

Delibera Giunta Regionale 27/07/2009, n. 1555

“Approvazione delle *Linee guida per la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle aziende sanitarie dell’Emilia-Romagna*”

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

VISTI:

- la L.R. 29 gennaio 1983, n. 7 “Disciplina degli scarichi delle pubbliche fognature e degli insediamenti civili che non recapitano in pubbliche fognature. Disciplina del trasporto di liquami e acque reflue di insediamenti civili e produttivi” e successive modifiche ed integrazioni;
- il D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, “Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza” e successive modifiche ed integrazioni;
- la L.R. 12 luglio 1994, n. 27 “Disciplina dello smaltimento dei rifiuti”, così come successivamente modificata e integrata;
- il D.Lgs. 17 Marzo 1995, n. 230 “Attuazione delle direttive 89/618/Euratom, 90/641/Euratom e 92/3/Euratom e 96/29/Euratom in materia di radiazioni ionizzanti” e successive modifiche ed integrazioni;
- la L.R. 6 settembre 1999, n. 25 “Delimitazione degli ambiti territoriali ottimali e disciplina delle forme di cooperazione tra gli Enti Locali per l’organizzazione del servizio idrico integrato e del servizio di gestione dei rifiuti urbani” e successive modifiche;
- la Decisione n. 1600/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio del 22 luglio 2002 che istituisce il Setto programma comunitario di azione in materia di ambiente;
- il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254 “Regolamento recante la disciplina della gestione dei rifiuti sanitari, a norma dell’articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179”;
- il D.Lgs. 3 aprile 2006, n. 152 “Norme in materia ambientale” e successive modifiche ed integrazioni, in particolare il D.Lgs. 16 gennaio 2008 n. 4 “Ulteriori disposizioni correttive ed integrative del decreto Testo dell’atto pagina 2 di 320 legislativo 3 aprile 2006, n. 152, recante norme in materia ambientale;
- l’Accordo 26 maggio 2005 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, di istituzione di sistemi di monitoraggio e di analisi dei costi e della congruità dei medesimi relativamente alla gestione ed allo smaltimento dei rifiuti sanitari, ai sensi dell’art. 4, comma 5, del D.P.R. 15 agosto 2003, n. 254;
- la propria deliberazione n. 1053/03 “Indirizzi per l’applicazione del D.Lgs. 11 maggio 1999, n. 152 come modificato dal D.Lgs. 18 agosto 2000, n. 258 in materia di tutela delle acque dall’inquinamento”;
- la propria deliberazione n. 327/04 “Applicazione della L.R. 34/98 in materia di autorizzazione e di accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie e dei professionisti alla luce dell’evoluzione del quadro normativo nazionale. Revoca di precedenti provvedimenti”;

RICHIAMATE:

- la propria deliberazione n. 686/07 “Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l’anno 2007” e, in particolare, l’allegato B “Linee di programmazione per il 2007”, in cui al punto 6) “Politiche di risparmio energetico e rispetto ambientale; politiche tariffarie e fonti energetiche” viene attivato il programma regionale “Il sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile”;
- la deliberazione dell’Assemblea regionale n. 204 del 3 dicembre 2008 “Piano di Azione ambientale per un futuro sostenibile della Regione Emilia-Romagna 2008-2010”;

DATO ATTO che con propria deliberazione n. 1360/06 sono state approvate le Linee guida regionali per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell’Emilia-Romagna;

DATO ATTO che in base all’evoluzione della normativa di settore – in particolare il citato D.Lgs. 4/2008, e alle risultanze del monitoraggio sull’applicazione della suddetta deliberazione n. 1360/06, si ritiene opportuno:

- confermare gli obiettivi stabiliti per le Aziende sanitarie nella citata deliberazione n. 1360/06, in particolare per quanto riguarda il miglioramento continuo del processo di gestione dei rifiuti;

- aggiornare le Linee guida rispetto alle nuove problematiche di gestione dei rifiuti emerse nel corso dell’attuazione della suddetta deliberazione nelle Aziende sanitarie;
- estendere l’applicazione del modello di miglioramento continuo della gestione dei rifiuti sanitari al settore relativo alla gestione degli scarichi idrici prodotti dalle Aziende sanitarie;
- promuovere l’integrazione fra le attività di gestione di scarichi e rifiuti e le altre iniziative di risparmio energetico e rispetto ambientale, poste in essere dalle Aziende sanitarie, al fine di favorire la creazione di sistemi aziendali di gestione ambientale, nell’ambito del programma regionale “Il sistema sanitario regionale per uno sviluppo sostenibile”;

PRESO ATTO che la Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, in collaborazione con la Direzione Generale Ambiente e Difesa del suolo e della costa, con i rappresentanti delle Aziende sanitarie, ha definito gli interventi da porre in essere per un’efficace ed efficiente applicazione della normativa in materia di scarichi idrici e rifiuti prodotti dalle Aziende sanitarie, che si possono così riassumere:

- a) pubblicazione e divulgazione della prima edizione delle “Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle aziende sanitarie dell’Emilia-Romagna”, approvate con la più volte citata deliberazione n. 1360/06, allo scopo di diffondere pratiche omogenee per l’applicazione delle vigenti disposizioni normative in tutte le Aziende sanitarie della regione ed attuazione del relativo monitoraggio;
- b) aggiornamento ed estensione dei contenuti tecnici della citata deliberazione n. 1360/06 in base ai risultati del suddetto monitoraggio ed all’evoluzione normativa nel frattempo intervenuta;
- c) condivisione dei contenuti di tale aggiornamento con le Aziende Sanitarie ed elaborazione delle “Linee guida per la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle Aziende sanitarie dell’Emilia-Romagna”, allegate al presente provvedimento, parte integrante e sostanziale del medesimo, di seguito indicate, per brevità, come “Linee guida”;

VALUTATO che le suddette Linee guida sono state prodotte nel rispetto dei principi espressi:

- dall’Organizzazione delle Nazioni Unite, per quanto riguarda lo sviluppo sostenibile;
- dal programma di azione sull’ambiente dell’Unione Europea e dal D.Lgs. 152/2006, più sopra citati, che affermano la necessità di ridurre quantità e pericolosità dei rifiuti prodotti, di recuperare materia ed energia da tali rifiuti, ricorrendo alla raccolta differenziata, nonché di provvedere al loro corretto smaltimento;
- dal già menzionato Piano di Azione Ambientale per un futuro sostenibile della Regione Emilia-Romagna 2008-2010 che, fra le proprie aree di azione, comprende quella relativa ad “ambiente e salute”;

CONSIDERATO che le Linee guida contengono gli indirizzi da applicare alla gestione dei rifiuti sanitari e degli scarichi idrici prodotti dalle Aziende sanitarie;

RITENUTO, alla luce di quanto sopra espresso, di dover procedere all’approvazione delle Linee guida allegate alla presente deliberazione, parte integrante e sostanziale della medesima, impegnando le Aziende sanitarie della regione ad adeguare la gestione dei rifiuti sanitari e degli scarichi idrici secondo gli indirizzi contenuti nelle stesse;

DATO ATTO del parere allegato;

SU PROPOSTA dell’Assessore alle Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

DELIBERA

1. di approvare le “Linee guida per la gestione dei rifiuti e degli scarichi idrici nelle aziende sanitarie dell’Emilia-Romagna” riportate nell’Allegato parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e di impegnare le Aziende sanitarie dell’Emilia-Romagna alla loro applicazione;
2. di attuare, per mezzo delle Aziende sanitarie della regione, il miglioramento continuo del processo di gestione dei rifiuti con i seguenti obiettivi:
 - governo del processo di gestione dei rifiuti (controllo della quantità di rifiuti prodotti, del loro destino e dei costi sostenuti per la relativa gestione);
 - riduzione della quantità e della pericolosità dei rifiuti prodotti;
 - aumento della quota di rifiuti destinati al recupero di materia ed energia;
3. di impegnare le Aziende sanitarie della regione ad adeguare la gestione dei rifiuti sanitari e degli scarichi idrici sulla base delle indicazioni contenute nelle Linee guida, allo scopo di consentire la raccolta differenzia-

ta dei rifiuti prodotti, nonché il loro deposito e recupero o smaltimento nel rispetto di criteri di sicurezza sanitaria e ambientale e di economicità gestionale, facendo uso dei seguenti strumenti:

- definizione di procedure gestionali ed istruzioni operative in cui siano individuati compiti, relazioni e responsabilità nelle diverse fasi del processo, nonché strumenti di analisi, valutazione e controllo del processo stesso;
 - pianificazione e programmazione delle attività di informazione, formazione ed addestramento del personale necessarie all'introduzione ed alla messa a regime delle procedure;
 - attuazione di quanto pianificato;
 - verifica degli effetti di quanto attuato;
 - riesame del sistema e definizione delle azioni di miglioramento;
4. di stabilire che le linee guida allegate al presente atto sostituiscono quelle di cui all'Allegato A della propria deliberazione n. 1360/06;
 5. di pubblicare integralmente il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

ALLEGATO PARTE INTEGRANTE
LINEE GUIDA PER LA GESTIONE DEI RIFIUTI E DEGLI SCARICHI IDRICI
NELLE AZIENDE SANITARIE DELL'EMILIA-ROMAGNA

Indice

1. Introduzione

- 1.1. Principi generali: lo sviluppo sostenibile
- 1.2. Orientamenti comunitari, nazionali e regionali sullo sviluppo sostenibile
- 1.3. Il programma regionale "Il SSR per uno sviluppo sostenibile"
- 1.4. La gestione dei rifiuti sanitari in Europa e negli Stati Uniti
- 1.5. La gestione dei rifiuti sanitari in Emilia-Romagna
- 1.6. Rischi nelle strutture sanitarie connessi alla gestione dei rifiuti
- 1.7. Proposte per la gestione sostenibile dei rifiuti sanitari a rischio infettivo
- 1.8. Elaborazione ed applicazione delle Linee guida

2. Quadro normativo

- 2.1. Fonti di riferimento
- 2.2. Analisi delle responsabilità

3. Struttura delle Linee guida: guida alla consultazione

4. Scarichi idrici

- 4.1. Scarichi dei laboratori e delle strutture ospedaliere
- 4.2. Classificazione degli scarichi
- 4.3. Procedimento di autorizzazione
- 4.4. Criticità: reflui dei laboratori di analisi, centri trasfusionali, anatomie patologiche
- 4.5. Criticità: trattamento degli scarichi

5. Rifiuti: approccio per processi

- 5.1. Classificazione dei rifiuti e attribuzione del codice CER
- 5.2. Separazione dei rifiuti e raccolta nel luogo di produzione
- 5.3. Movimentazione interna e conferimento al deposito temporaneo
- 5.4. RegISTRAZIONI
- 5.5. Trasporto, smaltimento e recupero

6. Trasporto su strada di rifiuti pericolosi e ADR

- 6.1. Premessa
- 6.2. Principali riferimenti normativi
- 6.3. I soggetti dell'ADR

- 6.4. La formazione degli operatori
- 6.5. La classificazione ADR dei rifiuti sanitari
- 6.6. Le classi dell'ADR
- 6.7. L'identificazione delle merci pericolose
- 6.8. Classe 6.2, Materie infettanti
- 6.9. L'identificazione ADR dei principali rifiuti sanitari: corrispondenze con i codici CER
- 6.10. Imballaggi per i rifiuti sanitari e preparazione dei colli
- 6.11. Tipi di imballaggi
- 6.12. L'idoneità degli imballaggi: l'omologazione
- 6.13. L'etichettatura dei colli
- 6.14. I documenti dell'ADR
- 6.15. Il Documento di Trasporto (DdT)
- 6.16. L'integrazione con il formulario e altre diciture
- 6.17. Le istruzioni scritte
- 6.18. Le esenzioni dell'ADR
- 6.19. Glossario minimo dell'ADR

7. Rifiuti speciali pericolosi a rischio infettivo

- 7.1. Individuazione: quali sono
- 7.2. Imballaggio ed etichettatura
- 7.3. Conferimento e deposito temporaneo
- 7.4. Taglienti e pungenti
- 7.5. Trasporto, smaltimento/ recupero, registrazioni
- 7.6. Principali criticità di gestione dei rifiuti a rischio infettivo riscontrate nei reparti
- 7.7. Rifiuti a rischio infettivo prodotti al di fuori delle strutture sanitarie di riferimento
- 7.8. Rifiuti a rischio infettivo prodotti da soggetti convenzionati

8. Rifiuti speciali pericolosi non a rischio infettivo

- 8.1. Individuazione: quali sono
- 8.2. Imballaggio, etichettatura
- 8.3. Manipolazione e conferimento al deposito temporaneo
- 8.4. Trasporto, smaltimento/ recupero
- 8.5. Registrazioni

9. Speciali non pericolosi e assimilati agli urbani

- 9.1. Individuazione: quali sono
- 9.2. Separazione delle frazioni, imballaggio e raccolta interna
- 9.3. Rifiuti assimilati agli urbani: deposito temporaneo e accordi con i soggetti interessati
- 9.4. Rifiuti speciali non pericolosi: deposito temporaneo, trasporto, smaltimento, registrazioni
- 9.5. Criticità: stima delle quantità di rifiuti urbani prodotte
- 9.6. Criticità: gestione degli scarti alimentari

10. Rifiuti sanitari che richiedono particolari modalità di smaltimento

- 10.1. Farmaci scaduti o inutilizzabili
- 10.2. Medicinali citotossici e citostatici
- 10.3. Smaltimento dei prodotti impiegati nell'ambito di sperimentazioni cliniche
- 10.4. Organi e parti anatomiche non riconoscibili e piccoli animali da esperimento
- 10.5. Sostanze stupefacenti ed altre sostanze psicotrope

11. Rifiuti prodotti da attività in gestione appaltata 194

- 11.1. Individuazione: quali sono
- 11.2. Criticità : individuazione di produttore e detentore e responsabilità
- 11.3. Criticità : raggruppamento dei rifiuti nelle pertinenze delle aziende
- 11.4. Criticità: registrazione dei fanghi prodotti dagli impianti di trattamento delle acque reflue
- 11.5. Predisposizione del capitolato tecnico
- 11.6. Indicazioni per gli operatori delle Ditte appaltatrici
- 11.7. Rifiuti di Apparecchiature Elettriche ed Elettroniche (RAEE)

12. Parti anatomiche riconoscibili

- 12.1. Individuazione: quali sono e riferimenti normativi
- 12.2. La gestione delle parti anatomiche riconoscibili

13. Prodotti abortivi, feti e prodotti del concepimento

- 13.1. Individuazione: quali sono e riferimenti normativi
- 13.2. La gestione dei prodotti abortivi/feti/prodotti del concepimento

14. Documenti e atti d'archivio

- 14.1. Introduzione
- 14.2. Riferimenti normativi
- 14.3. Definizioni
- 14.4. Criticità
- 14.5. Scarto documentale e gestione dei rifiuti
- 14.6. Procedura di scarto e autorizzazione
- 14.7. Classificazione dei rifiuti
- 14.8. Imballaggio
- 14.9. Movimentazione interna e conferimento al luogo di raggruppamento preliminare
- 14.10. Trasporto, recupero o smaltimento
- 14.11. RegISTRAZIONI
- 14.12. Controlli sul processo

15. Rifiuti radioattivi

- 15.1. Quadro conoscitivo
- 15.2. Quadro normativo e individuazione dei rifiuti radioattivi
- 15.3. Gestione operativa dei rifiuti radioattivi prodotti
- 15.4. Criticità

16. Informazione, formazione e addestramento degli operatori

- 16.1. Definizioni
- 16.2. Normativa
- 16.3. Processo della formazione
- 16.4. L'esperienza nelle Aziende
- 16.5. Verifica di efficacia della formazione
- 16.6. Conclusioni

Glossario

Allegati

- Allegato 1. Questionario di verifica del grado di applicazione delle LG
- Allegato 2. Scheda rilevazione scarichi idrici
- Allegato 3. Esempio di nota informativa per il paziente a cui sono stati somministrati radiofarmaci
- Allegato 4. Scheda di autovalutazione per gli operatori

... *omissis* ...

4. Scarichi idrici

Nel dossier 134-2006 “Reprocessing degli endoscopi – Eliminazione dei prodotti di scarto” si è approfondita la gestione dei rifiuti e degli scarichi che si originano dal ricondizionamento di tali apparecchiature. Le considerazioni espresse in quel dossier, relative agli scarichi che si originano dalle apparecchiature per l’alta disinfezione di tali strumenti, sono state riprese nella stesura del presente capitolo e opportunamente estese agli altri scarichi che si originano dalle strutture sanitarie ed aggiornate.

... *omissis* ...

4.4. Criticità: reflui dei laboratori di analisi, centri trasfusionali, anatomie patologiche

Nel presente paragrafo si esamina il caso, particolarmente complesso, di gestione dei reflui originati da processi ed apparecchiature in cui possono essere impiegate sostanze pericolose e si suggerisce un approccio da applicare a:

- realizzazione di nuove strutture;
- ammodernamento di strutture esistenti;
- acquisto di nuove apparecchiature.

L'obiettivo delle Aziende sanitarie è, come più volte ribadito nelle presenti Linee guida, quello di effettuare scelte che garantiscano il migliore risultato in termini di salute collettiva, quindi, a parità di efficacia ed efficienza della prestazione sanitaria, occorre scegliere la soluzione più favorevole per salute e ambiente.

Nel caso specifico, questo significa gestire i reflui di analisi riducendo al minimo la quantità e la pericolosità dei rifiuti prodotti, senza arrecare danni all'ambiente ma anche in maniera da diminuire i costi di smaltimento e gestione, secondo le seguenti priorità:

- devono essere immessi in pubblica fognatura tutti i reflui compatibili con lo scarico, ossia quelli in cui le sostanze contenute si degradano spontaneamente, a seguito del mescolamento con gli altri scarichi, oppure vengono efficacemente degradate dagli impianti di depurazione a servizio della rete fognaria;
- per gli scarichi compatibili con l'immissione in rete fognaria, ma che non rispettano uno o più parametri stabiliti dal gestore (es. tensioattivi), occorre valutare con il gestore, in primo luogo, se lo scarico può essere autorizzato in deroga a tali limiti e, in seconda battuta, la fattibilità tecnico-economica di un impianto di trattamento che permetta il rispetto dei requisiti stabiliti dal gestore;
- i reflui per i quali non è possibile procedere come illustrato ai punti precedenti devono essere gestiti come rifiuti. Occorre effettuare un'analisi di fattibilità tecnico-economica di un impianto di collettamento delle apparecchiature che consenta di riunire tutti i reflui chimicamente compatibili e convogliare il liquido in serbatoi centralizzati;
- solo i reflui che non possono essere riuniti e convogliati devono essere raccolti in taniche separate: in questo modo si riduce al minimo il rischio per gli operatori dovuto alla permanenza a bordo macchina di taniche contenenti rifiuti e si può evitare la successiva manipolazione e movimentazione delle taniche all'interno della struttura.

Le considerazioni sopra riportate sono motivate dalla natura dei reflui: ad esempio, le apparecchiature per analisi chimico-cliniche producono reflui il cui carico organico è modesto e in cui l'inquinante è costituito in gran parte da sostanze organiche biodegradabili, abbattute efficacemente dai depuratori per scarichi urbani. Classificare erroneamente tali reflui come rifiuti pericolosi a rischio infettivo (perché contengono liquidi biologici) implica la necessità di destinare all'incenerimento liquidi la cui componente principale è acqua, con costi ambientali evidenti e benefici discutibili. Invece, la maggior parte dei reflui provenienti dai laboratori di ematologia, coagulazione, analisi urine, immunochimica e biochimica che non possono essere scaricati, si possono classificare come rifiuti speciali non pericolosi, CER 18.01.07 e possono essere trattati in impianti diversi dagli inceneritori. Sono, invece, rifiuti pericolosi, CER 18.01.06*, buona parte dei liquidi provenienti da microbiologia e micobatteriologia (coloranti, in genere classificati tossici) e da anatomia patologica (mix di alcoli infiammabili, coloranti tossici, formalina, xileni).

Le Aziende sanitarie devono attivarsi per gestire i reflui secondo le priorità sopra riportate, integrando le competenze del referente per la gestione ambientale, dei servizi tecnici, dei laboratoristi, delle ditte che forniscono le apparecchiature e i reagenti.

In particolare, per l'acquisizione di nuove apparecchiature, occorre intervenire nella redazione del capitolato tecnico di gara per favorire le soluzioni a minor impatto ambientale e progettare prima dell'acquisto il processo di gestione dei reflui e dei rifiuti. Devono essere acquisite, apparecchiatura per apparecchiatura, le informazioni che consentono di effettuare il bilancio di materia richiamato al Paragrafo 4.3 e individuare i reflui compatibili con lo scarico e i rifiuti liquidi che possono essere riuniti; in tal modo possono essere progettati i corrispondenti impianti di scarico e raccolta:

- collettamento in rete fognaria (previo eventuale trattamento) dei reflui compatibili con lo scarico;
- collettamento in cisterna per i rifiuti liquidi pericolosi miscelabili (CER 18.01.06*);
- collettamento in cisterna per i rifiuti liquidi non pericolosi miscelabili (CER 18.01.07);

Devono, inoltre, essere classificati i rifiuti solidi prodotti, con particolare riferimento ai rifiuti di imballaggio (flaconi vuoti o parzialmente pieni), quindi devono essere richieste le opportune analisi sui rifiuti liquidi e solidi.

... *omissis* ...

12. Parti anatomiche riconoscibili

12.1. Individuazione: quali sono e riferimenti normativi

Le Parti Anatomiche Riconoscibili (PAR) vengono così definite dall'art. 3 del DPR 254/2003, che testualmente recita:

“1. Si definiscono:

- a) parti anatomiche riconoscibili: gli arti inferiori, superiori, le parti di essi, di persona o di cadavere a cui sono stati amputati;*
 - b) resti mortali: gli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi risultanti dalla incompleta scheletrizzazione di un cadavere per effetto di mummificazione, saponificazione, corificazione, decorso il periodo di ordinaria inumazione o tumulazione, pari, rispettivamente, a 10 e 20 anni.*
- 2. Per la sepoltura in cimitero o la cremazione di parti anatomiche riconoscibili, le autorizzazioni al trasporto, inumazione, tumulazione o cremazione sono rilasciate dalla Azienda sanitaria locale competente per territorio.*
 - 3. In caso di amputazione, le parti anatomiche riconoscibili sono avviate a sepoltura o a cremazione a cura della struttura sanitaria che ha curato la persona amputata.*
 - 4. La persona amputata può chiedere, espressamente, che la parte anatomica riconoscibile venga tumulata, inumata o cremata con diversa modalità. In tale caso la richiesta deve avvenire e deve essere inoltrata all'ufficio preposto della Azienda sanitaria locale competente per territorio, attraverso la struttura sanitaria di cura e ricovero, non oltre le 48 ore dall'amputazione.*
 - 5. Per la sepoltura in cimitero o la cremazione di resti mortali, le autorizzazioni al trasporto, inumazione, tumulazione o cremazione sono rilasciate dal competente ufficio del Comune in cui sono esumati o estumulati.*
 - 6. Per la cremazione di resti mortali non è necessaria la documentazione di cui ai commi 4 e 5 dell'articolo 79 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, recante regolamento di polizia mortuaria, e successive modificazioni.”*

Per quanto riguarda il trasporto, l'inumazione, la tumulazione e la cremazione delle PAR occorre far riferimento a quanto previsto dal Regolamento di Polizia Mortuaria ⁽²¹¹⁾ per i cadaveri e trattarle in modo analogo.

Dalla lettura del DPR 285/1990 si ricava cosa si intende per:

- **inumazione:** la sistemazione del cadavere in una fossa scavata nel terreno del cimitero;
- **tumulazione:** la sistemazione del cadavere in un loculo, tumulo o nicchia in una struttura all'interno del cimitero;
- **cremazione:** incenerimento del feretro in forno crematorio.

Le parti anatomiche sono avviate a inumazione, tumulazione o cremazione a cura della struttura sanitaria che ha trattato la persona amputata (DPR 254/2003, art. 3, comma 3), possibilmente in maniera cumulativa; la periodicità di tale operazione è definita dalla struttura sanitaria in modo da ottimizzare la frequenza dei trasporti.

La persona amputata può richiedere, entro 48 ore dall'amputazione, che la PAR venga tumulata, inumata o cremata con diversa modalità (DPR 254/2003, art. 3, comma 4), ovvero in modalità strettamente privata. Qualora la persona amputata intenda provvedere in forma privata e a proprie spese alla gestione della PAR, deve rilasciare una dichiarazione in tal senso all'Azienda sanitaria; in questo caso, per evitare modalità di gestione non previste dalla normativa di polizia mortuaria, è obbligatoriamente chiesto all'utente di indicare **l'impresa di pompe funebri a cui intende conferire l'incarico.**

12.2. La gestione delle parti anatomiche riconoscibili

Prima di procedere alla cremazione, inumazione o tumulazione della PAR è necessario:

- acquisire il consenso dell'interessato o dei parenti più prossimi;
- acquisire l'autorizzazione dell'autorità giudiziaria, in caso di sospetto di reato;
- conservare documentazione dei passaggi del percorso, possibilmente prevedendo specifica Procedura o Istruzione operativa.

Di seguito si riporta un esempio di istruzione operativa per la gestione delle PAR e un fac-simile di modulo per la registrazione delle attività.

⁽²¹¹⁾ DPR n. 285 del 10 Settembre 1990, “Approvazione del regolamento di polizia mortuaria”.

12.2.1. Istruzione Operativa Parti Anatomiche Riconoscibili (PAR)

Il Medico di reparto o il personale infermieristico (preventivamente alla esecuzione dell'intervento e preferibilmente al momento dell'acquisizione del consenso all'intervento) deve:

- Far sottoscrivere al paziente o, in caso di impossibilità, ad un parente prossimo in linea gerarchica (nell'ordine: coniuge, figli, fratelli, nipoti) – allegando in questo caso fotocopia di documento di riconoscimento in corso di validità – l'autorizzazione come liberatoria per l'Azienda sanitaria per procedere allo smaltimento della parte anatomica mediante inumazione, tumulazione o cremazione della stessa, oppure l'assunzione dell'onere a proprio carico per la modalità prescelta (inumazione, tumulazione o cremazione) [parte prima del modulo];
- Consegnare alla sala operatoria l'autorizzazione sottoscritta dal paziente o dal parente prossimo.

Il paziente o il parente prossimo deve:

- Sottoscrivere la liberatoria nei confronti dell'Azienda sanitaria o l'assunzione di oneri a proprio carico in caso di gestione autonoma della parte anatomica (parte prima del modulo), indicando l'impresa prescelta;
- Nel caso in cui intenda provvedere autonomamente alla inumazione, tumulazione o cremazione della propria parte anatomica, contattare l'impresa di pompe funebri per gli adempimenti a proprio carico.

Il medico chirurgo di sala operatoria deve:

- Compilare la dichiarazione medica relativa agli estremi dell'amputazione (parte seconda del Modulo di seguito riportato);
- Segnalare alla Direzione medica di presidio le eventuali ipotesi di reato, barrando le voci 2 o 3 della parte seconda del modulo (esempio: incidente stradale, infortunio sul lavoro, ecc.);
- Consegnare la dichiarazione al personale addetto al trasporto alla camera mortuaria ⁽²¹²⁾;
- Inviare la parte anatomica amputata, opportunamente identificata, presso la camera mortuaria utilizzando un adeguato contenitore e/o involucro ⁽²¹³⁾.

Il personale addetto al trasporto deve:

- Trasferire il contenitore con la PAR presso la camera mortuaria;
- Consegnare il modulo alla camera mortuaria o alla Direzione medica di presidio nel caso in cui l'azienda non disponga di personale in camera mortuaria;
- Durante il trasporto gli operatori non devono mai lasciare incustodito il contenitore e devono mantenere un comportamento decoroso.

Il personale della camera mortuaria deve:

- Compilare la parte terza del modulo e trasmetterlo alla Direzione medica di presidio per la registrazione e l'archiviazione

Il personale della Direzione medica di presidio deve:

- In presenza di ipotesi di reato: richiedere il nulla osta all'autorità giudiziaria **prima** di procedere a inumazione, tumulazione o cremazione;
- Nell'eventualità che sia l'Azienda sanitaria a farsi carico della gestione della PAR: provvedere alla destinazione della PAR all'inumazione, tumulazione o cremazione, dandone comunicazione:
 - al Comune interessato in caso di inumazione o tumulazione della parte anatomica;
 - all'Impianto autorizzato in caso di cremazione della stessa. per gli adempimenti necessari di competenza (ritiro e sepoltura in caso di inumazione o tumulazione; ritiro, cremazione e consegna ceneri al cimitero di competenza in caso di cremazione);
- Nel caso in cui il paziente intenda farsi carico della PAR, consegnare copia della documentazione alla ditta di trasporti funebri;
- Registrare e conservare il modulo e comunicare al servizio contabilità.

⁽²¹²⁾ Nel caso in cui la struttura sanitaria disponga di personale in camera mortuaria, è consigliabile che il modulo accompagni il contenitore della PAR, in caso contrario, il modulo viene consegnato alla Direzione sanitaria.

⁽²¹³⁾ La Direzione sanitaria deve individuare il contenitore idoneo in funzione della destinazione finale della PAR.

Parte terza: **ACCETTAZIONE DI PARTE ANATOMICA RICONOSCIBILE**

In data ___/___/___ consegno al Servizio di Camera Mortuaria/Impresa di pompe funebri di ___ la parte anatomica sopradescritta proveniente dall'U.O. _____

Firma Operatore che consegna _____ (timbro e firma)

Firma Operatore Camera Mortuaria/Impresa che riceve _____ (timbro e firma)

Parte quarta: **RICHIESTA ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA DI NULLA OSTA PER PAR**

DIREZIONE MEDICA

Prot. ___/___

Alla Procura della Repubblica

c/o Tribunale di _____

Si richiede il nulla osta alla inumazione/tumulazione/cremazione delle parti corporee sopra precisate.

Data ___/___/___

IL MEDICO DI DIREZIONE MEDICA _____ (timbro e firma)

L'ORIGINALE, dopo la dichiarazione di volontà, segue la parte anatomica fino alla camera mortuaria e di qui viene inoltrato al settore aziendale competente per la parte autorizzatoria

(pag. 2 di 2)

DESTINAZIONE DI PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI

La destinazione di parti anatomiche riconoscibili, costituite da arti inferiori, superiori o parti di essi, secondo quanto disposto dall'art. 3 del D.P.R. 254/2003, deve avvenire conformemente alle disposizioni del Regolamento di polizia mortuaria (DPR 285/90).

Le parti anatomiche **sono** avviate a inumazione, tumulazione o **cremazione** a cura della struttura sanitaria che ha trattato la persona amputata.

Il DPR 254/2003, all'art. 3 prevede inoltre che la persona amputata possa richiedere **entro e non oltre 48 ore dall'amputazione** che la parte anatomica venga tumulata, inumata o cremata con modalità diverse (ovvero, in modalità non comune, ma strettamente privata).

Qualora la persona amputata intenda disporre per uno smaltimento non comune, come sopra precisato, deve provvedere a compilare la apposita sezione del modulo (vedi retro), con individuazione della **Impresa a cui conferire l'incarico del trasporto ed accollandosi gli oneri economici di trasporto e smaltimento.**

13. Prodotti abortivi, feti e prodotti del concepimento

13.1. Individuazione: quali sono e riferimenti normativi

I riferimenti normativi in tema di gestione di prodotti abortivi, feti e prodotti del concepimento sono rappresentati dal DPR 285/1990 "Approvazione del regolamento di polizia mortuaria" e dalle norme vigenti in caso di cremazione: Legge regionale 19/2004, Legge 130/2001 e Circolare del Ministero della Sanità 24/06/1993 n. 24.

All'art. 7 del DPR 285/1990 si opera la distinzione ai fini degli atti funebri in:

- prodotti del concepimento di presunta età gestazionale inferiore alle 20 settimane;
- prodotti abortivi di presunta età gestazionale dalle 20 alle 28 settimane complete;
- feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di gestazione e che non siano stati dichiarati come nati morti.

I prodotti del concepimento di presunta età gestazionale **inferiore alle 20 settimane**, in analogia con le parti anatomiche non riconoscibili, possono essere trattati come rifiuti pericolosi a rischio infettivo (codice CER: 18 01 03*). Di solito l'Azienda sanitaria si fa carico della gestione di questi prodotti del concepimento, tuttavia è facoltà della famiglia richiederne la consegna ai fini della sepoltura, impegnandosi a sostenerne gli oneri. Il regolamento di polizia mortuaria, infatti, prevede che, qualora vi sia una richiesta dei genitori, formalizzata entro le 24 ore dall'estrazione/espulsione, tutti i prodotti abortivi, feti e prodotti del concepimento possono essere inumati/tumulati/cremati con oneri a carico dei genitori. In tal caso è richiesto un permesso di trasporto e seppellimento/cremazione rilasciato dall'Azienda USL.

I prodotti abortivi di presunta età gestazionale **dalle 20 alle 28 settimane complete e i feti** che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di gestazione e che non siano stati dichiarati nati morti, devono essere considerati parti anatomiche riconoscibili e trattati come descritto al Capitolo 12. Di solito la famiglia si fa carico della gestione di questi prodotti abortivi e feti, mentre l'Azienda sanitaria interviene solamente in caso di espresso diniego.

13.2. La gestione dei prodotti abortivi/feti/prodotti del concepimento

Prima di procedere alla cremazione, inumazione o tumulazione dei prodotti abortivi, feti e prodotti del concepimento è necessario:

- acquisire il consenso dei genitori;
- acquisire l'autorizzazione dell'autorità giudiziaria, in caso di sospetto di reato;
- conservare documentazione dei passaggi del percorso, possibilmente prevedendo specifica procedura o istruzione operativa.

Di seguito si riporta un esempio di istruzione operativa per la gestione pratica dei casi, distinguendo il caso di età gestazionale fino a 20 settimane e il caso di età gestazionale compresa fra 20 e 28 settimane ed oltre.

13.2.1. Istruzione operativa prodotti del concepimento di presunta età gestazionale inferiore alle 20 settimane

Il Medico di Unità Operativa che ha assistito all'espulsione o estrazione di un prodotto abortivo deve:

- Compilare e firmare il modulo di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto abortivo (parte prima modulo), specificando se vengono ravvisate o meno ipotesi di reato;
- Compilare, in caso di necessità, la richiesta di esame istologico, previo avviso ai genitori, da inviare alla Direzione medica di presidio (parte prima modulo).

L'ostetrica deve:

- Verificare se per il prodotto abortivo è stato o meno richiesto l'esame istologico;
- Informare i genitori o chi per essi di quanto previsto dall'art. 7 del DPR 285/1990 riportato sul retro del modulo.
- Acquisire la dichiarazione dei genitori sulla volontà o meno di farsi carico del seppellimento del prodotto abortivo (parte seconda allegato).
- Nel caso in cui i genitori o chi per essi non intendano farsi carico del seppellimento del prodotto abortivo, questo deve essere trattato come rifiuto sanitario pericoloso a rischio infettivo, CER 18.01.03*:
 - o dalla stessa U.O. (nel caso in cui non sia stato richiesto l'esame istologico);
 - o dal Servizio di Anatomia Patologica (nel caso in cui l'esame istologico sia stato richiesto).
- Nel caso in cui i genitori o chi per essi intendano farsi carico del seppellimento del prodotto abortivo, deve inserire il prodotto abortivo nel contenitore specifico e consegnare nel più breve tempo possibile la documentazione in originale in busta chiusa all'ufficio deputato dell'Azienda sanitaria per gli adempimenti di competenza.
- In entrambi i casi deve consegnare il contenitore al personale addetto al trasporto.

I genitori, o chi per essi, devono:

- Compilare la parte seconda del modulo indicante l'intenzione o meno di farsi carico del seppellimento/cremazione del prodotto abortivo;
- Nel caso in cui intendano farsi carico del seppellimento/cremazione del prodotto abortivo, ritirare presso la Direzione medica di presidio o uffici delegati (es. camera mortuaria) la modulistica di autorizzazione al trasporto e al seppellimento/cremazione e contattare l'impresa di pompe funebri prescelta per gli adempimenti di competenza.

Il personale addetto al trasporto (ausiliari/OTA/OSS/autisti) deve:

- Trasferire il contenitore presso il Servizio di Anatomia Patologica in caso di richiesta di esame istologico;
- Nel caso in cui i genitori o chi per essi intendano farsi carico del seppellimento/cremazione del prodotto abortivo, trasferire il contenitore presso la camera mortuaria;
- Il trasporto del contenitore deve avvenire nel rispetto delle vigenti norme in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

Il medico deputato dell'Azienda sanitaria, in caso di richiesta di seppellimento/cremazione del prodotto abortivo, deve:

- Compilare il modulo per l'autorizzazione al trasporto e al seppellimento/cremazione del prodotto abortivo.

Il personale deputato dell'Azienda sanitaria, in caso di richiesta di seppellimento/cremazione del prodotto abortivo, deve:

- Consegnare al Servizio di Anatomia Patologica copia del modulo della richiesta di seppellimento/cremazione del prodotto abortivo sottoposto ad esame istologico.

- Consegnare ai genitori, o a chi per essi, copia del modulo di autorizzazione per l'espletamento delle procedure di seppellimento/cremazione.

GRIGLIA DELLE RESPONSABILITÀ							
ATTIVITÀ	Medici UU.OO.	Resp. U.O.	Ostetriche	Coord. U.O.	OTA/OSS/ Autisti	Medico deputato Azienda	Pers. deputato Azienda
Compilazione certificato di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto abortivo/nato morto	R	I	C	I	/	/	/
Informazione ai genitori e verifica sottoscrizione modulistica	C	I	R	I	/	/	/
Compilazione di richiesta esame istologico/riscontro diagnostico	R	I	C	I	/	/	/
Trasferimento prodotto abortivo c/o Camera Mortuaria dell'Osp. di riferimento o c/o Anatomia Patologica	I	I	C	I	R	/	/
Autorizzazione al trasporto prodotto abortivo	C	I	C	I	C	R	/
Trasmissione documentazione ad Anatomia Patologica e/o Impresa Pompe Funebri e/o Servizio Stato Civile	I	I	I	I	/	C	R
R = responsabile I = informato C = coinvolto							

MODULO	
Logo Azienda	<i>(pag. 1 di 2)</i>
CERTIFICATO DI ESPULSIONE DI PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE INFERIORE A 20 SETTIMANE	
Certifico l'avvenuta espulsione/estrazione di un prodotto abortivo della presumibile età gestazionale di _____ settimane (numero), di sesso _____ e peso _____ (grammi), nell'U.O. di _____ dell'Ospedale di _____ espulso/estratto dalla Sig.ra _____ (Cartella Clinica n° _____), alle ore _____ del giorno _____	
Pertanto <input type="checkbox"/> si chiede il riscontro diagnostico <input type="checkbox"/> non si chiede il riscontro diagnostico	
Si precisa che: <input type="checkbox"/> Si ravvisano ipotesi di reato <input type="checkbox"/> Non si ravvisano ipotesi di reato	
IL MEDICO _____ (timbro e firma)	
Data _____	
DOMANDA DI SEPPELLIMENTO/CREMAZIONE	
In qualità di genitori dichiariamo di essere stati informati che l'art. 7 comma 3 del DPR 285/1990 (Regolamento di Polizia Mortuaria) prevede la facoltà per i genitori di richiedere, entro le 24 ore dall'espulsione/estrazione del prodotto abortivo, anche per i prodotti di concepimento di presunta età inferiore alle 20 settimane, il permesso di seppellimento e trasporto presso il cimitero, e al riguardo dichiariamo di: <input type="checkbox"/> non volere farci carico di tale seppellimento <input type="checkbox"/> volere farci carico di tale seppellimento/cremazione tramite Ditta da noi scelta	
Data _____	
FIRMA DEI GENITORI _____	
AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO <i>(Compilare solo in caso di seppellimento/cremazione)</i>	
Si autorizza il trasporto da parte della Ditta _____ e seppellimento/cremazione del prodotto abortivo espulso/estratto in data _____ alle ore _____ presso l'U.O. di _____ dalla Sig.ra _____	
IL DIRETTORE SANITARIO _____	

(pag. 2 di 2)

GESTIONE DEL PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO
DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE INFERIORE A 20 SETTIMANE

Informativa

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

ART. 7

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

13.2.2. Istruzione operativa prodotti abortivi di presunta età gestazionale dalle 20 alle 28 settimane e feti presumibilmente di 28 settimane compiute, ma non dichiarati come nati morti

Il Medico di Unità Operativa 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 (parte prima modulo).
- Separare la placenta dal feto ed inviarla al Servizio di Anatomia Patologica seguendo il percorso dell'esame istologico.
- Compilare, in caso di necessità, la richiesta di riscontro diagnostico, previo avviso ai genitori, da inviare alla Direzione medica di presidio.

L'ostetrica deve:

- Inserire il prodotto abortivo/feto nel contenitore specifico;
- Verificare se è stato richiesto o meno il riscontro diagnostico;
- Acquisire la dichiarazione dei genitori sulla volontà o meno di farsi carico del seppellimento/cremazione (parte seconda modulo).
- Nel caso in cui i genitori o chi per essi non intendano farsi carico del seppellimento/cremazione del prodotto abortivo/feto, questo deve essere trattato come Parte Anatomica Riconoscibile (PAR)
 - o dalla stessa U.O. (nel caso in cui non sia stato richiesto il riscontro diagnostico);
 - o dal Servizio di Anatomia Patologica (nel caso in cui sia stato richiesto il riscontro diagnostico).
- Nel caso in cui i genitori o chi per essi intendano farsi carico del seppellimento/cremazione, deve consegnare nel più breve tempo possibile la documentazione in originale in busta chiusa all'ufficio deputato dell'Azienda per gli adempimenti di competenza;
- In entrambi i casi deve consegnare il contenitore al personale addetto al trasporto;
- Consegnare nel più breve tempo possibile la documentazione in originale, in busta chiusa, all'ufficio deputato dell'Azienda per gli adempimenti di competenza.

I genitori, o chi per essi, devono:

- Compilare la parte seconda del modulo indicante l'assunzione o meno dell'onere del seppellimento del prodotto abortivo/feto.
- Ritirare presso l'ufficio deputato dell'Azienda la modulistica di autorizzazione al trasporto e al seppellimento/cremazione.
- Contattare, a propria discrezione, l'impresa di pompe funebri prescelta per gli adempimenti di competenza.

Il personale addetto al trasporto (ausiliari/OTA/OSS) deve:

- Trasferire il contenitore presso la camera mortuaria dell'ospedale di riferimento in caso di destinazione al seppellimento/cremazione o di invio in Anatomia Patologica;
- Il trasporto del contenitore contenente il prodotto abortivo/feto deve avvenire nel rispetto delle vigenti norme in materia di tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

Il medico deputato dell'Azienda sanitaria, in caso di richiesta di seppellimento/cremazione del prodotto abortivo/feto, deve:

- Compilare il modulo per l'autorizzazione al trasporto e al seppellimento/cremazione del prodotto abortivo/feto.

Il personale deputato dell'Azienda sanitaria, in caso di richiesta di seppellimento/cremazione del prodotto abortivo/feto, deve:

- Consegnare al Servizio di Anatomia Patologica copia del modulo della richiesta di seppellimento/cremazione del prodotto abortivo/feto sottoposto a riscontro diagnostico;
- Consegnare ai genitori, o a chi per essi, copia del modulo di autorizzazione per l'espletamento delle procedure di seppellimento/cremazione, in caso di presa in carico dell'onere.

GRIGLIA DELLE RESPONSABILITÀ							
ATTIVITÀ	Medici UU.OO.	Resp. U.O.	Ostetriche	Coord. U.O.	OTA/OSS/ Autisti	Medico deputato Azienda	Pers. deputato Azienda
Compilazione certificato di assistenza all'espulsione o estrazione del prodotto abortivo/nato morto	R	I	C	I	/	/	/
Informazione ai genitori e verifica sottoscrizione modulistica	C	I	R	I	/	/	/
Compilazione di richiesta esame istologico/riscontro diagnostico	R	I	C	I	/	/	/
Trasferimento prodotto abortivo c/o Camera Mortuaria dell'Osp. di riferimento o c/o Anatomia Patologica	I	I	C	I	R	/	/
Autorizzazione al trasporto prodotto abortivo	C	I	C	I	C	R	/
Trasmissione documentazione ad Anatomia Patologica e/o Impresa Pompe Funebri e/o Servizio Stato Civile	I	I	I	I	/	C	R

R = responsabile I = informato C = coinvolto

MODULO
Logo Azienda
<i>(pag. 1 di 2)</i>
CERTIFICATO DI ESPULSIONE DI PRODOTTO ABORTIVO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE DALLE 20 ALLE 28 SETTIMANE O FETO DI 28 SETTIMANE COMPIUTE CHE NON SIA STATO DICHIARATO COME NATO MORTO
Certifico l'avvenuta espulsione/estrazione di un prodotto abortivo/feto della presumibile età gestazionale di _____ settimane (numero), di sesso _____ e peso _____ (grammi), nell'U.O. di _____ dell'Ospedale di _____ espulso/estratto dalla Sig.ra _____ (Cartella Clinica n° _____), alle ore _____ del giorno _____
Pertanto <input type="checkbox"/> si chiede il riscontro diagnostico <input type="checkbox"/> non si chiede il riscontro diagnostico
Si precisa che: <input type="checkbox"/> Si ravvisano ipotesi di reato <input type="checkbox"/> Non si ravvisano ipotesi di reato
IL MEDICO _____ (timbro e firma)
Data _____

DOMANDA DI SEPPELLIMENTO/CREMAZIONE

In qualità di genitori dichiariamo di essere stati informati, entro le 24 ore dall'espulsione/estrazione del prodotto abortivo/feto di quanto previsto dall'art. 7 comma 4 del DPR 285/1990 (Regolamento di Polizia Mortuaria) e di ciò che in proposito l'Azienda sanitaria ha previsto con proprio atto; pertanto al riguardo dichiariamo di:

- non volere farci carico di tale seppellimento
 volere farci carico di tale seppellimento/cremazione tramite Ditta da noi scelta

Data _____

FIRMA DEI GENITORI _____

AUTORIZZAZIONE AL TRASPORTO

Si autorizza il trasporto da parte della Ditta _____ e seppellimento/cremazione presso il cimitero di _____ per il prodotto abortivo/feto espulso/estratto in data _____ alle ore _____ presso l'U.O. di _____ dalla Sig.ra _____

IL DIRETTORE SANITARIO

(pag. 2 di 2)

GESTIONE DI PRODOTTO ABORTIVO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE DALLE 20 ALLE 28 SETTIMANE O FETO DI 28 SETTIMANE COMPIUTE CHE NON SIA STATO DICHIARATO COME NATO MORTO

Informativa

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

ART. 7

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