA DI FLUSSO .....	6
<b>6.</b>	RESPONSABILITA' .....	7
<b>7.</b>	AZIONI .....	10
7.1	ATTIVITÀ IMMEDIATAMENTE SUCCESSIVE AL DECESSO DEL PAZIENTE .....	10
7.1.1	COMUNICAZIONE AI FAMILIARI .....	10
7.1.2	GESTIONE DEL PAZIENTE DECEDUTO IN REPARTO O PRESSO IL DEA .....	11
7.1.3	TRASFERIMENTO DEL DEFUNTO ALLA CAMERA MORTUARIA .....	11
7.1.4	ATTIVITÀ SUCCESSIVE AL TRASFERIMENTO. COMPITI DEL PERSONALE DELLA CAMERA MORTUARIA .....	12
7.1.5	LA MESSA A DISPOSIZIONE DELLA SALMA DELL' AUTORITÀ GIUDIZIARIA (SADAG) .....	13
7.1.6	LA RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO .....	14
7.1.7	L'AUTOPSIA GIUDIZIARIA .....	14
7.2	GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA DEL PAZIENTE DECEDUTO .....	15
7.3	REGISTRO DI CAMERA MORTUARIA-REPORTISTICA SETTIMANALE E MENSILE .....	15
7.4	ESEQUIE E AGENZIE DI ONORANZE FUNEBRI .....	16
7.5	GESTIONE FORME INFETTIVOLOGICHE PARTICOLARI (COVID-19, MALATTIE DA PRIONI) .....	16
7.6	ORARI E MODALITÀ DI ACCESSO AL PUBBLICO .....	17
7.7	SALME CUSTODITE IN CELLE FRIGORIFERE NON RICHIESTE DAI FAMILIARI .....	17

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 4 di 54

7.8	SEPOLTURA PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI .....	18
7.9	SEPOLTURA DEI PRODOTTI ABORTIVI .....	18
<b>8.</b>	SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI .....	18
<b>9.</b>	ARCHIVIAZIONE .....	18
<b>10.</b>	MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO .....	18
<b>11.</b>	REVISIONE E AGGIORNAMENTO .....	19
<b>12.</b>	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA .....	19
<b>13.</b>	ALLEGATI .....	19
Allegato 1	Ricerca parenti per reparto .....	20
Allegato 2	Ricerca parenti per PS .....	21
Allegato 3	Lettera di condoglianze .....	22
Allegato 4	Certificato di nulla osta alla cremazione .....	23
Allegato 5	Modulo di segnalazione SADAG compilabile .....	24
Allegato 6	Modulo di richiesta scansione prioritaria Archivio Clinico .....	25
Allegato 7	Modulo richiesta riscontro autoptico .....	26
Allegato 8	Richiesta autorizzazione assistenza autopsia giudiziaria .....	27
Allegato 9	Sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate .....	28
Allegato 10	Modulo liberatoria sepoltura in beneficenza .....	32
Allegato 11	Istruzioni operative per il conferimento delle parti anatomiche riconoscibili ..	33
Allegato 12	Istruzioni operative per il conferimento dei prodotti abortivi .....	42

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 5 di 54

## 1. PREMESSA

L'accesso alla camera mortuaria aziendale deve essere regolamentato da politiche interne finalizzate a garantire la sicurezza, la riservatezza delle informazioni e il corretto svolgimento delle attività.

## 2. SCOPO

Il presente Regolamento definisce le modalità secondo cui sono effettuate le attività relative alla gestione del paziente che decede all'interno dell' Azienda Ospedaliera "San Camillo Forlanini" consistenti in procedure clinico-diagnostiche ed organizzative post-mortem (constatazione della morte, gestione delle attività in camera mortuaria, riscontro diagnostico, autopsia giudiziaria ecc.) e le attività ordinarie sulla salma (composizione, trasporto e inumazione, certificazioni, denunce amministrative ecc...). Tutto il personale ospedaliero, facente parte dell'organizzazione ospedaliera e/o coinvolto nell'assistenza al defunto ed alla famiglia, deve adoperarsi perché questo momento sia affrontato nel modo più accettabile possibile, contribuisca a migliorare la gestione di chi si affida alle cure della nostra Azienda fino al momento ultimo della morte. Le procedure di Polizia Mortuaria interne all'Azienda hanno inizio con il decesso del paziente ed hanno termine con l'uscita del defunto dall'ospedale.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

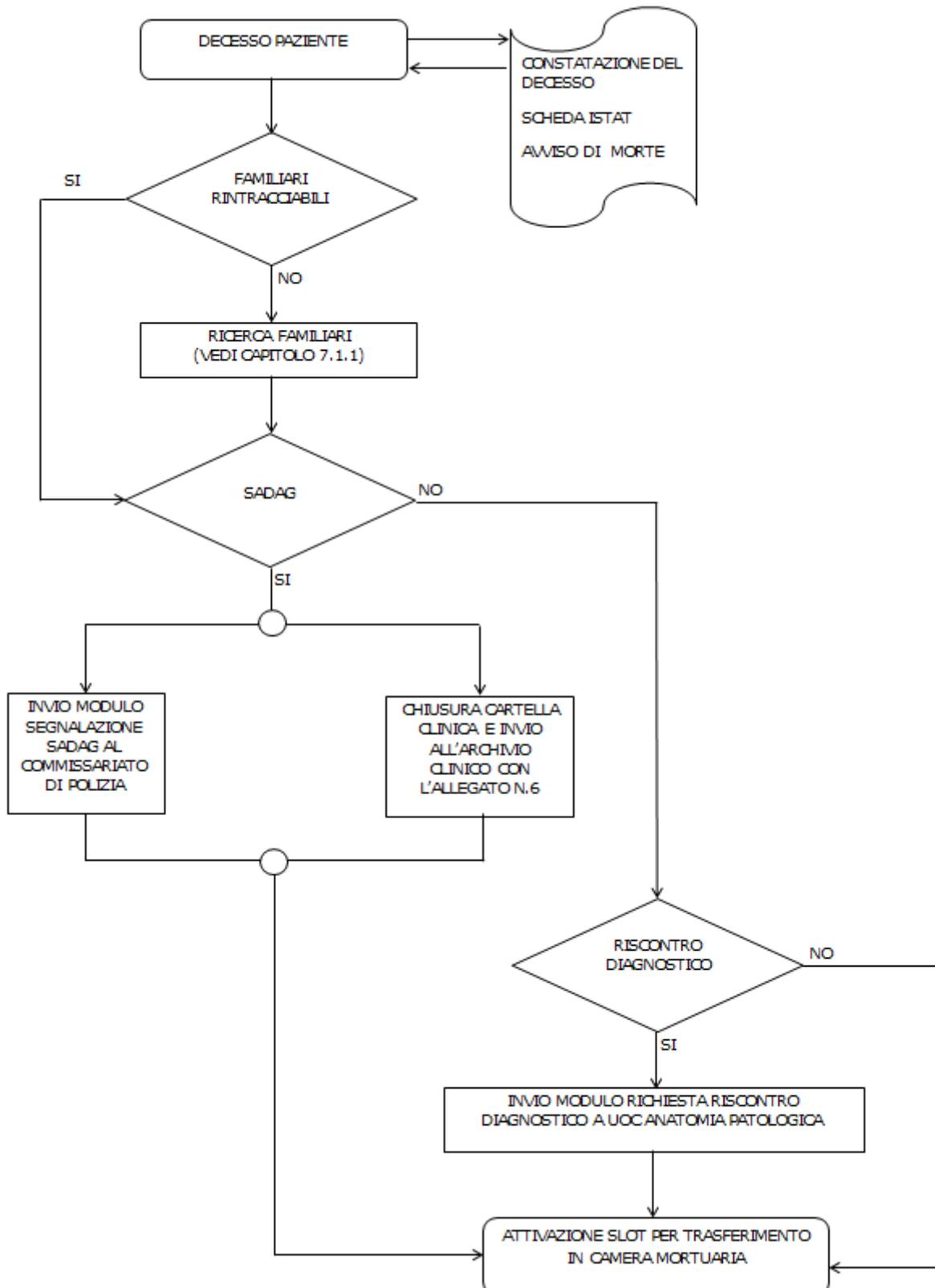
<b>A CHI</b>	Tutto il personale ospedaliero, facente parte dell'organizzazione ospedaliera e/o coinvolto nell'assistenza al defunto ed alla famiglia
<b>DOVE</b>	tutte le strutture dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
<b>QUANDO</b>	Sia ai decessi dei pazienti ricoverati che ai soggetti "giunti cadavere" al Pronto Soccorso, nonché ai deceduti fuori dall'Azienda Ospedaliera (non degenti) trasportati in obitorio per disposizione dell'Autorità Giudiziaria o di altre Istituzioni

## 4. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

AMA	Azienda Municipale Ambiente
AOSCF	Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
A.S.L.	Azienda Sanitaria Locale
AG	Autorità Giudiziaria
AP	Anatomia Patologica
CM	Camera Mortuaria
DEA	Dipartimento Emergenza Accettazione
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
OSS	Operatore Socio Sanitario
SADAG	Salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria
SLOT	Servizio Trasporti Interno
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UU.OO.	Unità Operative

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 6 di 54

**5. DIAGRAMMA DI FLUSSO**



Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 7 di 54

## 6. RESPONSABILITA'

### Decesso paziente

ATTIVITA' / OPERATORE	Medici UU.OO	Responsabili UU.OO	Infermiere	Coordinatore U.O.	Operatori Camera Mortuaria	Coordinatore Anatomia patologica	P.O. SLOT	UOSD Documentazione sanitaria	Medico Anatomia Patologica
Accertamento della morte (tanatogramma)	R		C						
Annotazione in diario clinico (certificazione della morte)	R	I	I						
Compilazione Avviso di Morte e modulo ISTAT	R	I	I	I					
Informazione ai familiari, sottoscrizione modulistica	R	I	C	I					
Trasporto salma alla Camera Mortuaria	C	I	C	I			R		
Comunicazione Polizia di Stato per ricerca parenti	R	I	C		I			C	
Comunicazione SADAG	R	I	I	I	I			C	
Segnalazione salme custodite non richieste da familiari					R	C		C	
Compilazione di richiesta riscontro diagnostico	R	I	C	I					
Compilazione registro Camera Mortuaria					R	C			
Produzione e invio report settimanale Camera Mortuaria					R	C		I	

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

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 8 di 54

**Conferimento delle parti anatomiche riconoscibili**

<b>ATTIVITA'</b>	<b>Medici UU.OO</b>	<b>Medico Chirurgo</b>	<b>Operatori Camera Mortuaria</b>	<b>UOSD Documentazione Sanitaria</b>	<b>SLOT</b>
<b>OPERATORE</b>					
Consenso Informato	<b>R</b>				
Compilazione certificato di amputazione		<b>R</b>			
Trasporto parti anatomiche			<b>C</b>		<b>R</b>
Conservazione parti anatomiche presso la camera mortuaria			<b>R</b>	<b>I</b>	
Assenza di percolato			<b>R</b>		
Invio documentazione per autorizzazione al conferimento alla ASL			<b>I</b>	<b>R</b>	
Preparazione delle cassette per conferimento			<b>R</b>		
Archivio della documentazione				<b>R</b>	

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

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 9 di 54

**Conferimento dei prodotti abortivi**

<b>ATTIVITA'</b>  <b>OPERATORE</b>	Medici UU.OO	Ostetriche	Operatori Camera Mortuaria	Coordinatore Anatomia Patologica	SLOT	UOSD Documentazione Sanitaria
Compilazione certificato di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto del concepimento	<b>R</b>	C				
Separazione del prodotto abortivo/feto dalla placenta e conservazione nei rispettivi contenitori	<b>R</b>	C				
Informazione ai genitori, compilazione e verifica sottoscrizione modulistica	<b>R</b>	C				
Compilazione di richiesta riscontro autoptico	<b>R</b>	C				
Trasmissione prodotti abortivi e modulistica alla Camera Mortuaria	I	<b>R</b>	C	C	C	
Smaltimento/ conservazione in caso di riscontro autoptico	I	I	C	<b>R</b>		
Consegna documentazione alla UOSD Documentazione Sanitaria per il conferimento			<b>R</b>	C		C
Trasmissione documenti alla ASL per l'autorizzazione al conferimento			C	C		<b>R</b>
Archiviazione della documentazione			I	I		<b>R</b>

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

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 10 di 54

## 7. AZIONI

### 7.1 ATTIVITÀ IMMEDIATAMENTE SUCCESSIVE AL DECESSO DEL PAZIENTE

In caso di decesso di un paziente ricoverato presso una Unità Operativa o presso il Pronto Soccorso DEA dell'Azienda Ospedaliera, **il medico presente o "di guardia" è responsabile** della:

- **Certificazione della morte** da annotare sulla cartella clinica;
- **Accertamento della morte** che **deve** essere effettuato tramite il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per almeno 20 minuti (**tanatogramma**) registrato su supporto cartaceo e digitale<sup>1</sup>.
- **Scheda ISTAT** da compilare contestualmente con firma leggibile e proprio timbro da destinare all'Ufficiale di stato civile del comune;
- **Avviso di morte**, debitamente compilato e firmato.

Qualora il medico che certifica la morte non possa in coscienza produrre suddetta certificazione in quanto **non è in grado di constatare le cause di morte**, è indicata la richiesta di un **riscontro diagnostico** (cfr. paragrafo 7.1.6). Sarà il **personale medico della UOC Anatomia Patologica**, una volta effettuato il riscontro diagnostico, a compilare la scheda ISTAT, l'avviso di morte e la certificazione per il nulla osta alla cremazione. Rimane sempre responsabilità del medico di reparto certificante la morte, inserire l'annotazione in cartella clinica di decesso e provvedere all'esecuzione dell'accertamento tramite tanatogramma.

#### 7.1.1 COMUNICAZIONE AI FAMILIARI

Il medico del reparto di degenza, o in caso di sua assenza il medico di guardia che ha constatato il decesso, dovrà **contattare/rintracciare i familiari del defunto** nel più breve tempo possibile.

Nel caso di **decesso** presso un **reparto di degenza**, di norma devono essere disponibili prontamente e in modo chiaro i recapiti dei familiari o altre persone indicate dal paziente al momento del ricovero.

In caso di assenza di indicazioni o **non rintracciabilità** degli stessi, il medico del reparto deve informare la UOSD Gestione Documentazione Sanitaria<sup>2</sup> (in assenza di urgenza, allegato 1). In caso di situazione che richieda di rintracciare con urgenza i familiari, il medico del reparto deve contattare il medico di Direzione Sanitaria di guardia.

Nel caso di **decesso presso il DEA** e di **non rintracciabilità** dei congiunti del defunto, il medico del DEA deve informare la Polizia di Stato presente in Ospedale. Per conoscenza devono inviare comunicazione scritta via mail (facsimile di testo in allegato 2) alla UOSD Gestione Documentazione Sanitaria<sup>2</sup> e alla camera mortuaria.

Il personale infermieristico del reparto o DEA ove si è verificato il decesso consegnerà ai familiari una **lettera di condoglianze** da parte dell'Azienda/Struttura recanti le informazioni essenziali

<sup>1</sup> D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 Capo II. Periodo di osservazione dei cadaveri. 8.1.: "Nessun cadavere può essere chiuso in cassa, né sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi a conservazione in celle frigorifere, né essere inumato, tumulato, cremato, prima che siano trascorse 24 ore dal momento del decesso, salvo i casi di decapitazione o di maciullamento e salvo quelli nei quali il medico necroscopo avrà accertato la morte anche mediante l'ausilio di elettrocardiografo la cui registrazione deve avere una durata non inferiore a 20 minuti primi, fatte salve le disposizioni di cui alla legge 2 dicembre 1975, n. 644, e successive modificazioni

<sup>2</sup> SEGRETERIA U.O.S.D. Documentazione Sanitaria Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini Padiglione Piastra 2° piano\_stanza 205 tel. 065870 3867/3353/3395 FAX 065870 4305 loom@scamilloforlanini.rm.it

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 11 di 54

relative al successivo iter in merito alle formalità più immediate da effettuarsi in ordine al decesso del familiare. La lettera di condoglianze è allegata al presente Regolamento (allegato 3). Tutto il personale interessato alla gestione del paziente deceduto (dalle UU.OO., al trasporto, alla sala settoria, alla camera mortuaria) è responsabile della identificazione, con verifica del nome, cognome e data di nascita prima di ogni operazione effettuata sul deceduto. L'accertamento di morte nei soggetti per i quali si attiva la commissione di accertamento di morte cerebrale viene effettuato secondo le modalità indicate nel Percorso Clinico Assistenziale per accertamento di morte e donazione di organi e tessuti (delibera 0744 del 14-5-2020).

### 7.1.2 GESTIONE DEL PAZIENTE DECEDUTO IN REPARTO O PRESSO IL DEA

Il medico di reparto o in caso di sua assenza il medico di guardia, o il Medico del DEA che ha preso in carico il paziente, effettuano la constatazione del decesso e ne annotano in cartella l'ora, la data, apponendovi il proprio timbro e la firma leggibile. Il medico controlla i dati anagrafici del defunto riportati in cartella. Il medico stabilisce se effettuare o meno il riscontro autoptico diagnostico (cfr. paragrafo 7.1.6).

Pertanto il medico che ha constatato il decesso adempie agli obblighi provvedendo alla compilazione completa della documentazione come descritto al paragrafo 7.1.

In caso di morte di persona cui siano stati somministrati **nuclidi radioattivi** la denuncia della causa di morte (nell'Avviso di Morte e certificato ISTAT) deve contenere le indicazioni previste dall'art. 100 del decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n.185<sup>3</sup>.

L'infermiere di turno con l'ausilio del personale in servizio compone la salma nel letto, con il massimo rispetto e decoro del defunto in attesa che venga trasferito presso la Camera Mortuaria.

**NON si devono MAI rimuovere i dispositivi di accesso** (aghi, aghi cannule, deflussori, cateteri ecc.) a tutela delle successive attività in caso di messa a disposizione dell'Autorità Giudiziaria e/o per l'esecuzione di riscontri autoptici diagnostici e/o per le esigenze eventuali del Medico Legale di acquisire il maggior numero possibile di informazioni; per la medesima ragione non deve essere effettuata la pratica del "tamponamento" degli orifizi. **Devono invece essere rimossi i dispositivi di raccolta dei fluidi corporei** (p.e. sacca urine chiudendo il catetere, sacca enterostomia da sostituire con sacca vuota, sondino nasogastrico, chiudendo il sondino, ecc.).

*NB. Eventuale **certificato di idoneità alla cremazione o a trasferimento all'estero della salma**, se richiesto, viene stilato successivamente dal medico necroscopo (anatomopatologo).*

### 7.1.3 TRASFERIMENTO DEL DEFUNTO ALLA CAMERA MORTUARIA

**Il personale del reparto ove si è verificato il decesso attiva la UOSD Servizio Logistico Trasporti (SLOT)** ai fini del trasferimento del defunto alla Camera Mortuaria.

Il personale deve compilare in ogni sua parte il cartellino identificativo specifico che accompagnerà la salma nel trasporto dal reparto di provenienza fino alla Camera Mortuaria.

La cartella clinica rimane nel reparto di provenienza del paziente deceduto. Il personale del reparto, dopo averne verificato la completezza, invierà direttamente all'Archivio Clinico la cartella clinica per opportuna archiviazione.

Il trasferimento della Salma dal reparto alla Camera Mortuaria è a carico del personale della UOSD SLOT che viene chiamato dal personale sanitario del reparto. Nel tempo che intercorre dal decesso del paziente all'arrivo della UOSD SLOT il defunto deve essere separato con idonee misure dagli altri

<sup>3</sup> D.P.R. 13 febbraio 1964, n. 185 (gazz. uff. n. 95 – 16 aprile 1964) sicurezza degli impianti e protezione sanitaria dei lavoratori e delle popolazioni contro i pericoli delle radiazioni ionizzanti derivanti dall'impiego pacifico dell'energia nucleare. art. 100. Certificati di morte. Nei certificati di morte di persone cui sono stati somministrati nuclidi radioattivi, deve essere fatta menzione dei nuclidi somministrati, della loro quantità e della data di somministrazione quali risultano dalla dichiarazione di cui all'art. 98.

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 12 di 54

degenti per garantire il raccoglimento e la privacy ai familiari ed ai dolenti intervenuti (in una stanza dedicata ove esistente o con paraventi nelle stanze a più letti).

L'infermiere raccoglie, in caso di assenza di parenti prossimi, gli effetti personali (indumenti ed oggetti) del deceduto in presenza degli operatori della vigilanza che li custodiranno con relativo verbale.

Il personale SLOT, nelle figure individuate e previste per competenza al trasporto della salma, parti anatomiche e feti (ausiliari, OTA, OSS), previa identificazione del defunto effettuata insieme al personale infermieristico di reparto attraverso i dati presenti nella cartella clinica, preleva entro 3 ore dal decesso la salma dall'U.O. ove è avvenuto il decesso stesso e la trasporta fino al mezzo di trasporto, adottando modalità di massimo rispetto e massima riservatezza.

Il trasporto avverrà verso la camera mortuaria aziendale.

A nessun titolo è consentito al personale dello SLOT avere contatti diretti o indiretti con le agenzie di onoranze funebri.

Ogni operazione effettuata sul cadavere dovrà essere preceduta dall'identificazione con verifica del nome, cognome e data di nascita presenti sulla documentazione clinica.

L'esposizione della salma presso la camera mortuaria avviene dopo il trasporto dall'U.O. di decesso se la salma non è messa a disposizione dell'AG o se non è richiesto il riscontro diagnostico.

Se la salma è messa a disposizione dell'AG (cfr. paragrafo 7.1.5) l'esposizione della salma avviene dopo autorizzazione dell'AG, a meno che non venga disposta l'autopsia giudiziaria presso un Istituto di Medicina Legale o in altra sede.

Se viene richiesto il riscontro autoptico diagnostico (cfr. paragrafo 7.1.6) l'esposizione della salma avviene dopo il riscontro diagnostico, previo trasferimento dalla sala settoria dell'Anatomia Patologica.

Il periodo di esposizione del defunto è limitato temporalmente alle 2 ore prima della chiusura della bara (e la successiva partenza).

#### **7.1.4 ATTIVITA' SUCCESSIVE AL TRASFERIMENTO. COMPITI DEL PERSONALE DELLA CAMERA MORTUARIA**

Il personale addetto alla Camera Mortuaria, ciascuno per la propria competenza, è responsabile:

- della movimentazione delle salme nelle celle frigorifere;
- di avvisare il personale dell'impresa funebre in caso di salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria;
- della tenuta di registro cartaceo dei decessi con pagine numerate e vidimato in ogni pagina dalla UOSD Gestione Documentazione Sanitaria recante le informazioni descritte in par. 7.3.

Il medico delegato dalla Direzione Sanitaria (ex art.4 DPR 285/90) con specifica disposizione di servizio è responsabile in tutti i casi di decesso ad effettuare le seguenti operazioni:

- verificare la presenza e completezza della modulistica richiesta in caso di decesso di paziente all'interno dell'Azienda Ospedaliera;
- certificare il nulla osta alla cremazione, in caso di assenza di segni di lesività e di paziente non portatore di pace-maker (allegato 4).
- controfirmare il certificato attestante l'avvenuta effettuazione del trattamento conservativo per i soli casi in cui vi sia specifica previsione di legge o specifica richiesta dei familiari;
- certificare la corretta chiusura del feretro per salme in partenza per l'estero ai sensi della normativa vigente.

Al fine di permettere l'espletamento delle suddette operazioni anche nei giorni festivi ovvero in assenza del personale medico delegato, sarà individuato specifico personale medico reperibile da parte della Direzione Sanitaria.

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 13 di 54

### 7.1.5 LA MESSA A DISPOSIZIONE DELLA SALMA DELL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA (SADAG)

Nel caso in cui si sospetti che il decesso sia avvenuto in conseguenza di ipotesi delittuose, il medico di reparto/di guardia è tenuto al referto, da trasmettere come **comunicazione formale e tracciabile al Posto Fisso di Polizia presente in Ospedale (adiacente i locali del DEA) e al Commissariato di zona**. La trasmissione del referto deve avvenire nell'immediatezza contestualmente alla certificazione di decesso o nel più breve tempo possibile. Il medico estensore deve quindi trasmettere la documentazione che comunica la salma a disposizione della Autorità Giudiziaria (SADAG).

Nel caso di SADAG, **il medico estensore deve quindi trasmettere comunicazione di SADAG contestualmente al referto per l'AG o in alternativa allegare il referto per l'AG già prodotto** prime del decesso in precedenza al momento dell'accesso del paziente presso il DEA o in ospedale in circostanza di ipotesi delittuose.

**La produzione del referto per l'AG da parte del medico estensore è obbligatoria e imprescindibile ai fine della corretta comunicazione di SADAG.**

La documentazione che comunica una SADAG deve contenere le medesime indicazioni da assicurare nella redazione di referto all'AG (diagnosi, prognosi, luogo dell'evento, le motivazioni che hanno condotto il personale sanitario a porre la salma a disposizione dell'AG e ogni altra notizia di rilievo utile a definire il fatto-reato). La documentazione deve presentare la firma da parte del medico estensore.

Le comunicazioni relative a referti all'AG e a SADAG **vanno trasmesse alla casella PEC** del XII Distretto di PS Monteverde (dipps172.4700@pecps.poliziadistato.it) e alla casella PEC del Posto di Polizia aziendale (dipps172.470p@pecps.poliziadistato.it). Il personale medico estensore deve altresì comunicare quanto adempiuto alla Direzione Sanitaria (UOSD Gestione Documentazione Sanitaria e medico di direzione sanitaria di guardia). La comunicazione deve essere trasmessa utilizzando il **modulo da compilare e inviare a mezzo mail agli indirizzi indicati** (allegato 5). Si specifica che, al fine di garantire la tempestività della comunicazione in caso di non disponibilità di una casella di posta certificata da parte del personale sanitario, è possibile inviare suddette comunicazioni tramite posta elettronica non certificata utilizzando però obbligatoriamente l'opzione di **conferma dell'avvenuta ricezione**.

*La sola menzione della disposizione "Salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria" (SADAG), sottoscritta dal medico, nella seconda pagina di copertina della cartella clinica non è sufficiente né adeguata ai fini della comunicazione stessa.*

Ogni ulteriore documentazione (cartella clinica, certificato ISTAT o altro) **non** deve essere recapitata, consegnata o trasmessa al posto di Polizia o al XII Distretto di P.S. di Monteverde.

Appena espletata la comunicazione di SADAG, la Cartella clinica dovrà essere **immediatamente completata, chiusa e codificata (SDO) e dovrà essere consegnata all'Archivio clinico**, accompagnata da segnalazione scritta di procedere alla **scansione prioritaria della cartella** stessa (allegato 6). Le operazioni di copia e archiviazione della cartella clinica di una SADAG assumono carattere prioritario per l'Archivio Clinico.

**La cartella clinica della SADAG NON deve accompagnare la salma nel trasporto presso la camera mortuaria.**

L'infermiere del reparto, in caso di SADAG, appone sul cartellino identificativo la dicitura SADAG. I capi di vestiario, oggetti o documenti in possesso di pazienti deceduti, anche in caso di SADAG, dovranno essere custoditi secondo le consuete procedure interne a meno che non sia stato disposto il sequestro da parte dell'Autorità Giudiziaria competente. In tale ultima ipotesi sarà cura delle Forze di Polizia eseguire il sequestro di beni, oggetti o vestiario. Al personale medico-sanitario è dunque solo richiesta una ordinaria diligenza professionale che permetta la corretta conservazione di beni, oggetti o vestiario al fine di poter consentire una esecuzione, anche tardiva, dell'attività di polizia giudiziaria.

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 14 di 54

Le SADAG non devono ricevere alcun trattamento a partire dal momento del decesso fino alla consegna alla Polizia Mortuaria al fine di non eseguire atti tali da poter contaminare le prove.

Su disposizione del Magistrato della Procura, l'AG potrà disporre il sequestro della cartella clinica in originale o acquisirne la copia conforme presso l'Archivio Clinico.

Il Magistrato abitualmente esamina la documentazione clinica del deceduto e decide di riconsegnare la salma per la sepoltura o disporre il trasferimento e l'autopsia presso un Istituto di Medicina Legale.

Le salme vengono custodite in Camera Mortuaria in attesa di essere trasferite all'Istituto di Medicina Legale, individuato dal Magistrato stesso.

La Polizia Mortuaria ritirerà la salma previa presentazione di una ordinanza scritta che rimarrà allegata al registro della Camera Mortuaria, sul quale sarà posta la data, l'orario e la firma del personale addetto al ritiro stesso e controfirmata dal personale addetto di Camera Mortuaria.

La salma a disposizione dell'AG può essere ritirata in orario di chiusura chiamando il personale reperibile della Camera Mortuaria.

### **7.1.6 LA RICHIESTA DI RISCONTRO DIAGNOSTICO**

Il riscontro diagnostico viene richiesto dai medici curanti secondo quanto previsto dalla Legge 15 febbraio 1961, n° 83 e a nomina del DPR n° 285 del 10.09.90 "Regolamento di Polizia Mortuaria" e trasmesso all'unità operativa di Anatomia Patologica che dovrà provvedere al riscontro.

La decisione di procedere al riscontro diagnostico viene esplicitata in cartella clinica e comunicata alla UOC Anatomia Patologica. Il medico richiedente il riscontro diagnostico provvederà ad allegare alla cartella clinica la richiesta di riscontro diagnostico tramite modulo specifico (allegato 7).

La richiesta, ai fini amministrativi, **va indicata anche nel modulo ISTAT.**

Il personale addetto (OSS o Tecnici AP) provvederà al trasporto della salma presso la Sala Settoria di Anatomia Patologica. Il riscontro diagnostico può essere richiesto anche in ordine alla L.24/17 art 4, c.4, in base all'art 37 del Regolamento di Polizia Mortuaria di cui al DPR n.285, 2 bis che recita "i familiari ed altri aventi titolo del deceduto possono richiedere e concordare con il Direttore Sanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico sia nel caso di decesso ospedaliero ... omissis ... e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia". In ogni caso, Direzione Sanitaria e UOC Anatomia Patologica avranno cura di interessare la UOSD Medicina Legale per l'opportuna partecipazione al riscontro in questione. In caso di richiesta di riscontro diagnostico, la Cartella Clinica rimane custodita presso il reparto di degenza in cui si è verificato il decesso. La cartella clinica dopo la chiusura, verifica di completezza, e codifica SDO e sarà consegnata all'archivio clinico secondo la procedura abituale. È fortemente raccomandata, nella misura del possibile, la presenza al riscontro del medico che ha richiesto il riscontro (o almeno la rintracciabilità per chiarimenti e informazioni cliniche) o di altro medico del reparto.

### **7.1.7 L'AUTOPSIA GIUDIZIARIA**

Il sequestro della salma è foriero della disposizione dell'autopsia giudiziaria. In tale contesto non è previsto che l'AO vi possa partecipare, giacché esclusa ai sensi dell'art. 360 c.p.p.

In ogni caso, la Direzione Sanitaria, una volta avuto contezza del sequestro della salma, può richiedere al Sostituto Procuratore della Repubblica, direttamente o a mezzo della sezione di Polizia Giudiziaria, l'autorizzazione per Dirigente Medico Legale/Specialista di assistere all'autopsia giudiziaria fuori dai vincoli istruttori di cui al citato articolo 360 c.p.p., utilizzando la modulistica ivi allegata (allegato 8 ) debitamente compilata, previa l'individuazione degli Specialisti da autorizzare.

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 15 di 54

## 7.2 GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA DEL PAZIENTE DECEDUTO

La cartella clinica del paziente deceduto rimarrà sempre presso il reparto presso il quale è avvenuto il decesso e sarà consegnata, secondo la procedura abituale, all'archivio clinico, dopo la chiusura, verifica di completezza, e codifica SDO.

Questa indicazione riguarda tutti i pazienti deceduti, compresi i pazienti la cui salma è stata posta a disposizione dell'AG e per le salme per le quali è stato richiesto il riscontro diagnostico.

Per le cartelle delle Salme a disposizione dell'AG, la cartella deve essere chiusa e completata immediatamente e inviata all'Archivio Clinico. Deve essere allegata alla cartella la disposizione scritta (allegato 6) all'attenzione dell'Archivio Clinico di dare priorità alla scansione immediata della cartella clinica, per produrre in urgenza la copia conforme digitale da mettere eventualmente a disposizione dell'AG.

La cartella clinica potrà essere oggetto di sequestro presso il reparto o l'Archivio Clinico, seguendo la procedura prevista. In particolare, al momento della consegna al personale identificato come Polizia Giudiziaria, munito di esplicito mandato da parte dell'Autorità Giudiziaria, sarà firmato il verbale di sequestro della Cartella Clinica, di cui deve essere conservata e archiviata copia originale e inviata comunicazione in copia alla UOSD Gestione Documentazione Sanitaria<sup>4</sup> al fine di registrare l'avvenuta consegna della Cartella Clinica alla Procura.

**ATTENZIONE:** in caso di sequestro della Cartella Clinica in originale presso il reparto, è necessario effettuare, a cura del personale dell'Unità Operativa ove avviene il sequestro, una copia conforme della cartella clinica originale da trasmettere alla Direzione Sanitaria per la successiva archiviazione, unitamente al verbale di sequestro della cartella originale.

Nel caso di sequestro presso l'Archivio Clinico sarà cura del personale addetto accertarsi che sia già avvenuta la produzione di una copia conforme della cartella soggetta a sequestro. In caso contrario, è necessario produrre una copia conforme da parte del centro deputato alla scansione delle cartelle prima della consegna della cartella originale in sequestro.

## 7.3 REGISTRO DI CAMERA MORTUARIA – REPORTISTICA SETTIMANALE E MENSILE

Per tutte le salme accolte presso le Camere Mortuarie è prevista la compilazione di uno specifico registro a cura degli operatori della Camera Mortuaria, contenente le seguenti informazioni:

- 1) generalità del deceduto;
- 2) giorno ed ora del decesso;
- 3) giorno ed ora di accettazione del deceduto presso la camera mortuaria;
- 4) nome operatore accettante;
- 5) U.O. di provenienza del defunto;
- 6) esecuzione o meno di riscontro autoptico con nome del medico del settore;
- 7) ditta di onoranze funebri che effettua le esequie;
- 8) giorno ed ora delle esequie.

La UOSD Documentazione Gestione Sanitaria effettua valutazioni periodiche sulle informazioni riportate nei registri ai fini della corretta compilazione degli stessi, della vigilanza e della garanzia del rispetto dell'applicazione del presente Regolamento. Il registro è conservato in apposito spazio presso la Camera Mortuaria. La corretta tenuta e conservazione del registro in ottemperanza al GDPR 2016/679 è in carico agli operatori della Camera Mortuaria che sono i soggetti autorizzati ad accedervi insieme ai dirigenti medici della UOC Anatomia Patologica e della Direzione Sanitaria. L'elenco delle persone autorizzate alla consultazione, conservazione e compilazione del registro è a

<sup>4</sup> SEGRETERIA U.O.S.D. Documentazione Sanitaria Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

Padiglione Piastra 2°piano\_stanza 205 tel. 065870 3867/3353/3395 FAX 065870 4305 loom@scamilloforlanini.rm.it

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 16 di 54

disposizione presso la Camera Mortuaria. Il tempo di conservazione dei dati all'interno del registro è illimitato. Gli operatori della Camera Mortuaria sono tenuti a produrre una reportistica settimanale e mensile riguardo alle attività effettuate in termini di esequie delle salme, conferimento parti anatomiche visibili e conferimento prodotti abortivi. Tale reportistica è destinata alla UOSD Gestione Documentazione Sanitaria.

#### **7.4 ESEQUIE E AGENZIE DI ONORANZE FUNEBRI**

Il personale dell'impresa funebre, su mandato della famiglia, effettua il servizio di onoranze funebri. **La vestizione del defunto è in carico al personale dell'agenzia di pompe funebri.** A nessun titolo è consentito al personale della camera mortuaria, avere contatti diretti o indiretti con le agenzie di onoranze funebri. Si fa espresso divieto al personale della Camera Mortuaria di segnalare/suggerire a vario titolo alle famiglie le imprese di Onoranze Funebri.

I familiari hanno diritto ad accedere liberamente alle prestazioni di qualsiasi impresa funebre ritengano opportuno sia cittadina sia regionale che extraregionale.

Ad ogni buon fine presso la camera mortuaria devono essere affisse le seguenti cartellonistiche a scopo informative in posizione BEN VISIBILE recante i seguenti contenuti:

- o *"I familiari hanno diritto di accedere liberamente alle prestazioni di qualsiasi impresa di onoranze funebri sia cittadina che regionale che extraregionale (deliberazione az. osp.ra scf n. 516 del 4.05.2012)";*
- o *"I rappresentanti delle imprese di onoranze funebri non sono autorizzati a sostare nei locali della camera mortuaria o nel piazzale antistante se non per il tempo strettamente necessario all'esecuzione delle esequie (deliberazione az. osp.ra scf n° 516 del 4.05.2012)".*

Gli atti relativi al posizionamento della cartellonistica di cui ai precedenti capoversi sono in capo alla UOSD Gestione Documentazione Sanitaria. La vigilanza sulla permanenza costante della cartellonistica di cui sopra è in capo ai tecnici di camera mortuaria e all'Istituto di Vigilanza.

L'Istituto di Vigilanza allo scopo di tutelare la riservatezza dei dolenti e l'osservanza al regolamento effettua intervento periodico orario presso i locali della Camera Mortuaria ed aree limitrofe. Di tale passaggio costante deve essere presente tracciabilità dal Direttore Esecutivo del Contratto di Vigilanza. In occasione di eventuali eventi che ne richiedano l'opportunità e/o reiterati e di particolare gravità o qualsivoglia situazione di rischio per la sicurezza dell'Azienda/degli operatori/dei familiari e per la tutela delle salme, dovranno essere attivate le forze dell'ordine sia da parte degli operatori della Camera Mortuaria che da parte dell'Istituto di Vigilanza.

#### **7.5 GESTIONE FORME INFETTIVOLOGICHE PARTICOLARI (COVID-19, MALATTIE DA PRIONI)**

Per i pazienti deceduti con diagnosi di Infezione COVID-19, nelle more di ulteriori prescrizioni, sono valide le indicazioni della UOC Direzione Sanitaria contenute nella Comunicazione del Documento N 44611/2020 del 30/03/2020.

I pazienti deceduti per malattia da Prioni (nota come Malattia di Creutzfeldt Jakob o malattia della mucca pazza) non devono essere avviati alla Camera Mortuaria Aziendale, ma alla Camera Mortuaria dell'IRCCS Lazzaro Spallanzani ove sono disponibili le misure di prevenzione dal rischio biologico specifico per tale patologia (sala settoria BL3).

Si fa divieto di traslare la salma del deceduto alla sala settoria dell'Azienda Ospedaliera.

Le modalità di preparazione e trasporto del deceduto per malattia di Creutzfeldt Jakob sono dettate dall'IRCCS L. Spallanzani stesso e illustrate nell'allegato 9 al presente Regolamento (con le due specifiche dichiarazioni di consenso).

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 17 di 54

## 7.6 ORARI E MODALITÀ DI ACCESSO AL PUBBLICO

La camera mortuaria resterà aperta nei seguenti orari:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 07:00 alle ore 15:30
- il sabato, la domenica e i giorni festivi, dalle ore 7:00 alle ore 13:00

L'esposizione dei deceduti avviene indicativamente due ore prima della chiusura della bara e della partenza della salma per le esequie

Nel pomeriggio, dopo le ore 15:30 il personale della camera mortuaria è rintracciabile attraverso il centralino dai sanitari dei reparti, per eventuali motivate richieste (p.e. SADAG).

## 7.7 SALME CUSTODITE IN CELLE FRIGORIFERE NON RICHIESTE DAI FAMILIARI.

Si premette che ai sensi dell'art. 11 del regolamento di Polizia Cimiteriale, adottato dal Comune di Roma con deliberazione n. 3516 del 30.10.1979 "Nella camera mortuaria sono depositate le salme che per qualsiasi motivo non possono essere: immediatamente seppellite. Il deposito in Camera Mortuaria, salvo casi eccezionali, non può superare cinque giorni; decorso tale periodo, la salma sarà inumata d'ufficio nel Campo comune nei modi e nelle forme previste dalle vigenti norme in materia". Il fenomeno dell'abbandono delle salme risulta abbastanza diffuso e negli anni in costante crescita in ambito nazionale, soprattutto nei grandi centri urbani. Si parla di salme "non reclamate", o "senza interesse".

In tali casi è necessario darne notizia all'Autorità di pubblica sicurezza al fine di ricercare eventuali parenti del defunto, onde evitare il c.d. funerale d'ufficio relativamente a salme che invece possono essere reclamate, e così scongiurare l'insorgere di possibili contenziosi.

La richiesta deve essere inoltrata all'Autorità di Pubblica Sicurezza di zona<sup>5</sup> dalla UOSD Gestione Documentazione Sanitaria, previa **segnalazione** telefonica, annotazione in cartella clinica e con mail alla UOSD Gestione Documentazione Sanitaria:

- dal **personale sanitario** del reparto di degenza in servizio presso il quale è avvenuto il decesso in caso di mancato rintracciamento dei familiari (cfr. paragrafo 7.1.1);
- dal **personale della Camera Mortuaria** che riscontri l'assenza di familiari entro 48 ore dal trasporto della salma presso la camera mortuaria.

Ai Sensi dell'art. 77 D.P.R. n. 396 del 3.11.2000, l'intervento del magistrato o dell'ufficiale di polizia giudiziaria è altresì necessario quando risultano segni o indizi di morte violenta o vi è ragione di sospettarla per altre circostanze. Nei casi in cui una persona defunta e/o i suoi familiari siano in situazione di indigenza o di bisogno o privi di rete parentale è avviata da AMA Cimiteri Capitolini, su segnalazione degli Enti preposti, una **sepolitura per beneficenza** assicurando un servizio dignitoso. È richiesta la sottoscrizione di apposita dichiarazione da parte dei familiari aventi titolo (allegato 10). Si sottolinea che "Non si può far luogo ad inumazione o tumulazione di un cadavere senza la preventiva autorizzazione dell'ufficiale di stato civile, da rilasciare in carta semplice e senza spesa" (art. 74, co. 1<sup>^</sup> D.P.R. n. 396 del 3.11.2000), come richiamato dal regolamento di Polizia Cimiteriale (all'art. 12) "L'autorizzazione al seppellimento di salme, parti anatomiche ed ossa umane, è rilasciata dall'Ufficiale di Stato Civile ai sensi del 'art. 141 dell'ordinamento dello Stato civile", quindi del vigente art 74, co. 1<sup>^</sup>".

L'Autorità competente al rilascio dell'autorizzazione in questione è sempre l'Ufficiale di Stato civile, e quindi il Sindaco o suo delegato.

<sup>5</sup> Commissariato di Polizia Monteverde. XII° Distretto Monteverde. Via Felice Cavallotti n.72 CAP 00152 (ROMA - RM)  
Telefono: 065839131 Email: dipps172.4700@pecps.poliziadistato.it

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 18 di 54

### 7.8 SEPOLTURA PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI

Al fine della corretta presa in carico per conferimento di parti anatomiche riconoscibili, il personale interessato si deve attenere alla procedura dettagliata analiticamente nel documento allegato 11 "Istruzioni operative per il conferimento di parti anatomiche riconoscibili".

### 7.9 SEPOLTURA DEI PRODOTTI ABORTIVI

Al fine della corretta presa in carico per il conferimento del prodotto abortivo/feto, il personale interessato si deve attenere alla procedura dettagliata analiticamente nel documento allegato 12 "Istruzioni operative per il conferimento dei prodotti abortivi".

### 8. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il documento, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionali e regionali senza scostamenti od eccezioni.

### 9. ARCHIVIAZIONE

- Il documento deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria e presso la UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure – Risk Management;
- In formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità e Sicurezza delle Cure - Risk Management;
- Presso tutte le UU.OO. / strutture coinvolte nel documento

### 10. MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Disponibilità della documentazione (modulistica) nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	100%	Direttori UU.OO. coinvolte
Numero di salme pervenute in camera mortuaria senza cartellino identificativo e/o con dati scorretti o incompleti/totale salme	0%	Coordinatori UU.OO. coinvolte
Numero di segnalazioni di non corretta compilazione/non conformità delle carte di morte da parte dell'Ufficio di Stato Civile, notificate alla Direzione Medica/anno	<10%	UOSD Documentazione Sanitaria
Giacenza media salme in camera mortuaria; N. salme in media presenti da più di 30 gg	≤ 3	UOSD Documentazione Sanitaria
Giacenza media arti in camera mortuaria; N. arti in media presenti da più di 30 gg	≤ 10	UOSD Documentazione Sanitaria

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 19 di 54

### **11. REVISIONE E AGGIORNAMENTO**

Il presente documento sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

### **12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA**

- D.P.R. 285/90
- Legge 29 dicembre 1993 n.578
- Circolare del Ministero della Sanità n.24 del 24 giugno 1993
- Decreto del Ministro della Salute 11 aprile 2008, aggiornamento del decreto 22 agosto 1994 n. 582

### **13. ALLEGATI**

Allegato 1	Ricerca parenti per reparto
Allegato 2	Ricerca parenti per PS
Allegato 3	Lettera di condoglianze
Allegato 4	Certificato di nulla osta alla cremazione
Allegato 5	Modulo di segnalazione SADAG compilabile
Allegato 6	Modulo di richiesta scansione prioritaria Archivio Clinico
Allegato 7	Modulo richiesta riscontro autoptico
Allegato 8	Richiesta autorizzazione assistenza autopsia giudiziaria
Allegato 9	Sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate
Allegato 10	Modulo liberatoria sepoltura in beneficenza
Allegato 11	Istruzioni operative per il conferimento delle parti anatomiche riconoscibili
Allegato 12	Istruzioni conferimento prodotti abortivi

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 20 di 54

### **Allegato 1 Ricerca parenti per reparto**

## AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO – FORLANINI

UO \_\_\_\_\_

065870-\_\_\_\_\_ fax 065870-\_\_\_\_\_

A c.a. SEGRETERIA U.O.S.D. Documentazione Sanitaria  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini  
Padiglione Piastra 2° piano stanza 205  
tel. 065870 3867/3353/3395  
FAX 065870 4305  
[loom@scamilloforlanini.rm.it](mailto:loom@scamilloforlanini.rm.it)

**OGGETTO:** ricerca parenti di \_\_\_\_\_  
Nata/o a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_  
Deceduta/o il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_  
presso UO \_\_\_\_\_

Si chiede di avviare la ricerca i familiari di

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

generalizzata/o in oggetto, poiché

- non è stato possibile reperire telefonicamente i familiari designati dal paziente
- non sono disponibili recapiti di familiari nella documentazione del paziente

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

Firma leggibile e timbro

Recapito telefonico per ogni necessaria comunicazione \_\_\_\_\_

Sede Legale: Via Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma C.F. e P.I. 04733051009

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 21 di 54

## Allegato 2 Ricerca parenti per PS

### AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO – FORLANINI Dipartimento Emergenza Accettazione

Spett.le Commissariato di P.S. Sez. " **Monteverde**"  
Via Felice Cavallotti, n.72 - 00152 Roma  
[dipps172.4700@pecps.poliziadistato.it](mailto:dipps172.4700@pecps.poliziadistato.it)

e p.c. UOC Anatomia e Istologia Patologia  
Camera Mortuaria  
[cameramortuaria@scamilloforlanini.rm.it](mailto:cameramortuaria@scamilloforlanini.rm.it)

SEGRETERIA U.O.S.D. Documentazione Sanitaria  
Padiglione Piastra 2°piano stanza 205  
tel. 065870 3867/3353/3395 FAX 065870 4305  
[loom@scamilloforlanini.rm.it](mailto:loom@scamilloforlanini.rm.it)

**OGGETTO:** ricerca parenti di \_\_\_\_\_  
Nata/o a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_  
Deceduta/o il giorno \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

Si chiede a questo Spettabile Commissariato di rintracciare i familiari di  
**Nome** \_\_\_\_\_ **Cognome** \_\_\_\_\_  
generalizzata/o in oggetto, poiché ad oggi nessuno si è presentato per dare disposizioni  
per procedere al seppellimento (con l'assunzione dell'onere delle relative spese).

Qualora siano stati rintracciati i familiari, si richiede inoltre

1. di voler comunicare loro l'avvenuto decesso
2. di dare formale disposizione ai familiari stessi di prendere contatto con la Camera Mortuaria della Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (0658704287) per procedere alle esequie del defunto

Nel caso non vengano rintracciati i familiari, si richiede di darne formale riscontro alla presente.

Si resta in attesa di un Vostro sollecito riscontro all'indirizzo pec:  
[protocollo\\_ao\\_scf@pec.it](mailto:protocollo_ao_scf@pec.it)

Si ringrazia per la collaborazione e si inviano distinti saluti.

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

Firma leggibile e timbro \_\_\_\_\_

Recapito telefonico per ogni necessaria comunicazione \_\_\_\_\_

Sede Legale: Via Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma C.F. e P.I. 04733051009

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/SODS22/24/01		Pag. 22 di 54

### **Allegato 3 - Lettera di condoglianze**

## Lettera di condoglianze

Gentile Familiare,

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini le porge le proprie sentite condoglianze. Con la volontà di ridurre i disagi al massimo in questo momento di lutto pensiamo possa essere utile per Lei ricevere alcune informazioni di carattere organizzativo. Tra le prime incombenze dovrà purtroppo affrontare quella delle esequie.

Le nostre procedure prevedono che la salma del suo congiunto venga trattenuta nel reparto in cui è avvenuto il decesso, per il tempo necessario a predisporre il trasferimento alla Camera Mortuaria che è situata presso l'omonimo Padiglione all'interno dell'Ospedale. L'accesso alla Camera Mortuaria dall'esterno può avvenire dagli ingressi pedonali di tutto l'Ospedale e da quello di via Portuense con automobile. Il trasferimento della Salma del suo congiunto verrà effettuato esclusivamente a cura di personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera. Nessuno del Personale interno è autorizzato ad indicare/suggerire eventuali Impresa di Onoranze Funebri per le successive esequie.

La scelta dell'impresa di onoranze funebri, ai sensi della vigente normative, è di sua libera ed esclusiva competenza. Nessuno nella Camera Mortuaria è ad alcun titolo autorizzato a suggerire o segnalare nominativi delle Ditta di Onoranze Funebri. La informiamo inoltre che alle imprese di Ordinanze Funebri è vietato contattare i familiari del defunto all'interno dell'Ospedale per proporre i propri servizi. Per ogni eventuale problematica o ulteriore necessita di chiarimenti, potrà sempre rivolgersi dell'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) negli orari di aperture degli sportelli e/o via mail [urp@scamilloforlanini.rm.it](mailto:urp@scamilloforlanini.rm.it).

Le operazioni di vestizione della salma del suo congiunto sono in carico alla impresa di onoranze funebri da lei individuata liberamente. Nel rispetto degli usi e consuetudini delle varie religioni, è possibile concordare con il personale addetto della Camera Mortuaria le modalità dei riti collegati alla sepoltura.

Per consentire la partecipazione dei parenti e conoscenti che vorranno condividere il suo lutto, la Camera Mortuaria dell'ospedale San Camillo (tel. 0658704287) è aperta al pubblico tutti i giorni con il seguente orario:

- dal lunedì al venerdì dalle ore 07:00 alle ore 15:00,
- il sabato, la domenica e i giorni festivi, dalle ore 7:00 alle ore 13:00

Nel rinnovarle le nostre più sentite condoglianze, Le porgiamo i nostri saluti.

Direzione Sanitaria

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 23 di 54

#### **Allegato 4 – Certificato di nulla osta alla cremazione**

**Dipartimento Oncologia e Medicine Specialistiche**  
**Area Oncologica**  
**U.O.C. Anatomia ed Istologia Patologica**  
**Codice C. costo SU0301L01P**  
**Direttore F.F. D.ssa Maria Cristina Macciomei**

### **Si certifica che:**

Il Sig.

nato a                      in data

è deceduto in questo Ospedale il giorno      alle ore

**Diagnosi**

La morte è dovuta a cause naturali, non delittuose, né infettive.

Si rilascia per gli usi consentiti dalla legge.

Roma, li

Il Direttore Sanitario

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 24 di 54

### Allegato 5 - Modulo di segnalazione SADAG compilabile

DIREZIONE SANITARIA

Roma, li \_\_\_\_\_

A c.a.

Commissariato di Polizia Monteverde.  
XII<sup>o</sup> Distretto Monteverde  
Ufficio Denunce  
Via Felice Cavallotti n.72  
00152 (ROMA - RM)  
Telefono: 065839131  
Email: [djpps172.4700@pecps.poliziadistato.it](mailto:djpps172.4700@pecps.poliziadistato.it)

Posto di Polizia San Camillo.  
Telefono: 0658703222  
Cellulare di servizio: 3357111786  
Email: [djpps172.470p@pecps.poliziadistato.it](mailto:djpps172.470p@pecps.poliziadistato.it)

U.O.S.D. DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini  
Padiglione Piastra 2<sup>o</sup>piano\_stanza 205  
tel. 065870 3867/3353/3395  
FAX 065870 4305  
[loom@scamilloforlanini.rm.it](mailto:loom@scamilloforlanini.rm.it)

Si comunica che **il paziente**

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

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

ricoverato il \_\_\_\_\_ presso questo Ospedale San Camillo **è deceduto** in data \_\_\_\_\_

presso il reparto/Unità operativa \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

(cartella RAD \_\_\_\_\_ )

con diagnosi di

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e la salma è stata messa a disposizione dell'autorità giudiziaria per il sospetto, di seguito indicato, che il decesso sia  
avvenuto in conseguenza di ipotesi delittuose (indicare circostanze e/o elementi riscontrati)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**dal sottoscritto** medico del reparto che ha certificato il decesso.

Si invia contestualmente in allegato referto per l'Autorità Giudiziaria.

Dr. \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Tel. 06 5870 \_\_\_\_\_

Sede Legale: Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma / C.F. e P.I. 04733051009

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini  
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 25 di 54

### Allegato 6 - Modulo di richiesta scansione prioritaria Archivio Clinico

Roma, li \_\_\_\_\_

A c.a.

Archivio Clinico Aziendale  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini  
Tel. 3462332243 - fax 06/55552324  
archivioclinico@scamilloforlanini.rm.it  
archivioclinico@scf.gov.it  
Sede unica Ospedale San Camillo - Padiglione Puddu II° piano  
(piano terra per chi accede da via Ramazzini)

E, p.c.

U.O.S.D. DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini  
Padiglione Piastra 2° piano \_stanza 205  
tel. 065870 3867/3353/3395  
FAX 065870 4305  
[loom@scamilloforlanini.rm.it](mailto:loom@scamilloforlanini.rm.it)

Si richiede che la **cartella clinica** con RAD \_\_\_\_\_ del paziente  
Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
ricoverato il \_\_\_\_\_ presso questo Ospedale San Camillo  
deceduto in data \_\_\_\_\_ presso il reparto/Unità operativa \_\_\_\_\_

sia avviata alla **scansione in via prioritaria**

in quanto la **salma** è stata messa a disposizione dell'autorità giudiziaria per il sospetto, di seguito  
indicato, che il decesso sia avvenuto in conseguenza di ipotesi delittuose (indicare circostanze e/o  
elementi riscontrati)

Firma leggibile e timbro. \_\_\_\_\_ Matricola \_\_\_\_\_

Tel. 06 5870 \_\_\_\_\_

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 26 di 54

### **Allegato 7 - Modulo richiesta riscontro autoptico**

### MODULO RICHIESTA DI ESAME AUTOPTICO RISCONTRO DIAGNOSTICO

Roma, \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

A.c.a.

U.O.C. Anatomia Patologica  
AO San Camillo Forlanini

Viene richiesto esame autoptico per riscontro diagnostico per il paziente:

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

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

ricoverato il \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ presso questo Ospedale San Camillo, deceduto in data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

presso il reparto/Unità operativa \_\_\_\_\_ alle ore \_\_ : \_\_

(cartella RAD \_\_\_\_\_)

Diagnosi o notizie cliniche

---

---

SI ALLEGA CARTELLA CLINICA

Quesiti clinici particolari

---

---

Si informa che:

È STATA     NON È STATA    inviata segnalazione all'Autorità Giudiziaria.

La richiesta viene inviata dal medico del reparto che ha certificato il decesso:

Dott. \_\_\_\_\_ UO \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_

(Firma e Timbro obbligatorio del medico richiedente)

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 27 di 54

### Allegato 8 – Richiesta autorizzazione assistenza autopsia giudiziaria

Prot. n. \_\_\_\_\_

Lì Roma, \_\_\_\_\_

Ill.mo Sost. Procuratore della Repubblica  
presso il Tribunale di \_\_\_\_\_

dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

pec: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

E, p.c. Alla Sez. P.G.  
\_\_\_\_\_

OGGETTO: Atti in sequestro; autopsia giudiziaria sulla salma di \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
proc. penale n. \_\_\_\_\_

In considerazione dell'accoglimento da parte di codesta A.G. di analoghe precedenti richieste, la scrivente Direzione Sanitaria dell'Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini

CHIEDE

Alla S.V. Ill.<sup>ma</sup> dr./d.ssa \_\_\_\_\_

α) L'autorizzazione per i Medici Dirigenti dott.ri \_\_\_\_\_

ad assistere, fuori dai vincoli istruttori di cui all'articolo 360 c.p.p., all'autopsia giudiziaria in oggetto per finalità scientifiche, derivanti dall'apprezzamento diretto di elementi tanatologici, necessarie per approntare procedure, eventualmente urgenti, di management e governo clinico di sicurezza dei processi assistenziali posti in essere da questa Azienda Ospedaliera, avuto riguardo delle disposizioni della L. 24/17;

β) Che le determinazioni assunte dalla S.V. Ill.<sup>ma</sup> in ordine alla richiesta di che trattasi vengano comunicate alla scrivente Direzione Sanitaria nonché a tutti coloro che ne debbano consentire l'adempimento, nei termini e con le modalità stabilite dalla S.V..

Con osservanza

Il Direttore Sanitario

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/SODS22/24/01		Pag. 28 di 54

**Allegato 9 Sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate**

1/2  
1/83

DIREZIONE SANITARIA 0658704385  
 8782515  
 1802561 DIREZIONE SANITARIA  
 Dir. gen. L. Spallanzani

# INFORMAZIONE



**UTILI ALLA MALATTIA JAKOB**

**ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE  
 LAZZARO SPALLANZANI**  
*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico*  
 Via Portuense, 282 - Via Folchi 6/A 00149 ROMA C.F. E P. IVA 05080391002  
 U.O.C. di Anatomia Patologica, Istologia e Citodiagnostica  
 Direttore: Dott. Franca Del Nonno  
 Tel. 06-55170403, 0655170277/Fax 06-55170430

Prot. n. 12 /09-ANPA  
 Roma, 21 Gennaio 2009

<b>AZIENDA OSPEDALIERA          S. CAMILLO - FORLANINI          DIREZIONE SANITARIA</b>  21 GEN 2009  Protocollo n. <u>435</u>	Direzione Sanitaria Direzione Amministrativa UOC di Anatomia Patologica Azienda Sanitaria San Camillo Forlanini  E pe Direzione Sanitaria INMI
--	--

**Oggetto: Procedure da osservare in caso di sospetto o riscontro di Malattia di Creutzfeldt Jakob o sindromi correlate.**

In riferimento all'oggetto e per i seguiti di competenza, notifico alle SSVY le procedure da osservare in caso di sospetto o riscontro di malattia di Creutzfeldt Jakob e sindromi correlate.

La malattia di Creutzfeldt Jakob (MCJ) è una encefalopatia spongiforme per la quale non è stata ancora possibile elaborare un'indagine diagnostica che consenta di confermare la diagnosi clinica. La diagnosi di certezza si ottiene esclusivamente attraverso lo studio di tessuto cerebrale da autopsia. Appare quindi evidente la fondamentale importanza che riveste il riscontro anatomico nei pazienti deceduti con sospetto clinico di MCJ sia per una definizione diagnostica (esame immunocitochimico e di Western Blotting) che per una corretta valutazione epidemiologica di questa patologia nel territorio nazionale (G.U. della Repubblica Italiana serie generale n. 3 del 10-01-2002).

L'autopsia in caso di sospetto di MCJ è eseguita in solo settore BL3 per operare su soggetti infetti da agenti patogeni classificati nel gruppo III e secondo procedure per il contenimento del rischio biologico



Regolamento:

## REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA

Rev. 01 del  
24/06/2024

Cod. Doc.:

R/901/SODS22/24/01

Pag. 29 di 54

08-GIU-2011 13:55 From:PROTOD\*DIR\*SANIT\*SCA 0658704305

To:4206

Page:2/2

43/01/2009 15:11 0658702518  
21/01/2009 13:47 fax 065892681DIREZIONE SANITARIA  
Dir. San. L. SpallanzaniPAG 02/03  
002

(Circolare del Ministero della Sanità N.900.2/16.AG/1755 del 2 Dicembre 1996; protezione agli agenti biologici art 79-80-81 prima introduzione nel 1994 con il D.Lgs 626, titolo VIII; G.U serie generale n. 19 del 23/01/2002; WHO Guidelines, 2003).

In caso di sospetto clinico di malattia di CJ le procedure da attuare sono così riassunte:

- Comunicazione immediata del sospetto da parte del clinico dell'Ospedale/Istituto al Centro di riferimento Nazionale per la MCJ dell'Istituto Superiore di Sanità telefono 06-49903203, fax 06-49903012;
- In caso di decesso del/della paziente comunicazione alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale/Istituto della necessità di esecuzione del riscontro diagnostico con trasferimento della salma presso l'Istituto Lazzaro Spallanzani, UOC di Anatomia Patologica, Direttore Dott. Franca Del Nonno;
- La salma può essere posta nella camera mortuaria in cella frigorifera dell'Ospedale/Istituto di appartenenza in attesa del trasporto, racchiusa in doppio sacco riportante all'esterno l'etichetta di rischio biologico (alta infettività tessuto cerebrale, retina, nervo ottico, vd WHO; rischio biologico all'apertura della teca cranica con possibilità di contaminazione ambientale e dell'operatore);
- Prima di eseguire il trasporto avvertire telefonicamente la Direzione Sanitaria ai numeri telefonici 06-55170201; 06-55170203; fax 06-5592581) con invio per fax di richiesta di nulla osta al trasferimento della salma (allegato 1), fa dott. Franca Del Nonno ai numeri telefonici 06-55170403, 06-55170277; 06-55170433; e la camera mortuaria dell'INMI 06-55170430 (ore 8.00-13.00) o al di fuori di tali orari al numero verde 06-5686000;
- La salma posta in doppio sacco deve essere accompagnata da coppia della cartella clinica e da documentazione relativa alla denuncia di causa di morte, modello ISTAT e certificato necroscopico la cui compilazione e competenza della struttura ove è avvenuto il decesso;

La diagnosi di malattia di Creutzfeldt Jakob mediante immunocitochimica e metodiche di biologia molecolare (Western Blotting) richiede un laboratorio dedicato per la possibilità di contaminazione degli strumenti e delle apparecchiature ed è eseguita presso il Dipartimento di Neuroscienze, Via Ugo Foscolo n.7-40123 Bologna, dal prof. Piero Parchi.

- ◆ L'encefalo opportunamente sezionato e posto in due contenitori separati di cui uno criopreservato in frigo -80°C per tessuti infetti deve essere successivamente trasportato a Bologna;
- ◆ In seguito alle indicazioni dell'ISS il trasporto è a carico dell'Ospedale di partenza che deve prendere contatti con ditta specializzata per il trasporto dedicato su strada di tessuti infetti;
- ◆ Il riscontro diagnostico a potenziale rischio biologico eseguito presso l'INMI è fatturato tramite Allegato A2, con copertura delle spese sostenute per il contenimento del rischio di contaminazione ambientale, dell'uso di dispositivi individuali di protezione e di strumentario monouso.

Rimando a disposizione per qualsiasi chiarimento invio cordiali saluti.

Roma 21-01-2009

Dott. Franca Del Nonno

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 30 di 54

UO \_\_\_\_\_

### Sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob e sindromi correlate

#### Dichiarazione di consenso per il test genetico diagnostico (prelievo, conservazione ed utilizzo del materiale biologico sangue)

Io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

#### In caso di persona non in grado di esprimere il proprio consenso

- tutore/rappresentante legale;  
 il parente più prossimo specificare \_\_\_\_\_ di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

dichiaro di aver letto il documento con le informazioni relative al test genetico a al prelievo di sangue e di aver potuto porre delle domande e di aver ricevuto informazioni chiare e dettagliate sulle caratteristiche cliniche e genetiche della malattia per la quale verrà eseguita l'indagine genetica e sulle implicazioni del prelievo e del test genetico. Pertanto

**acconsento**     **non acconsento**    al prelievo di materiale biologico per l'esecuzione delle **indagini genetiche a scopo diagnostico** da me stesso/dal mio parente/dal mio tutelato (nome e cognome in stampatello):

\_\_\_\_\_

il sottoscritto dichiara (si prega segnare le soluzioni scelte):

- volere**     **non volere**    essere informato sui risultati delle analisi genetiche tramite il medico richiedente  
 **volere**     **non volere**    rendere partecipe la mia famiglia dei risultati delle analisi genetiche (eventuali restrizioni \_\_\_\_\_)

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

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

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 31 di 54

UO \_\_\_\_\_

### Sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ) e sindromi correlate

#### Dichiarazione di consenso per il prelievo e conservazione, ed utilizzo del fluido cefalo-rachidiano a scopo di diagnosi e di ricerca

Io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

**In caso di persona non in grado di esprimere il proprio consenso**

- tutore/rappresentante legale;  
 il parente più prossimo specificare \_\_\_\_\_ di:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere stato informato dal medico di reparto dott. \_\_\_\_\_ della necessità di effettuare la rachicentesi per eseguire la ricerca della proteina 14-3-3 nel liquido cefalo-rachidiano per avvalorare il sospetto clinico di malattia di Creutzfeldt-Jakob, e di essere stato messo a conoscenza dei rischi connessi al prelievo; di essere stato/a informato/a che il liquor sarà in parte conservato in un'apposita banca biologica costituita presso l'Istituto Superiore di Sanità per tutto il periodo in cui la sorveglianza verrà sovvenzionata e potrà essere utilizzato successivamente per determinazioni di vario tipo (per esempio nuovi test diagnostici); di essere stato informato/a che future ricerche su questi campioni potrebbero portare a risultati importanti per queste malattie a distanza di mese e quindi non essere direttamente utili per me/per il mio parente. Mi saranno comunque comunicati se chiederò di venirmi informato.

**Sono stato messo a conoscenza:**

- che lo studio viene condotto a scopo esclusivamente diagnostico e scientifico;
- che i risultati saranno protetti per garantire la confidenzialità, potranno essere confrontati con quelli di altre indagini scientifiche, potranno essere oggetto di pubblicazioni, ma in nessun modo si potrà risalire all'identità del soggetto;

**Il sottoscritto acconsente** (si prega di segnalare le soluzioni scelte):

- al prelievo di liquor per il test della proteina 14-3-3, alla conservazione e all'utilizzo del materiale biologico per motivi di ricerca.  
 al prelievo di liquor per il test della proteina 14-3-3, ma non alla conservazione e all'utilizzo del materiale biologico per motivi di ricerca.

**Il sottoscritto desidera** (si prega di segnare le soluzioni scelte):

- che il risultato del test della 14-3-3 sia comunicato all'interessato tramite il medico richiedente  
 non sapere il risultato del test  
 non essere informato sui risultati di future ricerche  
 essere informato dei risultati di future ricerche

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

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

Firma leggibile \_\_\_\_\_

Relazione con il paziente \_\_\_\_\_

Firma del Medico che ha raccolto il consenso \_\_\_\_\_

Sede Legale: Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma / C.F. e P.I. 04733051009

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 32 di 54

**Allegato 10 - Modulo liberatoria sepoltura in beneficenza**

UOSD Documentazione Sanitaria

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI  
UOSD DOCUMENTAZIONE SANITARIA  
0658703353/3395- fax 4305

**ATTO DI LIBERATORIA PER LA SEPOLTURA IN BENEFICENZA**

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

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

dichiaro di essere \_\_\_\_\_

del Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_

chiede la sepoltura "per beneficenza" e quindi con spese a carico del Comune di Roma Capitale

In fede

\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

# Si Allega Copia Documento D'Identità

Sede Legale: Via Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma C.F. e P.I. 04733051009

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 33 di 54

## **Allegato 11 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DELLE PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI**

### **AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI**

Sede Legale: Via Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma C.F. e P.I. 04733051009

#### **ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DELLE PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI**

##### **1. PREMESSA**

In questo documento si descrivono le istruzioni operative per il conferimento di parti anatomiche riconoscibili: arti inferiori e superiori, amputati interamente o parzialmente, di persone ai sensi dell'art. 3 del DPR 285/19.

##### **2. SCOPO**

Lo scopo di questo documento è descrivere in modo dettagliato, le istruzioni operative di conferimento delle parti anatomiche riconoscibili: arti inferiori e superiori, amputati interamente o parzialmente con l'obiettivo di: informare correttamente tutti gli operatori coinvolti; uniformare le modalità di richiesta e di confezionamento delle parti anatomiche amputate nelle Camere Operatorie; uniformare le modalità di richiesta e di conferimento delle parti anatomiche da inviare alla Polizia Mortuaria.

##### **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Tutti gli operatori delle UU.OO. coinvolte sono tenuti all'applicazione dei metodi previsti nelle procedure descritte.

Il monitoraggio dell'applicazione della procedura è sotto la responsabilità ultima dei Coordinatori infermieristici e tecnici delle UU.OO. coinvolte.

##### **4. RIFERIMENTI**

Regolamento di Polizia Mortuaria Nazionale DPR 285/1990.

ART.3 Parti anatomiche riconoscibili e resti mortali derivanti da attività di esumazione ed estumulazione.

Regolamento Cimiteriale Nazionale.

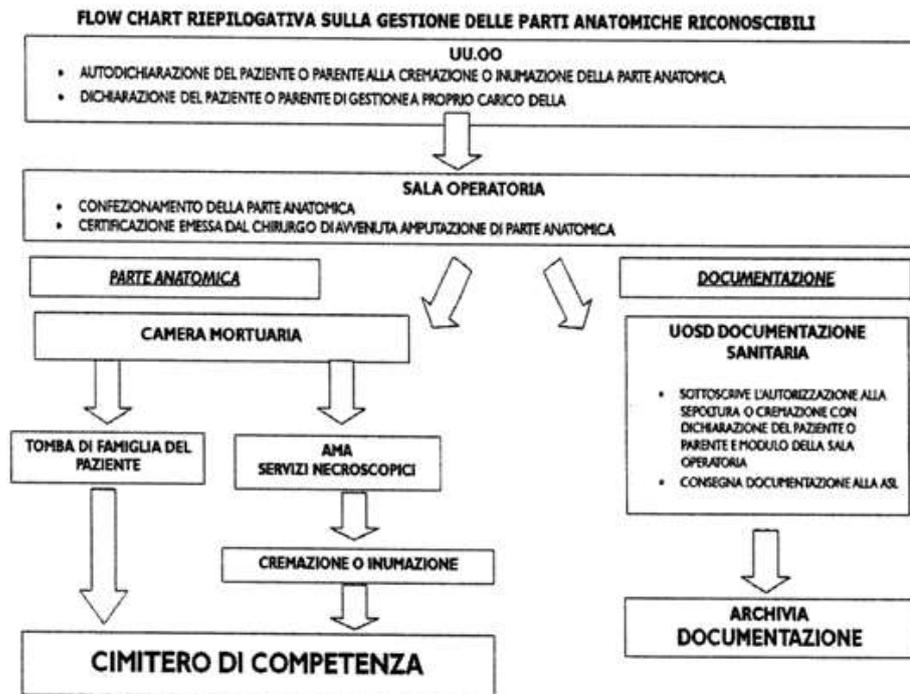
##### **5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI**

AMA	Azienda Municipale Ambiente
lt	Litri
SLOT	Servizio Trasporti Interni
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UU.OO.	Unità Operative



Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/SODS22/24/01		Pag. 34 di 54

## 6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



## 7. MODALITÀ ESECUTIVE PER IL REPARTO

Materiale necessario:

- consenso del paziente alla cremazione o inumazione della parte anatomica (Allegato n°1 parte prima);
- assunzione diretta degli oneri alla sepoltura da parte del paziente (Allegato n°1 parte seconda)
- consenso del parente alla cremazione o inumazione della parte anatomica (Allegato n°2 Parte prima);
- assunzione diretta oneri per sepoltura da parte del parente (Allegato n°2 parte seconda).

Il medico specialista che valuta e decide l'amputazione (preventivamente all'esecuzione dell'intervento) deve:

- far sottoscrivere al paziente l'autorizzazione (Allegato 1 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 1 parte seconda);
- far sottoscrivere, in caso di impossibilità del paziente, ad un parente prossimo (in linea gerarchica: coniuge, figli, fratelli, nipoti), allegando fotocopia di un 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 2 parte prima) oppure l'assunzione dell'onere a proprio carico (allegato 2 parte seconda);
- consegnare alla UOSD Documentazione Sanitaria.

Il paziente deve: sottoscrivere la liberatoria nei confronti dell'Azienda (Allegato 1 parte prima) o assunzione diretta di oneri a proprio carico, in caso di gestione autonoma della parte anatomica (Allegato 1 parte seconda).



Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/SODS22/24/01		Pag. 35 di 54

Il parente prossimo deve:

- in caso di impossibilità del paziente, sottoscrivere la liberatoria nei confronti dell'Azienda (Allegato 2 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 2 parte seconda);
- provvedere autonomamente alla sepoltura della propria parte anatomica.

#### **8. MODALITÀ ESECUTIVE PER LA CAMERA OPERATORIA**

Materiale necessario:

- a) buste biodegradabili;
- b) contenitori rigidi;
- c) etichette adesive.

a) **Le buste biodegradabili devono essere conformi ai seguenti riferimenti normativi:**

**EN 13432**

Conforme alla EN 13432 che fissa le procedure per la verifica del tempo di degradazione  
**UNI EN 14995:2007**

Conforme alla UNI Materie plastiche — Valutazione della compostabilità — Schema di prova e specificazioni

**EN 14045**

Valutazione della disintegrazione dei materiali di imballaggio in prove pratiche orientate in condizioni di compostaggio definite.

**94/62/CE**

Conforme all'Allegato F e D al D.Lgs 22/97 che recepisce integralmente l'Allegato II alla direttiva 94/62/CE: d) imballaggi biodegradabili. I rifiuti di imballaggi biodegradabili devono essere di natura tale da poter subire una decomposizione fisica, chimica, termica o biologica grazie alla quale la maggior parte del compost risultante finisca per decomporre in biossido di carbonio, biomassa e acqua.

b) **Il contenitore rigido deve avere le seguenti caratteristiche:**

Il contenitore rigido deve essere in polietilene da litri 60 di colore aragosta.

**IL CONTENITORE DA lt 60 DI COLORE ARAGOSTA DEVE ESSERE USATO ESCLUSIVAMENTE PER IL TRASPORTO DELLE PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI.**

c) **Le etichette** adesive devono avere le seguenti caratteristiche.

Dimensioni di cm 7x10 circa, reperibili presso il magazzino inventario (tel.2476 - fax 2386)

**Procedura** confezionamento delle parti anatomiche in camera operatoria:

- Introdurre la parte anatomica riconoscibile nella busta biodegradabile.
- Chiudere ermeticamente la busta.
- Introdurre la busta nel contenitore rigido in polietilene da lt 60 di colore aragosta.
- Identificare il contenitore con una etichetta adesiva che deve essere posta al lato del contenitore e non sul coperchio.
- Nell'etichetta deve essere scritto Nome e Cognome del paziente, data di nascita, reparto di provenienza, data dell'intervento, tipologia dell'arto da conferire.

**Certificato di amputazione:**

- Il certificato di amputazione (Allegato n°3) deve essere compilato in ogni sua parte e deve essere datato, firmato e timbrato dal medico che ha eseguito l'amputazione.
- Il certificato compilato in ogni sua parte deve essere inserito in busta trasparente plastificata e accompagnare il contenitore.
- Il contenitore e il certificato di amputazione vengono inviati alla Camera Mortuaria tramite lo SLOT.



Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 36 di 54

## 9. SERVIZIO TRASPORTI INTERNO – SLOT

Personale addetto al trasporto deve:

- Trasferire il contenitore presso la camera mortuaria.
- Durante il trasporto gli operatori non dovranno mai lasciare incustodito il contenitore.
- Consegnare alla Camera Mortuaria il contenitore accompagnato dalla busta trasparente contenente il certificato di amputazione.

## 10. CAMERA MORTUARIA

Presenza in carico delle parti anatomiche:

- Gli operatori della Camera Mortuaria devono controllare che i dati contenuti sul certificato di amputazione corrispondano ai dati contenuti sull'etichetta.
- Devono registrare sull'apposito registro la data di arrivo, la data dell'intervento, i dati identificativi dell'arto, il nome del medico che ha effettuato l'amputazione il reparto di provenienza.
- Devono archiviare il certificato in attesa del conferimento.

Deposito parti anatomiche dalla camera operatoria alla Camera Mortuaria:

- I contenitori vengono conservati nella cella frigo presente nella stanza deposito arti.
- Ogni tre arti presenti deve essere attivata la procedura di conferimento, tuttavia va considerato che l'integrità della busta è garantita per un massimo di 90 giorni.

Materiale necessario al conferimento

- Cassette di legno munite di manici (dimensioni circa altezza cm 30, profondità cm 30, lunghezza cm 98; spessore del legno non inferiore a cm 1,5).
- Materiale assorbente (tipo segatura)

Procedura per il conferimento delle parti anatomiche alla Polizia mortuaria

- Gli operatori della Camera Mortuaria preparano l'elenco delle parti anatomiche da conferire
- Nell'elenco devono essere specificati i dati identificativi delle persone sottoposte ad amputazione.
- L'elenco delle parti anatomiche, accompagnato dal certificato di amputazione (Allegato 3) viene inoltrato alla UOSD Documentazione Sanitaria, per espletamento delle pratiche amministrative.
- Espletate le pratiche amministrative l'AMA servizi necroscopici può procedere al ritiro delle parti anatomiche.
- Gli operatori della Camera Mortuaria, in presenza dell'AMA, procedono alla preparazione delle cassette.
- Sul fondo delle cassette di legno viene posto il materiale assorbente.
- Le parti anatomiche vengono estrapolate dal contenitore rigido di colore arancione ed inserite nelle cassette.
- Ogni cassetta può contenere un solo arto.
- Gli operatori dell'AMA, appongono sul coperchio della cassetta una targhetta che contiene nome e cognome della persona amputata, e successivamente procedono alla chiusura.
- Le cassette così confezionate vengono ritirate dall'AMA e consegnate al Cimitero Comunale.
- Espletate le pratiche, l'elenco delle parti anatomiche ritirate, datato e firmato, viene fotocopiato, una copia viene inviata alla UOSD Documentazione Sanitaria e una copia viene archiviata presso la Camera Mortuaria.

## 11. DIREZIONE SANITARIA – UOSD DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Sepoltura delle parti anatomiche:

- Ricevuto l'elenco delle parti anatomiche da conferire, per ogni paziente viene compilato il modulo (Allegato n°4) AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO E SEPPELLIMENTO DI PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI.



Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 37 di 54

- Ogni Allegato n°4 deve essere accompagnato dal certificato di amputazione e dal consenso del paziente/parente secondo normativa vigente.
- La documentazione per l'autorizzazione al trasporto e al seppellimento viene inviata alla ASL
- Espletata l'autorizzazione, la ASL rinvia gli elenchi alla UOSD Documentazione Sanitaria per procedere al seppellimento.
- Gli elenchi delle parti anatomiche conferite vengono custoditi presso la UOSD Documentazione Sanitaria.

## 12. ALLEGATI

N° allegato	Titolo
Allegato 1	Consenso informato del paziente
Allegato 2	Consenso informato del parente
Allegato 3	Certificato di amputazione
Allegato 4	Autorizzazione al trasporto e seppellimento di parti anatomiche riconoscibili

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 38 di 54

**ALLEGATO 1 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DELLE PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI – CONSENSO INFORMATO DEL PAZIENTE-**

**AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI**  
 AZIENDA DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE  
 Sede legale Circonvallazione Gianicolense, 87 - 00152 Roma - P.IVA 04733051009

Allegato n° 1

<b>PARTE PRIMA</b>	Luogo, _____ Data _____ <b>CONSENSO alla cremazione o all'inumazione di parte anatomica – consenso del paziente</b> Io sottoscritto _____ Nato a _____ il _____ Residente a _____ Via/Piazza _____ Ricoverato presso l'Azienda San Camillo-Forlanini <p style="text-align: center;">DISPONGO</p> con la presente la cremazione o l'inumazione della parte anatomica che mi verrà amputata in data _____ Dichiaro altresì che nulla osta alla collocazione dell'arto nel cimitero del Comune di competenza. <p style="text-align: center;">In fede</p>
	Luogo, _____ Data _____ <b>ASSUNZIONE DIRETTA ONERI alla cremazione o all'inumazione di parte anatomica – consenso del paziente</b> Io sottoscritto _____ Nato a _____ il _____ Residente a _____ Via/Piazza _____ Ricoverato presso l'Azienda San Camillo-Forlanini <p style="text-align: center;">DISPONGO</p> con la presente di provvedere autonomamente alla sepoltura della parte anatomica che mi verrà amputata in data _____ Dispongo pertanto che l'Azienda San Camillo-Forlanini non abbia in merito nessuna competenza <p style="text-align: center;">In fede</p>

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 39 di 54

**ALLEGATO 2 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DELLE PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI – CONSENSO INFORMATO DEL PARENTE-**

<b>PARTE PRIMA</b>	<p>Luogo, _____ Data _____</p> <p><b>CONSENSO alla cremazione o all'inumazione di parte anatomica – consenso del PARENTE</b></p> <p>Io sottoscritto _____</p> <p>nato a _____ il _____</p> <p>residente a _____ Via/Piazza _____</p> <p>parente prossimo in qualità di _____</p> <p>documento di riconoscimento _____</p> <p>del paziente _____ nato il _____</p> <p>Ricoverato presso l'Azienda San Camillo-Forlanini,</p> <p>acconsento e dispongo con la presente la cremazione o l'inumazione della parte anatomica che verrà amputata al congiunto.                      A tal proposito dichiaro che è stata raccolta la volontà alla cremazione o inumazione della parte anatomica, secondo quanto stabilito dalle vigenti normative, essendo attualmente il congiunto non in grado di esprimersi autonomamente in merito.</p> <p>Dichiaro altresì che nulla osta alla collocazione dell'arto nel cimitero del Comune di competenza.</p> <p style="text-align: center;">In fede</p>
	<p>Luogo, _____ Data _____</p> <p><b>ASSUNZIONE DIRETTA ONERI SEPOLTURA di parte anatomica – consenso del PARENTE</b></p> <p>Io sottoscritto _____</p> <p>nato a _____ il _____</p> <p>residente a _____ Via/Piazza _____</p> <p>parente prossimo in qualità di _____</p> <p>documento di riconoscimento _____</p> <p>del paziente _____ nato il _____</p> <p>Ricoverato presso l'Azienda San Camillo-Forlanini,                      dichiaro di provvedere autonomamente alla sepoltura della parte anatomica che verrà amputata al congiunto.                      Dispongo pertanto che l'Azienda "San Camillo-Forlanini non abbia in merito nessuna competenza.</p> <p style="text-align: center;">In fede</p>

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 40 di 54

**ALLEGATO 3 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DELLE PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI – CERTIFICATO DI AMPUTAZIONE-**



**AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI**  
*DI RILIEVO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE*

**Allegato n° 3**

**CERTIFICATO DI AMPUTAZIONE DI PARTE ANATOMICA RICONOSCIBILE**

REPARTO.....

COGNOME.....NOME.....

NATO/A IL.....DATA INTERVENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**E' STATO SOTTOPOSTO/A AD AMPUTAZIONE DI**

ARTO INFERIORE

DESTRO

SINISTRO

ARTO SUPERIORE

DESTRO

SINISTRO

ROMA

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA  
CHIRURGO

Firma Operatore Camera Operatoria.....

Firma operatore addetto al Trasporto.....

Firma operatore Camera Mortuaria.....

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 41 di 54

**ALLEGATO 4 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DELLE PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI – AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO E SEPPELLIMENTO DI PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI-**

ASL

Prot. n..... del .....

**Allegato 4**

**AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO E SEPPELLIMENTO DI PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI**

Ai sensi dell'art. 3 DPR del 15 Luglio 2003 n.254

Vista l'istanza avanzata da.....

- Acquisita la certificazione medica relativa all'amputazione;
- Acquisito il consenso informato del paziente secondo vigente normativa;

**SI AUTORIZZA IL TRASPORTO ED IL SEPPELLIMENTO**

Della seguente parte anatomica: .....

amputazione effettuata in data .....presso.....

del Sig./ Sig.ra ..... Nato/a .....

data rilascio .....

Firma ASL

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 42 di 54

## **Allegato 12 - ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DEI PRODOTTI ABORTIVI**

# **AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI**

Sede Legale: Via Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma C.F. e P.I. 04733051009

## **ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DEI PRODOTTI ABORTIVI**

### **1. PREMESSA**

In questo documento si descrivono le istruzioni operative per il conferimento di prodotti abortivi ai sensi dell'art. 7 del DPR 285/1990 di:

- prodotti del concepimento di presunta età gestazionale inferiore alle 20 settimane;
- prodotti abortivi/feti di presunta età gestazionale dalle 20 alle 28 settimane o presumibilmente 28 settimane compiute, ma non dichiarati come nati morti.

### **2. SCOPO**

Lo scopo di questo documento è descrivere in modo dettagliato, le istruzioni operative per il conferimento dei prodotti abortivi.

Si vuole giungere a:

- Informare correttamente tutti gli operatori coinvolti;
- Uniformare le modalità della somministrazione e compilazione del consenso informato;
- Uniformare le modalità di richiesta, di trasporto e di conferimento dei prodotti del concepimento, al disotto delle 20 settimane e dei prodotti abortivi/feti di presunta età gestazionale dalle 20 alle 28 settimane secondo la normativa vigente;
- Uniformare le modalità di richiesta e di conferimento dei prodotti abortivi da inviare alla medicina Legale Territorialmente competente per l'autorizzazione al seppellimento.

### **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

Tutti gli operatori delle UU.OO. coinvolte sono tenuti all'applicazione dei metodi previsti nelle istruzioni operative descritte.

Il monitoraggio dell'applicazione delle istruzioni operative è sotto la responsabilità ultima dei Coordinatori infermieristici e tecnici delle UU.OO.

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 43 di 54

#### 4. RIFERIMENTI

- Regolamento di Polizia Mortuaria Nazionale DPR 285/1990  
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 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 2 e 3, i parenti o chi per essi sono tenuti a firmare entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto la domanda di seppellimento che farà parte del fascicolo che andrà consegnato alla unità sanitaria locale (accompagnata da certificato medico che indichi la presunta età di gestazione ed il peso del feto), i parenti come da consenso informato hanno tempo 10 giorni per decidere di provvedere personalmente alla inumazione seguendo le procedure di legge facendolo pervenire alla Camera Mortuaria e alla UOSD Documentazione Sanitaria.
- DPR 154/03: Le parti anatomiche non riconoscibili, quindi anche i prodotti del concepimento di età inferiore alle 20 settimane di vita intrauterina devono essere smaltiti come rifiuto speciale ospedaliero e avviati alla termodistruzione (non in forno crematorio).

#### 5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

AMA	Azienda Municipale Ambiente
lt	Litri
SLOT	Servizio Trasporti Interni
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UU.OO.	Unità Operative

#### 6. PRODOTTI DEL CONCEPIMENTO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE INFERIORE ALLE 20 SETTIMANE

##### 6.1 MODALITÀ ESECUTIVE REPARTO

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 certificato di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto del concepimento (allegato 1);

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 44 di 54

- Fornire ai genitori esaurienti informazioni in merito alla procedura, a cosa è possibile fare del prodotto del concepimento, ovvero informarli e consegnare loro una copia di quanto previsto dall'art.7 del D.P.R. 285/90 (Regolamento di Polizia Mortuaria). Consegnare il modulo "consenso informato – informare i genitori" (allegato 2);
- I genitori informati sulle modalità di seppellimento del prodotto abortivo esprimono la loro volontà;
- Compilare l'eventuale richiesta di riscontro autoptico (allegato 4), compilare l'eventuale richiesta contestuale di esame istologico della placenta (allegato 5).

L'ostetrica deve:

- Verificare se per il prodotto del concepimento è stata richiesto o meno il riscontro autoptico;
- Verificare la corretta compilazione della modulistica da parte del medico e da parte di almeno un genitore;
- Inserire una copia della modulistica nella cartella clinica e una copia deve seguire il prodotto del concepimento.

#### IN CASO DI RICHIESTA DI RISCONTRO AUTOPTICO

- Verificare se è stata eseguita la richiesta dell'esame autoptico;
- Verificare che i dati sulla richiesta corrispondano ai dati presenti sui contenitori;
- Provvedere ad inviare alla Camera Mortuaria il contenitore con il materiale da esaminare (prodotto abortivo), la richiesta per l'esame e la modulistica attestante la volontà dei genitori ai fini del successivo smaltimento;
- Provvedere ad inviare la placenta in contenitore adeguato alla UOC Anatomia Patologica.

#### IN CASO IN CUI NON SIA RICHIESTO RISCONTRO AUTOPTICO

- Verificare la corretta compilazione della modulistica da parte del medico e da parte di almeno un genitore e inserirne una copia nella cartella clinica;
- Nel caso in cui i genitori non intenda farsi carico della gestione del prodotto del concepimento procedere allo smaltimento del prodotto abortivo e della placenta gestendolo come rifiuto ospedaliero a rischio infettivo;
- Nel caso in cui i genitori intendano farsi carico della gestione, il contenitore con il prodotto abortivo viene trasportato in camera mortuaria e conservato in attesa di essere consegnato alla ditta prescelta dai genitori per le onoranze funebri.

## **6.2 SERVIZIO TRASPORTO INTERNO – SLOT**

Personale addetto al trasporto deve

In caso di richiesta di riscontro autoptico:

- Trasferire il contenitore con il prodotto del concepimento presso la Camera Mortuaria e la placenta presso la UOC Anatomia Patologica, dove verranno eseguite le indagini previste;

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 45 di 54

- 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;
- Durante il trasporto gli operatori non dovranno mai lasciare incustodito il contenitore.

In caso in cui non sia richiesta riscontro autoptico:

- Trasferire il contenitore con i prodotti del concepimento accompagnato dalla busta trasparente contenente i moduli Allegato 1 e 2 presso la Camera Mortuaria;
- 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;
- Lo smaltimento della placenta avviene presso la sala parto/camera operatoria;
- Durante il trasporto gli operatori non dovranno mai lasciare incustodito il contenitore.

### **6.3 CAMERA MORTUARIA**

Presenza in carico dei prodotti abortivi:

- Gli operatori della Camera Mortuaria devono controllare che i dati contenuti sul certificato di corrispondano ai dati contenuti sull'etichetta del contenitore;
- Provvedono a registrare sull'apposito registro la data di arrivo, la data in cui è avvenuta l'espulsione o l'asportazione del prodotto abortivo, i dati identificativi dei prodotti abortivi, il nome del medico che ha certificato e il reparto di provenienza;
- Provvedono ad archiviare il certificato e la dichiarazione dei genitori in attesa del conferimento o della consegna ai genitori;
- I prodotti abortivi vengono archiviati nelle celle frigorifere in attesa del conferimento.

In caso di volontà dei genitori di farsi carico della gestione

I genitori, a chi per essi, devono:

- Ricevere esaurienti informazioni su 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.
- Aver compilato, entro 24 ore dall'estrazione o espulsione del prodotto del concepimento, il Consenso Informato (Allegato 2) che esprime le intenzioni di farsi carico della gestione del prodotto del concepimento.
- Contattare l'impresa di Onoranze Funebri per l'espletamento delle esequie.

In caso di volontà dei genitori di non farsi carico della gestione

Gli operatori della Camera Mortuaria, il personale della UOC Anatomia Patologica e i TSRM ognuno per la sua specifica competenza devono espletare tutti gli esami richiesti (Rx total body, esame autoptico ed eventuali indagini genetiche se richieste) secondo la normativa vigente (DPR 254/03). Il prodotto abortivo/feto viene conferito secondo la normativa vigente.

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 46 di 54

Le parti anatomiche non riconoscibili, quindi anche i prodotti del concepimento di età inferiore alle 20 settimane di vita intrauterina devono essere smaltiti come rifiuto speciale ospedaliero e avviati alla termodistruzione (non in forno crematorio).

## **7. PRODOTTI ABORTIVI/FETI DI PRESUNTA ETA' GESTAZIONALE DALLE 20 ALLE 28 SETTIMANE O PRESUMIBILMENTE 28 SETTIMANE COMPIUTE**

### **7.1 REPARTO**

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 (Allegato 1);
- Separare il prodotto abortivo/feto dalla placenta;
- Inserire il prodotto abortivo/feto in idoneo contenitore per il trasporto privo di formalina;
- Compilare la richiesta di riscontro diagnostico (allegato 4);
- Inserire la placenta in idoneo contenitore per il trasporto e inviarlo al laboratorio dell'U.O. di Anatomia Patologica;
- Compilare la richiesta di riscontro autoptico (allegato 4) e di esame istopatologico della placenta (allegato 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) consegnare loro l'allegato "INFORMARE I GENITORI";
- I genitori esprimono la loro volontà apponendo la firma sul Consenso Informato l'Allegato 2.

L'ostetrica o l'infermiere deve:

- Verificare la corretta compilazione della modulistica da parte del medico (Allegato 1) e da parte di almeno un genitore (Allegato 2);
- Inserire una copia della modulistica (Allegato 1 e 2) nella cartella clinica e una copia deve seguire il prodotto abortivo/feto;
- Verificare che i dati presenti sulla richiesta corrispondano ai dati presenti sul contenitore della placenta e sul contenitore del prodotto abortivo/feto;
- Provvedere all'invio del contenitore con la placenta accompagnato da richiesta di esame istopatologico al laboratorio dell'U.O. di Anatomia Patologica;
- Provvedere all'invio del prodotto abortivo/feto in Camera Mortuaria accompagnato dal certificato di espulsione o estrazione (Allegato 1) e il consenso informato (Allegato 2);
- Provvedere alla trasmissione dell'Allegato di richiesta di riscontro diagnostico ai sensi dell'art. 37 del DPR 285/90 alla Camera Mortuaria per la successiva comunicazione all'U.O. di Anatomia Patologica.

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 47 di 54

## 7.2 SERVIZIO TRASPORTI INTERNO – SLOT

Personale addetto al trasporto deve:

- Trasferire il contenitore con la placenta al laboratorio di Anatomia e Istologia Patologica;
- Trasferire il contenitore con il prodotto abortivo/feto in Camera Mortuaria;
- Il trasporto dei contenitori deve avvenire nel rispetto delle vigenti norme in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

## 7.3 CAMERA MORTUARIA

Presa in carico del prodotto abortivo/feto

Gli operatori della Camera Mortuaria devono:

- controllare che i dati contenuti sul certificato (Allegato 1) corrispondano ai dati contenuti sull'etichetta del contenitore;
- Provvedono a registrare sull'apposito registro la data di arrivo, la data in cui è avvenuta l'espulsione o l'asportazione del prodotto abortivo/feto, i dati identificativi, il nome del medico che ha certificato e il reparto di provenienza;
- Provvedono ad archiviare il certificato (Allegato 1) e il Consenso Informato (Allegato 2) in attesa del conferimento o della consegna ai genitori;
- I prodotti abortivi vengono archiviati nelle celle frigorifere in attesa del conferimento.

### In caso di volontà dei genitori di farsi carico della gestione

I genitori o chi per essi, devono:

- Ricevere esaurienti informazioni su 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;
- Aver compilato, entro 24 ore dall'estrazione o espulsione del prodotto del concepimento, il modulo informativo che esprime le intenzioni di farsi carico della gestione del prodotto del concepimento;
- Contattare l'impresa di Onoranze Funebri per l'espletamento delle esequie.

### In caso in cui i genitori non intendano farsi carico della gestione

Gli operatori della Camera Mortuaria devono:

- Preparare l'elenco dei prodotti abortivi da conferire, nell'elenco devono essere specificati i dati identificativi del prodotto abortivo;
- L'elenco dei prodotti abortivi, accompagnato dalla modulistica viene inoltrato alla UOSD Documentazione Sanitaria, per espletamento delle pratiche Amministrative presso la Medicina Legale della USL;

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 48 di 54

- Espletate le pratiche amministrative l'AMA servizi necroscopici può procedere al ritiro dei prodotti abortivi;
- Gli operatori della Camera Mortuaria, in presenza degli operatori dell'AMA, procedono alla preparazione dei prodotti abortivi;
- I prodotti abortivi vengono adagiati nel feretro;
- Ogni feretro può contenere un solo prodotto abortivo;
- Sul feretro viene posta una targhetta identificativa.

#### **7.4 DIREZIONE SANITARIA – UOSD DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

##### Sepoltura dei prodotti abortivi

- Ricevuto l'elenco dei prodotti abortivi da conferire, per ogni paziente viene compilato il modulo (Allegato 3) "Autorizzazione al trasporto e seppellimento di prodotto abortivo";
- Ogni Allegato 3 deve essere accompagnato dal certificato medico relativo all'interruzione di gravidanza e dal consenso informato del genitore secondo normativa vigente;
- La documentazione per l'autorizzazione al trasporto e al seppellimento viene inviata alla ASL;
- Espletata l'autorizzazione, la ASL rinvia gli elenchi alla UOSD Documentazione Sanitaria per procedere al seppellimento;
- Gli elenchi dei prodotti abortivi conferiti vengono custoditi presso la UOSD Documentazione Sanitaria.

#### **8. ALLEGATI**

N° Allegato	Titolo
Allegato 1	Certificato di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto del concepimento
Allegato 2	Consenso informato
Allegato 3	Autorizzazione al trasporto e seppellimento di prodotto abortivo
Allegato 4	Richiesta di riscontro autoptico
Allegato 5	Richiesta di diagnosi istopatologica placenta e/o materiale ovulare

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 49 di 54

**ALLEGATO 1 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DEI PRODOTTI ABORTIVI –  
CERTIFICATO DI ASSISTENZA ALL’ESPULSIONE O ESTRAZIONE DEL PRODOTTO DEL  
CONCEPIMENTO-**

**DIPARTIMENTO SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO**

AZIENDA OSPEDALIERA S. CAMILLO FORLANINI  
Sede Legale Circonvallazione Gianicolense 87 - Roma 00152  
Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino

SALA PARTO

A norma del regolamento di Polizia Mortuaria, il sottoscritto nella qualità di medico  
addetto ai servizi di Ostetricia e Ginecologia dichiara che:

Il giorno \_\_\_\_\_ del mese di \_\_\_\_\_ dell'anno  
\_\_\_\_\_

alle ore \_\_\_ e minuti \_\_\_ dalla Signora \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ di stato civile

nubile  coniugata  vedova  separata   
divorziata

è stato  espulso  estratto

un prodotto abortivo di età inferiore alle 20 settimane dal concepimento (a richiesta dei  
genitori)

Un prodotto abortivo di presunta età di gestazione dalle 20 alle 28 settimane di età  
intrauterina

Un feto che ha presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina

peso gr \_\_\_\_\_ sesso \_\_\_\_\_ settimane \_\_\_\_\_

N.B.: per prodotto abortivo e per feto si intende un prodotto di concepimento che non  
abbia presumibilmente raggiunto uno sviluppo compatibile con la vitalità.

Vanno esclusi i soggetti che siano stati dichiarati nati morti, per i quali l'autorizzazione per  
la sepoltura è rilasciata dall'UFFICIALE DI STATO CIVILE

ILGINECOLOGO \_\_\_\_\_

IL DIRETTORE SANITARIO  
\_\_\_\_\_

VISTO, si autorizza il seppellimento del prodotto abortivo sopra indicato

Roma, il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Sanitario Responsabile  
\_\_\_\_\_

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 50 di 54

**ALLEGATO 2 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DEI PRODOTTI ABORTIVI  
- CONSENSO INFORMATO-**



**AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI**  
Sede Legale: Circonvallazione Gianicolense, 87 - 00152 Roma C.F./P.I. 04733051009  
**DIREZIONE SANITARIA**

La sottoscritta \_\_\_\_\_

Nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

- Ricoverata per **IVG** (Interruzione Volontaria Gravidanza) la paz. viene informata dal/dalla Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_
- Ricoverata per **Aborto Spontaneo** la paz. viene informata dal/dalla Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Che il feto anche al di sotto delle 20 settimane di gestazione, può essere inumato facendone richiesta entro 10 giorni dalla data dell'avvenuto aborto. Pertanto la sottoscritta

**DICHIARA**

di provvedere personalmente alla inumazione seguendo le procedure di legge:

**SI**  
(firma) \_\_\_\_\_

**NO**  
(firma) \_\_\_\_\_

la sottoscritta e' stata messa a conoscenza dal personale addetto letto e compreso

l'art.7 del DPR 285/1990 "disposizioni stabilite dagli articoli precedenti.  
2. Per la sepoltura dei prodotti abortivi di presunta eta' di gestazione dalle 20 alle 28 settimane complete e dei feti che abbiano presubilmente compiuto 28 settimane di eta' 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'unita' sanitaria locale."

in allegato 1

Roma, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Per presa visione  
Il Dirigente Sanitario

- IVG**(Interruzione Volontaria Gravidanza) avvenuta in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Aborto Spontaneo** avvenuto in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 51 di 54

## AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

Sede Legale: Circonvallazione Gianicolense, 87 – 00152 Roma C.F./P.I. 04733051009

**DIREZIONE SANITARIA**  
**UOSD DOCUMENTAZIONE SANITARIA**  
0658703353/3395- fax 4305

### ATTO DI LIBERATORIA PER LA SEPOLTURA IN BENEFICENZA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

IL \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_, dichiaro di essere \_\_\_\_\_

Del Sig./ Sig.ra \_\_\_\_\_, chiede la sepoltura in beneficenza

e quindi con spese a carico del Comune Di Roma.

In fede

\_\_\_\_\_

Roma, \_\_\_ / \_\_\_ / 2022

**Si Allega Copia Documento D'Identità**

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 52 di 54

**ALLEGATO 3 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DEI PRODOTTI ABORTIVI  
-AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO E SEPPELLIMENTO DI PRODOTTO ABORTIVO-**

ASL

Prot. n..... del .....

**AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO E SEPPELLIMENTO DI PRODOTTO  
ABORTIVO**

Ai sensi dell'art. 7 DPR del 10 Settembre 1990 n.285

(\*)Vista l'istanza avanzata da.....

-Acquisita la certificazione medica relativa all'interruzione di gravidanza

-Acquisito il consenso informato del genitore o di chi è autorizzato a farne le veci  
secondo vigente normativa;

**SI AUTORIZZA IL TRASPORTO ED IL SEPPELLIMENTO**

del FETO di grammi..... sesso .....alla settimana ..... + giorni .....

espulso/estratto il .....presso .....

dalla Sig.ra ..... nata a .....

Il .....

Il prodotto abortivo, oggetto della presente autorizzazione, è custodito presso

(\*\*). .....

Firma ASL

**NOTE:**

(\*): Specificare il nominativo del richiedente l'istanza; genitrice/familiare, o struttura sanitaria.

(\*\*): Specificare da dove deve avvenire il prelievo.

Regolamento:	<b>REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA</b>	Rev. 01 del 24/06/2024
Cod. Doc.: R/901/S0DS22/24/01		Pag. 53 di 54

**ALLEGATO 4 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DEI PRODOTTI ABORTIVI  
-RICHIESTA DI RISCONTRO AUTOPTICO-**

**AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI**

Sede Legale: Via Circonvallazione Gianicolense, 87 - 00152 Roma C.F. e P.I. 04733051009

**SALA PARTO E CAMERA OPERATORIA DI OSTETRICIA**  
Tel. 0658703342

Roma, li \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ - Prot. N°

**Al Servizio di Anatomia Patologica  
p.c. alla Direzione Sanitaria**

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

Si comunica che il giorno \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_, alle ore \_\_\_\_\_

**È nato morto**

da: \_\_\_\_\_

e da: \_\_\_\_\_

un neonato di sesso: \_\_\_\_\_

**Notizie cliniche:** \_\_\_\_\_

Diagnosi Genetica (se presente): \_\_\_\_\_

Espulso: a termine  premorto   
macerato  prematuro

Del peso di gr.: \_\_\_\_\_, della lunghezza di cm: \_\_\_\_\_

- Condizioni della placenta: \_\_\_\_\_

- Condizioni del liquido amniotico \_\_\_\_\_

**RICHIESTA RISCONTRO AUTOPTICO:**

sì  NO

Assistenti al parto  
(firma leggibile e timbro)

L'Ostetrica/o

Il/la Ginecologo/a



Regolamento:  
Cod. Doc.:  
R/901/SODS22/24/01

**REGOLAMENTO CAMERA MORTUARIA**

Rev. 01 del  
24/06/2024  
Pag. 54 di 54

**ALLEGATO 5 ISTRUZIONI OPERATIVE PER IL CONFERIMENTO DEI PRODOTTI ABORTIVI  
-RICHIESTA DI DIAGNOSI ISTOPATOLOGICA PLACENTA E/O MATERIALE OVULARE-**

Richiesta di diagnosi istopatologica placenta e/o materiale ovulare

Paziente Degente  P.O.  Ambulatoriale  D.H.  ALPA  ALTRO

Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Data di nascita ..... / ..... / .....

Reparto / Servizio .....

**n° CENTRO DI COSTO**

Tel. .... Fax ..... N° Cartella .....

materiale inviato :

1 ..... 2 .....  
3 ..... 4 .....  
5 ..... 6 .....

data e ora del prelievo ..... fissativo impiegato \* .....

\* per i pezzi anatomici fissare esclusivamente in formalina al 10%.

**Notizie anamnestiche e reperti clinici pertinenti:**

Ultima mestruazione ..... Gravida ..... Para .....  
Amniocentesi ..... BHCG ..... Decorso gravidanza .....  
Diabete ..... Ipertensione ..... Anticorpi .....  
Altra patologia ..... Farmaci ..... Fumo .....  
Alcol ..... Droghe ..... Altro .....  
Pressione/ambiente lavorativo .....  
Eventuali aborti/parti patologici.....

Travaglio ..... parto ..... feto/neonato..... peso g ..... sesso M  F  I

Reperito da diagnosi per immagini

Ecografia: .....

Terapia progressa e/o in atto .....

Diagnosi clinica .....

ESAMI ISTOLOGICI PRECEDENTI NO  SI  N°: .....

**Firma leggibile e timbro del Medico richiedente**