



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@pasigna.it

PEC: pasigna@pec.pasigna.it

www.pasigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

1. Tecniche e manovre di supporto vitale di base nel paziente adulto e nel paziente pediatrico, compresa la procedura di utilizzo del defibrillatore semiautomatico (procedure BLSD/PBLSD);
2. Tecniche e manovre di valutazione e supporto del paziente traumatizzato (valutazione ABCDE, utilizzo dei presidi di immobilizzazione);
3. Nozioni principali del corso per "Soccorritori di Livello Avanzato";

Il materiale pubblicato relativamente ai precedenti punti (1, 2, 3), costituisce una documentazione di sintesi, utile per il ripasso dei principali argomenti. Si precisa che i quesiti potranno attenersi all'intero programma del corso per Soccorritori Livello Avanzato e del corso BLSD/PBLSD, secondo le vigenti linee guida in uso per gli esami svolti nell'Azienda USL Toscana Centro-S.O.C. 118 Firenze-Prato.

4. Procedura trasporto paziente colonizzato-infetto;
5. Procedure e linee di indirizzo relative alla gestione dell'emergenza covid-19 per le centrali operative 118 e i sistemi di emergenza territoriale toscani e flow-chart Pubblica Assistenza Signa;
6. Nozioni generali sul funzionamento del Sistema 118;
7. Nozioni generali sul funzionamento del Sistema 112;
8. Procedura utilizzo terminale di bordo e sistema radio 118 Firenze-Prato;
9. Nozioni di guida in sicurezza dei mezzi di soccorso e norme del codice della strada relative alla conduzione dei veicoli di emergenza e soccorso;
10. Procedura amministrativa inerente i trasporti sanitari e relative modalità di rendicontazione (Procedura Azienda USL Toscana Centro ed ex Accordo Quadro Regionale Trasporti Sanitari);
11. Conoscenze di base riguardo le previsioni della legge regionale Toscana 22 maggio 2001 n. 25, relativo regolamento di attuazione e tabelle inerenti le dotazioni obbligatorie dei mezzi



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

di soccorso e i profili formativi del personale soccorritore; Conoscenze di base riguardo la legge regionale Toscana 30 dicembre 2019 n. 83

12. Statuto "Pubblica Assistenza Signa ODV";
13. D.P.R. 10 settembre 1990 n. 285 "Regolamento di Polizia Mortuaria";
14. Regolamento per i servizi di Polizia Mortuaria del Comune di Signa (approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 12 del 02.04.2012);
15. Circolare Ministero della Salute Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia SARS-CoV-2 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e della cremazione;



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

**Tecniche e manovre di supporto vitale di base nel
paziente adulto e nel paziente pediatrico, compresa
la procedura di utilizzo del defibrillatore
semiautomatico (procedure BLSD/PBLSD)**

**Tecniche e manovre di valutazione e supporto del
paziente traumatizzato (valutazione ABCDE, utilizzo
dei presidi di immobilizzazione)**

**Nozioni principali del corso per "Soccorritori di Livello
Avanzato"**

SUPPORTO VITALE DI BASE E DEFIBRILLAZIONE PRECOCE ADULTI

BLS-D

I decessi causati da malattie cardiovascolari costituiscono la prima causa di morte della popolazione e, in buona parte, sono da attribuire a morte improvvisa per arresto cardiaco (1 persona ogni 1000 abitanti all'anno).

E' possibile intervenire con successo per impedire la morte della vittima, ma per ottenere un esito positivo è necessario attuare **prima possibile** (e comunque entro i primi 5 minuti dall'insorgenza dell'evento) le manovre rianimatorie definite come **BLS-D**.

BLS (Basic Life Support) significa supporto di base delle funzioni vitali secondo procedure standard previste da linee guida internazionali.

Il BLS si rende necessario per il soccorso di persone colpite da grave compromissione di una o più delle tre funzioni vitali (coscienza, respiro, circolo).

L'obiettivo principale del BLS è quello di prevenire danni al cervello dovuti a mancanza d'ossigeno.

La cessazione dell'attività respiratoria e di quella cardiaca, indipendentemente dalle cause che la determinano, comportano la mancanza d'apporto d'ossigeno al cervello, con la comparsa di danni

irreversibili in pochissimi minuti (5- 10 minuti).

I danni irreversibili al cervello possono essere evitati se rapidamente si realizza un soccorso efficace. Il numero di persone che sopravvive ad un arresto cardiorespiratorio, senza danni permanenti, dipende dalla rapidità con cui si realizza la cosiddetta "*catena della sopravvivenza*", costituita da 4 anelli concatenati:

- **Allarme precoce al sistema d'emergenza sanitaria (118)**
- **Inizio precoce del BLS da parte di persone addestrate**
- **Defibrillazione precoce**
- **ACLS (Advanced Cardiac Life Support = soccorso cardiaco avanzato).**

I primi tre anelli della catena prevedono manovre e procedure che possono essere efficacemente eseguite in tempi rapidissimi da persone addestrate, non necessariamente Medici o Infermieri.

SICUREZZA NEL SOCCORSO

Prima di precipitarsi sulla vittima ed iniziare la sequenza BLS è necessario accertarsi che **non** esistano rischi ambientali, sia per i soccorritori, sia per la vittima.

Dobbiamo quindi osservare attentamente se l'ambiente presenta pericoli, es. ambiente saturo di gas, rischio d'incendio, rischi derivanti da corrente elettrica, pericoli di crollo, rischi derivanti da traffico, etc.

Durante le fasi d'avvicinamento alla vittima va osservata e rilevata qualsiasi situazione che possa mettere a rischio i soccorritori, i quali devono per prima cosa garantire la propria incolumità.

In caso di rischio rilevato, i soccorritori non devono avvicinarsi alla vittima, ma chiamare immediatamente la Centrale Operativa 118 che attiverà il soccorso tecnico adeguato.

Anche successivamente, durante tutte le fasi del soccorso, va prestata attenzione a potenziali rischi ambientali.

SEQUENZA DEL BLS (ABC)

Le procedure del BLS prevedono 3 passi fondamentali:

- **A** (dall'inglese Airway) = aperture delle vie aeree
- **B** (dall'inglese Breathing) = respiro
- **C** (dall'inglese Circulation) = circolo

ATTENZIONE: le manovre del BLS sono invasive e non prive di rischi, per cui, prima di iniziare tali manovre si deve procedere ad un'attenta valutazione.

FASE A

1. Valutazione dello stato di coscienza

Si scuote la vittima per le spalle con forza sufficiente a svegliare una persona che dorme e si chiama a voce alta; la mancata risposta da parte della vittima dà inizio all'attivazione della sequenza del BLS.

Se la vittima **non risponde** occorre:

- Far attivare o attivare immediatamente il sistema d'emergenza (118)
- Porre la vittima su un **piano rigido** (es. per terra), in **posizione supina** (pancia in su), con capo, tronco ed arti **allineati, scoprire il torace**.

2. Ispezione della bocca

Successivamente dobbiamo accertarci che la *bocca sia libera da qualunque corpo estraneo*. Si apre la bocca utilizzando il pollice e l'indice di una mano con movimento incrociato e si procede, solo se si sospetta una ostruzione delle vie aeree (corpo estraneo), allo svuotamento della bocca (compresa la rimozione di protesi dentarie, solo se mobili).

3. Apertura delle vie aeree

Dato che lo stato d'incoscienza determina il completo rilasciamento dei muscoli, compresa la lingua, per evitare la chiusura delle prime vie aeree, conseguente alla caduta della lingua all'indietro, si procede ad **iperestendere** la testa: ponendo una mano sulla fronte e due dita (indice e medio) dell'altra mano sotto il mento, in corrispondenza della parte ossea, si determina lo spostamento all'indietro della testa ed il sollevamento del mento, con ripristino della pervietà delle prime vie aeree.

FASE B e C

Valutazione dell'attività respiratoria e segni di circolo

Si avvicina la guancia alla bocca della vittima, mantenendo la pervietà delle vie aeree con la manovra d'iperestensione e si procede alla valutazione della presenza o assenza dell'attività respiratoria e dei segni di circolo (movimenti, respirazione, tosse).

La dizione **GAS** è utilizzata per ricordare i tre elementi essenziali per la valutazione dell'attività respiratoria:

- **Guardo l'espansione del torace;**
- **Ascolto la presenza di rumori respiratori;**
- **Sento se fuoriesce aria dalle vie aeree.**

La fase di valutazione deve durare *10 secondi*.

Se **l'attività respiratoria È PRESENTE** occorre continuare a mantenere la testa iperestesa, per evitare che la lingua vada a chiudere le vie aeree e porre la vittima in posizione laterale di sicurezza;

Se, invece, **l'attività respiratoria ed i segni di circolo SONO ASSENTI** si deve immediatamente iniziare il *massaggio cardiaco*.

E' consigliato il posizionamento della *Cannula di Guedel*.

Le **COMPRESSIONI TORACICHE** determinano lo svuotamento del cuore spremuto, perché compreso tra due piani rigidi, cioè tra lo sterno e la colonna vertebrale. Per eseguire un massaggio correttamente il soccorritore si deve posizionare al fianco della vittima con le braccia rigide e con le spalle perpendicolari al torace della vittima stessa. Il fulcro del movimento del soccorritore è rappresentato dal bacino.

Per effettuare un massaggio cardiaco corretto occorre **ricercare il punto giusto** dove eseguirlo:

- Si posiziona la parte prossimale del palmo della mano (parte più vicina al polso) al **centro del torace sullo sterno**, si sovrappone la seconda mano sulla prima e s'inizia il massaggio cardiaco.
- Ad ogni compressione il torace si deve abbassare di **5 cm**.
- Ogni compressione deve essere seguita dal completo rilassamento.
- Il rapporto fra compressioni e insufflazioni deve essere di **30:2**, cioè si devono alternare sempre 30 compressioni a 2 insufflazioni efficaci.
- Il numero di compressioni toraciche da eseguire deve essere **100-120 ogni minuto**.
- Il soccorritore che effettua le compressioni toraciche *dovrebbe* poter essere sostituito ogni 2 minuti ovvero **5 cicli**, un ciclo è composto da 30 compressioni toraciche alternate a 2 insufflazioni.

Qualunque sia la tecnica utilizzata:

- ogni insufflazione deve durare **1 secondo**;
- ogni insufflazione è efficace se determina il **sollevamento del torace**
- insufflazioni brusche o eseguite senza mantenere una corretta iperestensione possono provocare distensione gastrica con conseguente rischio che la vittima possa vomitare.
-

La rianimazione cardio-polmonare va **INTERROTTA** solo:

- **alla ripresa di una respirazione efficace,**
- **dall'arrivo del soccorso avanzato,**
- **dall'utilizzo del defibrillatore automatico esterno,**
- **per esaurimento fisico dei soccorritori.**

Nel caso in cui la vittima **non respiri**, ma **SONO PRESENTI SEGNI DI CIRCOLO** (si muove, deglutisce, tossisce) effettuare **10-12 insufflazioni al minuto** (1 ogni 5-6 secondi) e **rivalutare i segni di circolo ogni minuto**.

DEFIBRILLAZIONE PRECOCE

OBIETTIVO BLS (ABC): prevenire il danno anossico celebrale (supporto delle funzioni vitali per prevenire danni al cervello da carenza d'ossigeno).

OBIETTIVO DEFIBRILLAZIONE (D): risolvere la complicanza letale aritmica, con il ripristino del ritmo cardiaco. La defibrillazione è l'applicazione di una corrente elettrica, tramite piastre poste sul torace, allo scopo di recuperare il ritmo cardiaco nel caso si sia verificato un arresto cardiocircolatorio.

Si utilizza un apparecchio, **il defibrillatore**, che:

- **analizza il ritmo cardiaco;**
- **identifica i ritmi correggibili con la scarica elettrica, secondo modalità predefinite**

Il successo del trattamento è strettamente legato alla **precocità** con cui la scarica elettrica viene erogata.

Il **Defibrillatore Semi-Automatico Esterno (D.A.E.)** è un apparecchio salvavita ad alta tecnologia che esegue **automaticamente** la diagnosi **senza alcuna responsabilità diagnostica del soccorritore**.

L'apparecchio è preciso, sicuro, facile da utilizzare ed efficace.

Può essere utilizzato da tutti dopo un'**adeguata formazione** a cura della Centrale Operativa 118 di riferimento.

Operatività del D.A.E.

Si utilizza il DAE solo dopo un'attenta valutazione delle funzioni vitali della persona da soccorrere, quando si constata:

- **Assenza di coscienza**
- **Assenza di respiro e segni di circolo**

A questo punto:

- Si posiziona il DAE *in prossimità della testa del paziente*
- Si attiva l'apparecchio che guiderà vocalmente il soccorritore in tutte le operazioni
- *Si applicano le piastre adesive sul torace; per il loro corretto posizionamento si potrà fare riferimento al disegno presente sulle piastre stesse, curandone la perfetta adesione al torace (asciugare la cute se umida o bagnata, rasare in presenza di folta peluria, togliere eventuali cerotti terapeutici, mai posizionare le piastre su pacemaker)*
- Si collega il connettore delle piastre all'apparecchio.

Dopo aver riscontrato che il paziente è privo delle funzioni vitali (non respira e non ha segni di circolo) il DAE deve essere immediatamente utilizzato non appena disponibile.

SEQUENZA BLS

Fase A

Valuta lo stato di coscienza

SE ASSENTE:

- Avvisa il 118
- Allinea la vittima
- Scopre il torace
- Ispeziona il cavo orale
- Iperestende la testa

Fasi B e C

Valuta GAS e segni di circolo per 10 secondi

SE RESPIRO E SEGNI DI CIRCOLO ASSENTI:

1. Conferma al 118 che il paziente è in ACR
2. Inizia le manovre di rianimazione cardiopolmonare

3. Appena disponibile applica il DAE

APPLICAZIONE DEL DAE:

1. Posizionamento apparecchio di fianco alla testa del paziente
2. Accensione/Apertura sportello
3. Rasatura e asciugatura torace
4. Posizionamento Piastre
 - Una piastra nella **regione sottoclaveare destra**
 - Una piastra sulla **linea ascellare media di sinistra**

Il DAE dopo aver posizionato le piastre avvierà l'**ANALISI DEL PAZIENTE** enunciando al termine se lo shock è indicato o non indicato. Durante l'analisi il soccorritore controlla che nessuno tocchi il paziente. Non vi è discrezionalità da parte dell'operatore e quindi nessuna responsabilità diagnostica.

Una volta riconosciuto un ritmo defibrillabile segnala con allarme acustico e visivo la necessità di erogare lo shock. Il soccorritore dopo aver **controllato l'assoluta sicurezza per se e per gli astanti**, deve premere l'apposito pulsante erogando la scarica elettrica determinata automaticamente dal DAE.

Dopo ogni shock riprendere immediatamente con 30 compressioni toraciche alternate a 2 ventilazioni da ripetere per 2 minuti (5 cicli).

Al termine dei 2 minuti il DAE ripeterà in automatico l'analisi del ritmo cardiaco e prontamente le manovre rianimatorie dovranno essere interrotte.

SUPPORTO VITALE DI BASE E DEFIBRILLAZIONE PRECOCE ADULTI

PBLS-D

Introduzione

Il PBLS-D deve essere praticato nei soggetti in cui risultino compromesse una o più funzioni vitali, es.: paziente in arresto respiratorio (“non respira”) o in arresto cardio-respiratorio (“non respira, non segni di circolo”).

Il **PBLS-D** si basa su:

1. Valutazione e supporto :
 - della pervietà delle vie aeree A
 - del respiro B
 - del circolo C
2. Defibrillazione D

Obiettivo

L’obiettivo del PBLS-D è la *prevenzione del danno da carenza di ossigeno*, per cui è necessario fornire al corpo e specialmente al cervello ed al cuore, ossigeno attraverso le ventilazioni di soccorso, le compressioni toraciche esterne e la defibrillazione.

La rianimazione deve iniziare immediatamente.

DIFFERENZE ANATOMICHE E FISIOLOGICHE TRA BAMBINI E ADULTI:

Testa

· **La testa è grande in rapporto alle dimensioni del corpo e nel lattante sono presenti delle zone molli (“fontanelle”):** ATTENZIONE A NON COMPRIMERLE DURANTE LE MANOVRE DI RIANIMAZIONE !

Vie Aeree

- Le vie aeree del lattante e del bambino hanno un calibro minore rispetto all’adulto
- La lingua è molto grossa in rapporto alla bocca

L’ A B C D

- **A - airway** (vie aeree)
- **B - breathing** (respiro)
- **C - circulation** (circolo)
- **D - defibrillation** (defibrillazione)

Le tecniche di rianimazione cardiopolmonare si differenziano in base all’età :

LATTANTE: *al di sotto di 1 anno di età’*

BAMBINO: *da 1 anno fino alla pubertà*

Prima di avvicinarsi al paziente pediatrico ed iniziare la sequenza PBLS-D è necessario accertarsi che **non esistano rischi ambientali**, sia per i soccorritori, che per la vittima.

Dobbiamo quindi osservare attentamente se l’ambiente presenta pericoli, es. ambiente saturo di gas, rischio di incendio, rischi derivanti da corrente elettrica, pericoli di crollo, rischi derivanti da traffico, ecc...

Durante la fase di avvicinamento alla vittima va osservata e rilevata qualsiasi situazione che possa mettere a rischio i soccorritori, i quali devono per prima cosa garantire la propria incolumità.

In caso di rischio rilevato i soccorritori non devono avvicinarsi al paziente pediatrico, ma chiamare immediatamente la Centrale Operativa 118, che attiverà il soccorso tecnico adeguato. Anche successivamente, durante tutte le fasi del soccorso, deve essere prestata attenzione a potenziali rischi ambientali.

FASE A

1. Valutazione dello stato di coscienza

Per valutare lo stato di coscienza si chiama il paziente a voce alta e si pizzica tra la spalla ed il collo bilateralmente; va evitato lo scuotimento del paziente.

Se è incosciente:

- far attivare o attivare immediatamente il sistema d'emergenza 118,
- porre la vittima su un piano rigido (es. per terra), in posizione supina (pancia in su), con capo, tronco ed arti allineati.

2. Ispezione della bocca

Successivamente dobbiamo accertarci che la bocca sia libera da qualunque corpo estraneo. Si apre la bocca utilizzando il pollice e l'indice di una mano con movimento incrociato e si procede, solo se si sospetta una ostruzione delle vie aeree (corpo estraneo), allo svuotamento della bocca mediante un dito posizionato ad uncino.

3. Apertura delle vie aeree

Nel **lattante** è importante mantenere la **posizione neutra** del capo; un'iperestensione, infatti, diversamente dall'adulto, può compromettere la pervietà delle vie aeree.

Nel **bambino** per ottenere la pervietà delle vie aeree:

- sollevare il mento con una o due dita della mano: le dita devono essere posizionate sulla mandibola evitando di comprimere le parti molli del collo.
- spingere indietro la testa appoggiando l'altra mano sulla fronte, facendo perno sulla nuca.

In alternativa sollevare e dislocare in avanti il mento afferrando la mandibola e l'arcata dentale inferiore con il pollice e due dita della mano. Questa manovra si applica quando il semplice sollevamento della mandibola con uno o due dita non risulta efficace e quando l'estensione della testa e del collo è da evitare. Infatti, in caso di trauma o quando le altre manovre non risultano efficaci, è possibile anche eseguire la **manovra di sublussazione della mandibola** ponendosi dietro la testa del paziente, agganciando gli angoli della mandibola con le due mani e spingendo verso l'alto la mandibola stessa.

FASE B

Valutazione dell'attività respiratoria

Si avvicina la guancia alla bocca della vittima mantenendo la pervietà delle vie aeree e si procede alla valutazione della presenza o assenza dell'attività respiratoria.

La dizione **GAS** è utilizzata per ricordare i tre elementi essenziali per la valutazione dell'attività respiratoria:

- **Guardo** l'espansione del torace e/o dell'addome;
- **Ascolto** la presenza di rumori respiratori;
- **Sento** se fuoriesce aria dalle vie aeree.

La fase di valutazione deve durare **10 secondi**.

Se il paziente RESPIRA: *mantenere la pervietà delle vie aeree*. Soltanto nel bambino e in assenza di trauma si può utilizzare la **posizione laterale di sicurezza**.

Se il paziente NON RESPIRA: *eseguire 5 insufflazioni* lente e progressive della durata di 1,5 secondi ciascuna, con tempo d'inspirazione ed espirazione uguali. E' necessario verificare che il torace e l'addome *si espandano* durante le insufflazioni e si abbassino tra un'insufflazione e l'altra. In caso di insuccesso si passa alla sequenza del corpo estraneo.

Qualunque sia la tecnica utilizzata:

- ogni insufflazione deve durare **1,5 secondi**;
- ogni insufflazione è efficace se determina il **sollevamento del torace**;
- insufflazioni brusche o eseguite senza mantenere una corretta pervietà delle vie aeree, possono provocare distensione gastrica, con conseguente rischio che la vittima possa vomitare.

FASE C

Dopo le 5 insufflazioni di soccorso è necessario **valutare la presenza di segni di circolo** (movimenti, attività respiratoria regolare, tosse, deglutizione) per **10 secondi**.

Se i segni di circolo SONO PRESENTI: sostenere solo il respiro con **20 insufflazioni al minuto** (1 ogni 3 secondi) rivalutando i segni di circolo ogni 60 secondi.

Se i segni di circolo SONO ASSENTI: iniziare le **Compressioni Toraciche Esterne** (CTE) associandole alle **ventilazioni** con rapporto compressioni/ventilazioni di **15:2** per 5 cicli (circa 2 minuti).

Ricerca del punto di compressione toracica:

Sia nel lattante che nel bambino le compressioni toraciche vanno esercitate in corrispondenza del terzo inferiore dello sterno: *far scorrere lungo l'arcata costale due dita fino ad individuare la parte finale dello sterno; quindi far scorrere le stesse dita sullo sterno verso la testa di circa 2 cm*.

Nel **lattante** le compressioni toraciche vanno effettuate con **2 dita** (di solito 3° e 4° dito) perpendicolari allo sterno.

Nel **bambino** le compressioni toraciche vanno effettuate con **una mano** o con le **due mani** perpendicolari allo sterno *in rapporto alle dimensioni del paziente* (indicativamente una mano al di sotto degli 8 anni e due mani al di sopra degli 8 anni).

Nella tecnica ad una mano si posiziona la parte prossimale del palmo della mano (parte più vicina al polso) nel punto di compressione e si inizia il massaggio cardiaco.

- Ad ogni compressione il torace si deve abbassare **di 2-3 cm**.
- Ogni compressione deve essere seguita dal completo rilassamento

- Il rapporto fra compressioni e insufflazioni deve essere di **15:2**, cioè si devono alternare sempre 30 compressioni a 2 insufflazioni efficaci.
- Il numero di compressioni toraciche da eseguire deve essere circa **100-120 ogni minuto**.
- Per la tecnica a due mani vale quanto descritto nell'adulto.

LA DEFIBRILLAZIONE PEDIATRICA (FASE D)

La defibrillazione semiautomatica esterna è indicata **soltanto nel bambino (età superiore ad 1 anno) possibilmente con dispositivi predisposti per l'età pediatrica**.

Si utilizza il DAE solo dopo un'attenta valutazione delle funzioni vitali del bambino da soccorrere, quando si constata:

- **Assenza di coscienza**
- **Assenza di respiro e segni di circolo**

L'utilizzo del DAE è indicato sempre dopo 5 cicli di rianimazione cardio-polmonare.

A questo punto:

- Si posiziona il DAE *in prossimità della testa del paziente*
- Si attiva l'apparecchio che guiderà vocalmente il soccorritore in tutte le operazioni
- *Si applicano le piastre adesive sul torace*; per il loro corretto posizionamento si potrà fare riferimento al disegno presente sulle piastre stesse, curandone la perfetta adesione al torace
- Si collega il connettore delle piastre all'apparecchio

LA DISOSTRUZIONE DELLE VIE AEREE NELL'ADULTO

La manovra di disostruzione delle vie aeree è da praticare quando un corpo estraneo (cibo o piccolo oggetto) viene inalato nelle vie aeree causando un'ostruzione parziale o totale al normale passaggio dell'aria. Condizione che può portare rapidamente alla perdita di coscienza e successivamente all'arresto respiratorio e cardiocircolatorio.

In caso di ostruzione parziale di solito la vittima riesce a tossire producendo sibili respiratori. Il soccorritore deve limitarsi a sorvegliare la vittima e attivare il soccorso 118 senza effettuare nessuna manovra che potrebbe causare un peggioramento dell'ostruzione.

Se il tentativo della vittima di espellere autonomamente il corpo estraneo con la tosse non ha successo e si verifica un aumento della difficoltà respiratoria (stridore inspiratorio, tosse debole ed eventuale comparsa di cianosi) l'ostruzione parziale dovrà essere trattata come un'ostruzione completa.

In caso di ostruzione completa la vittima, generalmente in piedi, dà segni di soffocamento portandosi le mani al collo (segno patognomonico di ostruzione delle vie aeree) e non sarà più in grado di parlare né di tossire.

In questo caso, se non si interviene tempestivamente tentando la disostruzione, la vittima, non essendo più in grado di ossigenarsi, perderà coscienza entro pochi minuti andando molto probabilmente incontro ad ACR.

La manovra di disostruzione completa prevede due tipologie d'intervento:

Paziente cosciente: è possibile effettuare 5 pacche interscapolari (dal basso verso l'alto) ponendosi lateralmente e facendo flettere il busto in avanti. Se questa manovra non ha successo è possibile passare alle compressioni addominali ponendosi dietro al paziente (cinturarlo con le braccia) e poggiando una mano con il pugno chiuso in epigastrio e l'altra mano sopra. Così posizionati, effettuare compressioni antero-posteriori e contemporaneamente dal basso verso l'alto (1 ogni 2 secondi circa).

Continuare le manovre, alternandole, fino a disostruzione e/o fino a che il paziente non perde coscienza.

Paziente incosciente: adagiare la vittima sul pavimento, allertare il 118 (se non fatto in precedenza), iperestendere la testa e controllare il cavo orale (rimuovere il corpo estraneo se visibile). A questo punto passare direttamente alle compressioni toraciche esterne con cicli di RCP 30:2 verificando sempre il cavo orale prima di effettuare i

tentativi di ventilazione

BTLS

Il Supporto Vitale nel Trauma (SVT)

INTRODUZIONE

Fin'ora abbiamo visto come soccorrere una persona con le funzioni vitali di base compromesse. Come detto si trattava di una persona in cui si erano escluse lesioni di tipo traumatico. Adesso imparerete ad affrontare la compromissione delle funzioni vitali di base in una persona che sia coinvolta in eventi traumatici.

La fase della valutazione comprende due aspetti fondamentali:

- Valutazione dello scenario e della dinamica
- Valutazione primaria e secondaria della persona traumatizzata

E' importante ricordare che uno degli obiettivi e principi fondamentali del trattamento del paziente traumatizzato è garantire sempre e comunque l'allineamento perfetto di testa-collo-tronco.

OBIETTIVI FORMATIVI

Di fronte ad un evento traumatico che abbia coinvolto una o più persone il soccorritore è in grado di:

- Valutare la scena che si presenta
- Sospettare le lesioni più frequenti e probabili in base alla dinamica dell'evento traumatico
- Effettuare la valutazione primaria della persona vittima di un evento traumatico
- Riconoscere l'assenza di una o più funzioni vitali in una persona vittima di un evento traumatico ed eseguire le tecniche di B.L.S.
- Effettuare la valutazione secondaria

EPIDEMIOLOGIA DEL TRAUMA

La morte a seguito di un evento traumatico può essere descritta da un andamento trimodale, ovvero con tre picchi di mortalità

- Circa il 50% dei pazienti muore subito dopo il trauma (PREVENZIONE);
- Circa il 30% muore nelle prime ore dopo il trauma; le morti possono in parte essere evitate mediante trattamenti corretti, atti a stabilizzare i parametri vitali del paziente;
- Circa il 20% muore dopo giorni o settimane dall'evento traumatico in seguito a complicanze soprattutto infettive insorte durante la degenza (un corretto trattamento pre-ospedaliero contribuisce a diminuire queste morti).

GOLDEN HOUR

È la prima ora dopo il trauma, durante la quale i trattamenti attuati sul paziente incidono in maniera rilevante sulla riduzione della mortalità e sugli esiti invalidanti.

Nel soccorso al traumatizzato dobbiamo riconoscere e trattare i danni primari, cioè quelli legati al trauma, ed impedire l'instaurarsi di danni secondari, che peggiorano i già presenti danni primari.

I più comuni danni secondari sono:

- Ipossia
- Ipercapnia (è l'aumento nel sangue della concentrazione di anidride carbonica).
- Ipotermia
- Ipotensione/ipovolemia (emorragie)
- Danni conseguenti a manovre scorrette

DIFFICOLTÀ CONNESSE AL TRAUMA

Il soccorritore che opera sulla scena di un trauma si può trovare ad affrontare problemi di varia natura:

- luogo dell'intervento non agevole o pericoloso
- paziente non collaborante
- variabilità degli scenari (tipologia, gravità delle lesioni, numero di feriti)
- coinvolgimento emotivo sia dei soccorritori che degli astanti

IL POLITRAUMATIZZATO

Si definisce politraumatizzato un soggetto che ha subito due o più lesioni a carico di organi vitali, almeno una delle quali tale da metterne in pericolo la vita.

Il primo trattamento al traumatizzato è una delle emergenze più complesse da trattare poiché la gravità delle lesioni riportate va a sommarsi ad eventuali patologie preesistenti. Trattandosi però dell'ambito nel quale il Soccorritore Volontario ha piena capacità di azione è opportuno che l'intervento venga svolto con la massima attenzione e con la piena consapevolezza delle manovre da intraprendere.

VALUTAZIONE DELLA SCENA

La regola principale è quella di compiere una attenta valutazione dello scenario prima di intervenire e compiere qualunque manovra per non esporre a rischi sia i soccorritori che gli astanti.

Nel caso in cui lo scenario non sia stabilizzabile dalla squadra di soccorso, essa dovrà allertare tramite il 118 le competenze adatte a rendere lo scenario sicuro prima di intervenire sui pazienti.

Quando vi troverete a soccorrere persone vittime di emergenze di tipo traumatico dovrete affrontare situazioni molto diverse tra loro e problemi di salute di gravità molto variabili. Inoltre le cause di un trauma possono essere le più disparate.

Conoscere le situazioni e le dinamiche più frequenti vi consentirà di individuare e/o sospettare il 90% circa delle lesioni prima ancora di valutare la persona coinvolta.

Il desumere la **dinamica dell'evento** può orientare sulla reale energia entrata in gioco nell'evento e, di conseguenza, sui possibili danni presenti nel paziente anche se **apparentemente** incolume.

La vittima di un trauma a dinamica maggiore è da considerarsi come un politraumatizzato e in quanto tale deve essere centralizzato.

La valutazione della scena si basa su tre fattori (le tre S):

Sicurezza: Valutazione del rischio evolutivo e adeguata protezione

Scenario: Numero dei veicoli coinvolti, danni, tipo di energia

Situazione: Cos'è accaduto, perché, quante persone coinvolte

Sono considerati traumi a dinamica maggiore:

- caduta da altezza uguale o superiore a 5 metri
- auto contro pedone
- necessità di estricazione prolungata
- presenza di persone decedute nello stesso mezzo
- deformazioni gravi della carrozzeria del veicolo con rientramenti superiori a 20 cm
- ferito sbalzato dall'abitacolo
- pedone o motociclista proiettato a distanza
- altri traumi con caratteristiche similari

Valutazione del rischio evolutivo

Durante i vostri servizi vi troverete spesso ad agire in condizioni ambientali rischiose per voi e per le persone che soccorrete. Questa considerazione è valida non solo in caso di incidenti stradali, crolli ed incendi ma, più in generale, ogni qualvolta vi siano state delle conseguenze traumatiche. In tutti questi casi dovrete porre in atto gli interventi in grado di evitare danni per voi e per le persone che soccorrete.

Rischio evolutivo sanitario:

Situazione di potenziale pericolo che può manifestarsi nell'esecuzione delle metodiche di soccorso e nel rapporto con le persone da soccorrere.

I rischi evolutivi sanitari sono legati principalmente a:

- Presenza di liquidi o altro materiale organico potenzialmente infetti o inadeguata igiene dell'ambulanza
- Ostacoli naturali e/o artificiali
- Scale e/o terreno accidentato
- Ostacoli nel percorso fino alla persona da soccorrere
- Presenza di oggetti contundenti
- Trasporto della persona (persona non accuratamente cinghiata ai presidi e/o alla barella; oggetti o strumenti mal fissati all'interno dell'ambulanza..)

Rischio evolutivo non sanitario:

Situazione di potenziale pericolo determinata dallo scenario dell'evento. Le situazioni a rischio evolutivo non sanitario sono moltissime; ne presenteremo solo alcune particolarmente frequenti o che possono essere fonte di rischio anche mortale.

Incidente stradale

- Spegnete il quadro elettrico del veicolo coinvolto, per evitare incendi (sfilate poi le chiavi dal quadro e posizionatele sul cruscotto del veicolo)
- Azionate il freno a mano per stabilizzare il veicolo
- Riferite alla C.O. 118 i dati necessari per richiedere l'intervento dei Vigili del fuoco o delle Forze dell'Ordine se necessario
- In caso di principio di incendio del veicolo utilizzate, se possibile, l'estintore portatile, rivolgendo il getto alla base delle fiamme facendo attenzione a non esporre gli occupanti del veicolo alla nuvola chimica generata dall'estintore
- Attendete l'arrivo dei Vigili del Fuoco se non avete un accesso agevole all'interno del veicolo oppure in caso di incendio dei veicoli
- In caso di coinvolgimento di un veicolo adibito al trasporto di sostanze infiammabili, riferite alla C.O. 118 la situazione e quanto riportato sul pannello arancione identificativo della sostanza (codice Kemmler-ONU). Sul pannello sono riportati due numeri:
 - Superiore (due/tre cifre) indica il grado di pericolosità
 - Inferiore (quattro cifre) indica la sostanza trasportata

Dovrete inoltre delimitare la zona di pericolo in caso di scarsa visibilità o pericoli che possono comportare un rischio evolutivo:

- Segnalate l'incidente con torce e con i dispositivi luminosi in dotazione all'ambulanza
- Attenzione a strada scivolose
- Deviate il traffico
- Allontanate i passanti

Incendio in abitazione

- Richiedete **sempre** alla C.O. 118 l'intervento dei Vigili del Fuoco e delle Forze dell'Ordine e attendete il loro arrivo prima di intervenire
- Favorite l'uscita delle persone presenti nei locali invasi dal fumo senza entrarvi voi stessi
- Non utilizzare mai ascensori o montacarichi per raggiungere i piani alti
- Non utilizzare mai l'acqua per spengere parti elettriche in tensione
- Utilizzate i caschi di protezione presenti in ambulanza

Fuga di gas

Si tratta di una delle situazioni a maggior rischio ma è facilmente individuabile in quanto sentirete un odore caratteristico di gas.

- Richiedete **sempre** alla C.O. 118 l'intervento dei Vigili del Fuoco e delle Forze dell'Ordine
- Non entrate in stanze sature di gas
- Se possibile aprite porte e finestre per consentire l'aerazione degli ambienti
- Se possibile chiudere il rubinetto centrale del gas
- Non utilizzare apparecchiature elettroniche

Cavi elettrici o di alta tensione caduti

- Richiedete **sempre** alla C.O. 118 l'intervento dei Vigili del Fuoco e delle Forze dell'Ordine
- Non tentate di spostare i cavi elettrici con pali, rami o strumenti di fortuna
- Mantenetevi a distanza di sicurezza per evitare il rischio di "Arco Voltaico"

Crollo di un edificio

- Richiedete **sempre** alla C.O. 118 l'intervento dei Vigili del Fuoco e delle Forze dell'Ordine
- Utilizzate i caschi di protezione presenti in ambulanza

LA CATENA DELLA SOPRAVVIVENZA NEL TRAUMA



ALLARME ALLA CENTRALE OPERATIVA 118

Il primo anello della catena è rappresentato dal precoce allertamento del sistema di emergenza attraverso una telefonata alla Centrale Operativa 118 da parte di testimoni o di persone direttamente coinvolte nell'evento. La Centrale Operativa 118, raccolti i dati necessari, provvede ad inviare sul luogo dell'evento le risorse più idonee al soccorso. Infatti, attraverso l'intervista telefonica, la Centrale Operativa 118 raccoglie notizie relative al luogo dell'evento e, se possibile, anche informazioni riguardo alla dinamica, al numero ed al tipo di mezzi coinvolti nell'evento, al numero ed alle condizioni dei feriti. Sarà cura della Centrale Operativa organizzare la riposta più adeguata in base alle risorse disponibili anche allertando precocemente altri enti necessari per l'ottimale e tempestivo soccorso (forze dell'ordine, vigili del fuoco....)

TRIAGE E TRATTAMENTO SUL POSTO

Il secondo anello della catena è relativo alla necessità, giunti sul luogo dell'evento traumatico e valutata la scena, di stabilire la priorità di trattamento, dettata dal numero dei pazienti oltre che dalle condizioni degli stessi (triage sulla scena). Per fare il triage si può utilizzare il protocollo START che, in base a delle semplici valutazioni, ci permette di assegnare un iniziale codice colore per il trattamento dei feriti. Sulla base delle priorità si provvede pertanto agli interventi terapeutici finalizzati alla salvaguardia delle funzioni vitali e all'adozione delle necessarie misure d'immobilizzazione.

[P.S. Il protocollo START sarà illustrato in seguito]

TRASPORTO AD IDONEO OSPEDALE DI DESTINAZIONE

Il terzo anello fa riferimento alla necessità di trasportare il paziente, tempestivamente, all'ospedale di destinazione idoneo al trattamento definitivo del paziente traumatizzato.

TRATTAMENTO OSPEDALIERO

Comprende la gestione intra-ospedaliera del trauma dall'arrivo in Pronto Soccorso al successivo iter diagnostico terapeutico.

Per l'ottimale trattamento del paziente traumatizzato e la conseguente riduzione di mortalità ed esiti invalidanti, tutti gli elementi della catena devono essere in grado di fornire interventi adeguati nei tempi e nella qualità (Vedi "Golden Hour").

L'INTERVENTO DI SOCCORSO - SEQUENZA BTLS (Basic Trauma Life Support)

La squadra di soccorso, allertata dalla Centrale Operativa, durante la fase di raggiungimento del luogo dell'evento, dovrà provvedere alla precisa definizione del ruolo di ciascuno dei componenti della squadra stessa (team leader, 1° e 2° soccorritore). L'intervento risulterà, infatti, tanto più efficace sia in termini di tempo che di qualità dell'assistenza prestata quanto più la squadra di soccorso risulterà coordinata.

VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI SICUREZZA E DELLO SCENARIO

All'arrivo sul luogo dell'evento, il mezzo di soccorso dovrà essere parcheggiato il più vicino possibile ma sempre in assoluta sicurezza sia per i soccorritori che per i presenti. Protetti dai dispositivi di protezione individuale, con particolare riferimento al rischio di contaminazione biologica, prima di avvicinarsi al/ai pazienti, la squadra di soccorso provvederà ad una **rapida valutazione della scena finalizzata alla verifica della presenza di situazioni di pericolo**.

L'approccio al paziente dovrà realizzarsi solo dopo aver attentamente valutato i rischi ed aver escluso, con ragionevole certezza, la presenza di pericoli per i soccorritori.

E' importante che la squadra di soccorso verifichi le notizie eventualmente ricevute dalla Centrale Operativa sul **numero di pazienti coinvolti**, informandola della difformità eventualmente verificata, onde ricevere supporto adeguato. In caso di paziente/i incoscienze/i ed in assenza di testimoni, occorre valutare con attenzione tutti gli elementi (es. borse, cartelle scolastiche, accessori etc.) che potrebbero essere indicativi del coinvolgimento di altri pazienti non immediatamente visibili ai soccorritori (pazienti sbalzati o proiettati a distanza dal luogo dell'evento, scarsa visibilità in orario notturno o per particolari condizioni meteorologiche).

L'attenta **valutazione della dinamica** con cui si è verificato un evento traumatico fornisce all'equipaggio importanti elementi orientativi della tipologia e della gravità delle lesioni subite dai coinvolti.

VALUTAZIONE INIZIALE DELLA PERSONA

La valutazione attenta e completa rappresenta il “momento chiave” per poter identificare e trattare correttamente il problema di salute. Dovrete conoscere molto bene le metodiche di valutazione e di primo soccorso per rendere efficaci le manovre anche in caso di intervento su una persona con più traumi o con traumi molto gravi. E' opportuno ricordare che il buon senso aiuta in qualunque situazione e che è fondamentale valutare prima di intervenire, attuando le tecniche appropriate in base alla valutazione.

Le manovre di primo soccorso che si eseguono sul luogo dell'intervento sono spesso le più importanti per evitare conseguenze alla persona infortunata.

La valutazione iniziale di una persona traumatizzata si divide in tre momenti:

- **VALUTAZIONE RAPIDA:** è una valutazione che precede la Valutazione Primaria, non la sostituisce e prevede una sommaria valutazione dello stato di coscienza, della presenza di respiro e della presenza di polso radiale che ci permettono di avere un quadro iniziale della gravità del trauma e di DIMENSIONARE L'EVENTO in modo rapido e precoce alla C.O. 118
- **VALUTAZIONE PRIMARIA:** consente di riconoscere ed affrontare tutti gli aspetti problematici collegati al trattamento del paziente traumatizzato

Nella **valutazione rapida** ricordare le tre valutazioni principali coscienza, respiro, segni di circolo: se negative ricondurre le azioni alla sequenza BLS avendo cura di proteggere il rachide cervicale. Altrimenti si può passare alla valutazione primaria.

E' sempre opportuno ricordare che spesso l'Ambulanza di Primo Soccorso interviene su uno scenario traumatico a dinamica maggiore o comunque ad alto codice di gravità come primo mezzo: in tutti gli interventi è sempre opportuno procedere quanto prima e in modo precoce a contattare la C.O. 118 per DIMENSIONARE L'EVENTO e riportare i dati salienti delle valutazioni rapide intraprese. Tale chiamata per il dimensionamento dell'evento ha lo scopo di consentire la precoce attivazione di mezzi di soccorso avanzato a supporto o ad ottenere le indicazioni della corretta strategia operativa da intraprendere per fornire il miglior soccorso coordinato.

La **valutazione primaria** è una valutazione che richiede l'utilizzo di simultaneo di tutti i vostri sensi. Si divide in cinque fasi, il cosiddetto A-B-C-D-E, sigla derivata dalle iniziali delle parole inglesi che trovate tra parentesi:

- | | |
|---------------------------------|--|
| A (<i>Airway</i>) | - coscienza, vie aeree e controllo rachide cervicale |
| B (<i>Breathing</i>) | - respirazione e ventilazione |
| C (<i>Circulation</i>) | - circolazione e controllo emorragie |
| D (<i>Disability</i>) | - deficit neurologici |
| E (<i>Exposure</i>) | - valutazione testa-piedi (secondaria), protezione |

ipotermia

FASE A: GARANTIRE E MANTENERE LA PERVIETA' DELLE VIE AEREE STABILIZZARE IL RACHIDE CERVICALE IN POSIZIONE NEUTRA.

Rappresenta il momento iniziale della valutazione primaria. L'approccio deve essere frontale al fine di evitare che il paziente, se cosciente, si giri istintivamente con possibile peggioramento di eventuali lesioni presenti al rachide cervicale.

Valutare la coscienza del paziente chiamandolo ad alta voce (senza scuoterlo).

Il paziente deve essere posto in posizione supina. Nel caso fosse prono procedere alla **manovra di prono-supinazione**.

Il 1° soccorritore si colloca alla testa del paziente, **immobilizzandola** con due mani in posizione neutra (*tale soccorritore, denominato "leader di manovra", dovrà rimanere in tale posizione fino a quanto la testa del paziente sarà totalmente immobilizzata sull'asse spinale attraverso il posizionamento dei cunei appositamente fissati*).

Il team-leader colloca il **collare cervicale** della misura idonea e curando che aderisca perfettamente al paziente assicurando una reale immobilizzazione.

In caso di paziente incosciente occorrerà che il team leader valuti la pervietà delle vie aeree. La pervietà delle vie aeree rappresenta infatti una priorità assoluta, per questo motivo è indicata l'introduzione di una cannula orofaringea (o di Guedel o di Mayo - *sono la stessa cosa con tre nomi diversi!!*) di adeguata misura. Infine scoprire il torace del paziente.

Per quanto riguarda il trauma a carico delle vertebre cervicali, ricordate che *l'assenza di sintomi non esclude la presenza di una lesione*. La presenza di una dinamica a rischio è sufficiente per sospettare tali lesioni, di conseguenza si procederà comunque all'immobilizzazione della colonna. La regola migliore è: **collare a tutti i pazienti traumatizzati** in quanto si considerano *tutti come potenziali portatori di una lesione spinale*.

In alcune situazioni è controindicato riportare il capo in posizione neutra, come nel caso di spasmi della muscolatura del collo, presenza di una asimmetria molto accentuata della colonna, etc. In tutti questi casi dovrete eseguire l'immobilizzazione manuale del capo nella posizione in cui si trova.

Nel caso in cui il paziente rifiuti i presidi di immobilizzazione è necessario informarlo dei rischi a cui va incontro e procedere ad informare la C.O. 118 che darà le opportune indicazioni. E' inoltre opportuno prendere nota del rifiuto dei presidi sulla scheda paziente regionale, facendola firmare se possibile anche al paziente stesso.

FASE B: GARANTIRE E MANTENERE UNA VENTILAZIONE EFFICACE

Garantita la pervietà delle vie aeree valutare la presenza di respiro spontaneo attraverso il GAS (Guarda, Ascolta, Senti).

Se il respiro è assente applicare la sequenza del BLS.

Se il respiro è presente: somministrare ossigeno ad alto flusso (10/12 litri minuto) per mezzo di maschera ossigeno 100%, soprattutto se il paziente manifesta respiro superficiale e di frequenza elevata.

Successivamente valutare l'attività e la meccanica respiratoria usando l'acronimo

OPACS:

OSSERVO

i movimenti del torace (se si muove in modo simmetrico o no)

PALPO

il torace (sento se ci sono rumori alla palpazione, rientranze o

sporgenze)

ASCOLTO

se ci sono rumori durante il respiro (fischi, sibili, crepitii, ecc)

CONTO *la frequenza respiratoria*
SATURIMETRIA *(attenzione se minore di 90% SpO₂)*

Fate particolarmente attenzione a frequenze respiratorie superiori a 20-30 atti al minuto (TACHIPNEA) o inferiori a 12 atti al minuto (BRADIPNEA). Queste possono essere indice di emorragie occulte o di trauma cranico.

In caso di trauma è dimostrato che una somministrazione precoce di ossigeno ad alti flussi si rivela molto utile.

FASE C: GARANTIRE E MANTENERE UNA CIRCOLAZIONE ADEGUATA CONTROLLO DELLE EMORRAGIE

Dopo aver valutato e supportato, ove necessario, la respirazione è importante valutare il circolo e gestire eventuali emorragie evidenti.

In prima istanza si controlla la presenza del **polso radiale**, verificando la frequenza e la ritmicità.

FREQUENZA CARDIACA *(viene rilevata anche attraverso il pulsossimetro)*

POLSO NORMALE	tra 60 e 90 Bpm
POLSO BRADICARDICO	inferiore a 60 Bpm
POLSO TACHICARDICO	superiore a 90 Bpm

La presenza del polso radiale *indica di norma una pressione sistolica (massima) superiore a 80 mmHg*. In caso contrario vi è un rischio di *shock* del paziente, prestare attenzione a riferire alla C.O. questa evenienza.

Se assente si procede alla palpazione del polso carotideo. Se il polso carotideo è assente procedere con la sequenza BLS in quanto è probabile che il paziente sia in A.C.R.

Valutato il polso procedere a **praticare emostasi** per le emorragie esterne tramite compressione diretta (2° soccorritore).

Valutare successivamente eventualmente anche i segni ulteriori di adeguatezza o meno del circolo che sono rappresentati dal **colore e dalla temperatura cutanea** (cute fredda, pallida e sudata è fortemente indicativa di stato di shock).

FASE D: VALUTARE LO STATO NEUROLOGICO

Lo scopo è determinare il **livello di coscienza della persona**. A seconda del grado di risposta che avrete rilevato potrete definire il livello di coscienza in base ad una scala nota come **AVPU**, acronimo anche questo ricavato dalle iniziali di parole inglesi.

Al paziente verrà attribuito:

- il valore **A** (Alert): se sveglio, ben orientato nel tempo e nello spazio, vigile.
- il valore **V** (Verbal): se risponde allo stimolo verbale (cosciente ma confuso o incosciente reattivo

in qualunque modo allo stimolo verbale)

- il valore **P** (Pain): se reattivo in qualunque modo allo stimolo doloroso.
- il valore **U** (Unresponsive): assenza di alcuna risposta, non reagisce a nessuno degli stimoli precedentemente descritti

Se possibile, può essere importante conoscere quale era lo stato di coscienza della persona prima del trauma e in quanto tempo lo stesso si è alterato.

FASE E: VALUTAZIONE TESTA-PIEDI, PROTEZIONE IPOTERMIA

Il passo successivo nella valutazione di una persona traumatizzata è togliere i vestiti alla ricerca di segni e sintomi di trauma e soprattutto di eventuali emorragie sul resto del corpo e predisporre, se non già fatto, l'immobilizzazione del paziente su asse spinale. L'esposizione è indispensabile per trovare tutte le possibili lesioni. In questa fase dovrete applicare il buon senso e porre attenzione particolare al rispetto della privacy della persona soccorsa.

Verificare la presenza di lesioni evidenti a carico di tutti i segmenti corporei del paziente attraverso la **valutazione testa-piedi** (che può essere definita anche "Valutazione Secondaria").

L'ordine da seguire durante tale valutazione prevede di partire dalla testa e arrivare ai piedi. Ricordate che questa parte della valutazione può essere effettuata eventualmente anche in ambulanza, in un ambiente protetto che vi consentirà di agire con tranquillità e rispettando la privacy della persona soccorsa.

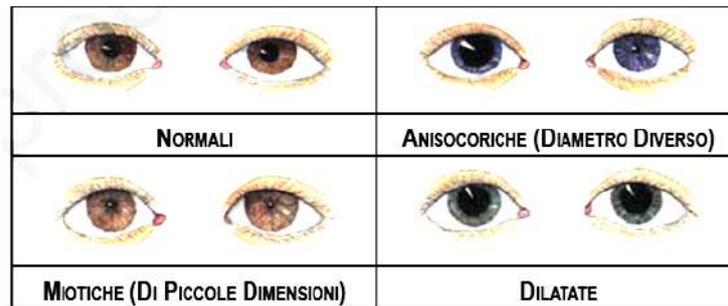
TESTA	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca di lacerazioni, contusioni, fratture delle ossa craniche, fuoriuscita di liquidi, deformazioni • segni di frattura della base cranica (segno di Battle, segno del procione, otorraggia, otoliquorrea, colorito labbra) • controllo pupille*
COLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca di lesioni, ferite, ematomi pulsanti • Ricerca di enfisema sottocutaneo • Ricercare segni di lesione midollare valutazione sensibilità/motilità ai 4 arti
TORACE	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca di lesioni, ferite, segni di fratture, deformazioni • Ricercare ferite soffianti • Osservare simmetria del torace (eventuale Opacs)
ADDOME	<ul style="list-style-type: none"> • Verificare trattabilità addome: dolorabilità, rigidità • Ricercare lesioni, ferite, ematomi.
BACINO	<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare segni di frattura (leggerissima pressione creste iliache), ferite, lesioni. • Incontinenza urinaria e/o fecale • Eventuale valutazione zona genitali in caso di evento a gravissima dinamica e gravi condizioni del paziente
ARTI	<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare segni di fratture, lesioni, lacerazioni • Ricercare polsi periferici

* un elemento da valutare è l'aspetto e la reattività delle **pupille**.

Dovrete osservare:

- Se sono di aspetto normale o se sono dilatate o rimpicciolite

- Se sono entrambe uguali
- Se reagisce appropriatamente alla luce restringendosi (se possibile)



Dopo aver effettuato un'attenta ispezione dovrete coprire la persona per mantenere la temperatura corporea attraverso il **telo isotermico**, mantenendo la parte argentata rivolta verso la persona e quella dorata verso l'esterno (*protezione dall'ipotermia*).

Terminate le valutazioni il Team Leader provvederà infine a comunicare alla Centrale Operativa 118 i risultati delle valutazioni ABCDE e le manovre ed interventi terapeutici intrapresi, attenendosi in seguito alle istruzioni impartite dalla centrale stessa effettuando frequenti rivalutazioni dell'ABCDE. Si ricorda che, negli eventi ad alta criticità in invio o ad alta criticità reale, tale chiamata è successiva al precoce dimensionamento dell'evento alla Centrale Operativa 118 subito dopo la valutazione della dinamica e la valutazione rapida dei pazienti coinvolti.

Se possibile, inoltre, gli equipaggi di soccorso dovrebbero raccogliere direttamente dal paziente o dalle persone presenti notizie relative alle condizioni di salute dei pazienti ed alle terapie in atto prima dell'evento traumatico, comprese eventuali allergie del paziente.

Il trasporto dovrebbe iniziare non appena la persona soccorsa è stata stabilizzata. Durante il tragitto verso l'ospedale è necessario svolgere una valutazione continua. Nel caso in cui le condizioni cambiassero è necessario avisare la C.O. 118 e modificare il proprio comportamento in relazione alla gravità del paziente.

"Basic Trauma Life Support"

T.L. = Team Leader L.M. = Leader di Manovra

Fase	Manovre	Note
0	1) VALUTAZIONE SICUREZZA SCENARIO 2) VALUTAZIONE DINAMICA 3) STIMA NR. PAZIENTI 4) VALUTAZIONE RAPIDA	
A	1) T.L. - VALUTAZIONE COSCIENZA L.M. - Immobilizza testa in posizione neutra	
	2) Posizionare paziente supino	
	3) Posizionare COLLARE CERVICALE	(+ eventuale cannula guedel)
	4) Scoprire torace	
B	1) T.L. - Effettuare G.A.S.	SE ASSENTE PASSARE SUBITO AL BLS E PROCEDERE COME DA PROTOCOLLO
	2) Somministrare Ossigeno Alti Flussi	(10- 12 litri al minuto)
	3) T.L. - Valutazione OPACS OSSERVA il sollevamento del torace PALPA (cercando punti di instabilità e crepitii) ASCOLTA i rumori respiratori CONTA la frequenza respiratoria SATURIMETRIA - Attenzione se inferiore 90%	
C	1) T.L. - Valutare CIRCOLO su polso RADIALE <i>(se assente valutare polso carotideo, se assente anche questo passare al BLS)</i>	Se assente il polso radiale significa che la pressione arteriosa massima è inferiore a 80 mmHg)
	2) Valutare la presenza di EMORRAGIE	Provvedere ai dovuti tamponamenti.
	3) Valutare Frequenza Cardiaca	(+ eventuale valutazione pressione arteriosa)
IN CASO DI ARRESTO CARDIO-CIRCOLATORIO LA SEQUENZA SI FERMA A QUESTO PUNTO FINO AL RIPRISTINO DELLE FUNZIONI VITALI - ESECUZIONE MANOVRE BLS		
D	1) T.L. - Valutazione Neurologica <u>Effettuare A.V.P.U.</u> A- Allert - paziente sveglio e collaborante V- Verbal - Risponde stimoli verbali P- Pain - Risponde stimoli dolorosi U- Unresponsive - Non risponde	
F	1) T.L. - Valutazione Testa- Piedi:	

TESTA	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca di lacerazioni, contusioni, fratture delle ossa craniche, • segni di frattura della base cranica (segno di Battle, segno del procone, otoraggia, otoliquorrea, controllo pupille)
COLLO	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca di lesioni, ferite, ematomi pulsanti, • enfisema sottocutaneo • Ricercare segni di lesione midollare valutazione sensibilità/motilità ai 4 arti
TORACE	<ul style="list-style-type: none"> • Ricerca di lesioni, ferite, segni di fratture • Osservare simmetria del torace (eventuale Opacs)
ADDOME	<ul style="list-style-type: none"> • Verificare trattabilità addome: dolorabilità, rigidità • Ricercare lesioni, ferite, ematomi.
BACINO	<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare segni di frattura (leggera pressione creste iliache), ferite, lesioni. • Eventuale valutazione zona genitali in caso di evento a gravissima dinamica e gravi condizioni del paziente
ARTI	<ul style="list-style-type: none"> • Ricercare segni di fratture, lesioni, lacerazioni • Ricercare polsi periferici
2) Prevenzione Ipotermia	Utilizzare telo termico
3) - Effettuare immobilizzazione paziente (L.M. e Soccorritori) e predisporre per il trasporto. T.L. - Comunicazione C.O. 118	

ACLS

Le attrezzature per il trattamento avanzato e l'assistenza al Professionista Sanitario

L'ACLS - IL TRATTAMENTO AVANZATO

Il supporto avanzato di rianimazione cardiovascolare (in inglese "*advanced cardiac life support*" - ACLS) comprende una serie di procedure mediche che vengono adottate da personale specializzato (medico e infermiere professionale) qualora una persona si trovi in condizioni tali da richiedere un intervento avanzato di supporto alle funzioni vitali.

Per svolgere la procedura ACLS e in ogni caso per garantire il supporto avanzato il professionista sanitario necessita dell'ausilio del personale soccorritore per la preparazione e l'utilizzo di specifici presidi sanitari.

Il positivo esito del trattamento avanzato, oltre che dalla capacità del medico, dipende anche dall'assistenza che il soccorritore è in grado di praticare: per questo conoscere la collocazione precisa di tutti i presidi e il loro corretto utilizzo è essenziale per ogni soccorritore di Livello Avanzato. E' inoltre fondamentale eseguire correttamente la check-list del mezzo per assicurarsi che, in caso di necessità, tutto l'occorrente per il trattamento avanzato sia disponibile.

INTUBAZIONE

L'**intubazione** consiste nell'inserimento di un tubo in un orifizio interno o esterno del corpo. Il termine è usato più di frequente intendendo l'**intubazione tracheale**, la quale consiste nell'inserimento di un tubo nella trachea.

La più comune intubazione tracheale è l'intubazione oro-tracheale (anche detta *intubazione endotracheale*), durante la quale viene passato un tubo endotracheale nella bocca, attraverso la laringe e dentro la trachea. Le altre opzioni è l'intubazione naso-tracheale, nella quale si passa un tubo attraverso il naso, oppure l'intubazione laringea.

L'intubazione è ovviamente eseguita dal professionista sanitario.

INTUBAZIONE OROTRACHEALE

Si tratta della tipologia di intubazione più praticata.

Alla richiesta del medico occorre preparare e passare al professionista una serie di presidi, rispettando il seguente ordine:

1. **LARINGOSCOPIO CON LAMA**
2. **TUBO ORO-TRACHEALE (eventualmente con MANDRINO)**
3. **SIRINGA (min 10ml) PER CUFFIARE**

4. **CATETERE DI MOUNT**
5. **VA E VIENI (o Ambu)**
6. **FONENDOSCOPIO**
7. **CEROTTO (del tipo stretto - 2,5 cm)**

Il **LARINGOSCOPIO** è uno strumento medico grazie al quale è possibile ottenere la visuale della glottide (normalmente impossibile) e quindi le corde vocali ed eseguire se necessario l'intubazione. Il laringoscopio consta di due parti: l'impugnatura, al cui interno vi sono due batterie, e la lama, che è la parte che viene penetrata nella bocca e che grazie ad una piccola luce rende visibile l'interno della laringe. La lama deve essere accuratamente lavata e disinfettata (con disinfettante a base alcoolica) dopo ogni utilizzo.

Le lame possono essere di più misure e di diversa tipologia: curve (Lame di Mac-Intosh) oppure rette (Lame di Miller). Di norma viene utilizzata la lama curva di misura media (misura n°2).

Il **TUBO ORO-TRACHEALE** (chiamato anche "*tubo endotracheale*") è presente in varie dimensioni classificate da una unità di misura numerica. Esistono tubi senza cuffia (misure neonatali) e con cuffia (misure pediatriche e adulti). I tubi con cuffia presentano un "palloncino" che deve essere gonfiato inserendo aria (circa 10 ml) con una siringa nell'apposita fessura.

Il medico può richiedere di "mandrinare" il tubo con il **MANDRINO**: si tratta di un bastoncino metallico monouso (rivestito di gomma) che diviene anima interna del tubo e gli consente di assumere particolari forme. Il mandrino non deve mai fuoriuscire dal tubo nella parte inferiore.

Durante l'intubazione il medico può anche chiedere di ungere il tubo con il **LUAN-GEL** al fine di consentire un minore attrito con le pareti delle vie aeree.

Ulteriormente il medico può chiedere di disporre delle **Pinze di MAGILL** per guidare la punta del tubo della discesa.

INTUBAZIONE LARINGEA

Nel caso il medico decida di praticare l'intubazione laringea non occorrerà passare il laringoscopio in quanto il **TUBO LARINGEO** viene inserito manualmente. Esistono tubi laringei di più misure contraddistinti da uno specifico colore della sommità. Per cuffiare i tubi laringei è presente una siringa speciale che presenta specifici livelli colorati che segnalano il quantitativo di aria da inserire nella cuffia in relazione alla misura di tubo (guardare il colore della sommità del tubo e inserire tanta aria corrispondente al livello dello stesso colore nella siringa).

MANOVRA DI SELLIK

Durante l'intubazione il professionista potrà chiedere di eseguire la manovra di SELLIK. Si tratta di una manovra che, se correttamente eseguita, consente al medico di visualizzare al meglio la glottide e le corde vocali. La manovra viene eseguita dal soccorritore in quanto le mani del medico sono impegnate nell'intubazione.

La manovra consiste nell'esercitare una pressione sulla cartilagine cricoidea: premeremo delicatamente con il pollice e l'indice all'altezza della parte media della gola la cartilagine a forma di anello appena sotto il pomo di Adamo.

ACCESSO VENOSO

L'accesso venoso è necessario al professionista sanitario per una somministrazione di liquidi o per la somministrazione endovenosa di farmaci.

Solitamente viene effettuato un accesso venoso periferico (CVP). In casi particolari il medico può optare per un accesso venoso centrale (CVC) e nello specifico attraverso la giugulare oppure per un accesso intraosseo (IO).

Il materiale da passare al professionista per l'**ACCESSO VENOSO PERIFERICO** è il seguente (nell'ordine):

1. Laccio Emostatico
2. Cotone/Garze imbevute di disinfettante alcoolico
3. Ago cannula della misura richiesta
4. Cerotto di seta o Mefix (o Tegaderm) per il fissaggio alla cute esterna
5. Eventuale rubinetto a tre vie (se richiesto)
6. Infusionale con deflussore

Per l'accesso GIUGULARE non occorre il laccio emostatico e di norma l'ago utilizzato è il 14.

Per l'accesso INTRAOSSEO è necessario l'apposito ago intraosseo (BIG).

L'Ago Cannula è disponibile in confezioni singole di diverse misure. Ogni misura corrisponde ad uno specifico colore:

14G	ARANCIONE
16G	GRIGIO
18G	VERDE
20G	ROSA
22G	CELESTE

E' possibile trovare aghi misura 24G di colore GIALLO.

INFUSIONALI

Esistono diverse tipologie di infusionali la cui preparazione viene richiesta dal professionista al soccorritore, solitamente assieme al materiale per l'accesso venoso.

Gli infusionali a disposizione attualmente sono i seguenti:

- SOLUZIONE FISIOLÓGICA ("NaCl" di colore blu) di diverse quantità (100ml, 250ml, 500ml)
- SOLUZIONE GLUCOSATA 5% ("G-5" di colore rosso) in quantità singola (250ml)
- RINGER LATTATO in sacche di quantità singola (1000ml)

Per la preparazione occorre inserire il **DEFLUSSORE**, che può essere normale o contagocce (*dial-flow* - si riconosce per la presenza di un selettore cilindrico graduato), nel contenitore dell'infusionale richiesto e procedere ad eliminare l'aria facendo scorrere il liquido per tutta la lunghezza del tubo del deflussore ("scaricarlo").

N.B. Prestare particolare attenzione a non confondere la soluzione glucosata al 5% (detto anche "Glucosio al 5%") con il glucosio al 33% che si trova nella sacca dei farmaci in fiale di ecoflac da 10ml.

FARMACOLOGIA IN EMERGENZA

Dal momento che la preparazione dei farmaci viene spesso delegata al soccorritore da parte del medico, è importante sottolineare alcuni ASPETTI DI SICUREZZA:

1. Scambio di siringhe: Non lasciare siringhe sparse senza un corretto "etichettamento" delle stesse.

2. Scambio di farmaci: Esso può essere dovuto a:

- grande numero di farmaci a disposizione
- conservazione dei farmaci fuori dall'alloggiamento
- troppi passaggi di mano
- presenza di più nomi commerciali per indicare lo stesso principio attivo

3. Errata diluizione: alcuni farmaci molto potenti, devono essere diluiti per poter dosare meglio la loro somministrazione. Il medico userà il termine "*portare a...*" per indicare la diluizione desiderata (ad es. "portare a 10" per indicare che dopo avere aspirato il farmaco in una siringa da 10 ml si dovrà aspirare tanta Soluzione Fisiologica fino ad arrivare ad un volume totale di 10 ml.).

Inoltre può capitare che il medico chieda di "*diluire in...*" e ciò significa che dopo aver aspirato il farmaco nella siringa deve essere iniettato all'interno del contenitore dell'infusionale richiesto (ad es. "*diluisci 1 fiala di Nitrosorbide in 100 di Fisiologica*": in questo caso si prende una fiala di Nitrosorbide e si inserisce in una siringa da 10ml e poi si inietta il tutto all'interno di un flacone di Soluzione Fisiologica da 100ml).

N.B. Meglio chiedere due volte al medico se non si è sicuri rispetto che rischiare di sbagliare la diluizione del farmaco.

4. Somministrazione troppo rapida in flebo: una flebo in cui siano stati inseriti farmaci per una somministrazione in infusione continua deve essere sorvegliata durante il servizio in quanto può essere chiusa (ad esempio per trasferire in ambulanza il paziente con il coltrino) e riaperta a velocità superiore al momento dell'arrivo in ambulanza. Prestare particolare attenzione in caso di deflussore contagocce a non modificare la posizione del selettore graduato.

PREPARAZIONE DEI FARMACI IN SICUREZZA:

1. Non essere sicuri nel preparare i farmaci: la troppa sicurezza e la troppa esperienza inganna.
2. Attenzione alla corretta comprensione del farmaco chiesto dal medico: nel dubbio non aver paura di richiedere il nome.

3. Attenzione alla corretta individuazione del farmaco - leggere sempre 2 volte il nome sulla fiala.
4. Attenzione alla corretta preparazione del farmaco specialmente se deve essere diluito.
5. Attenzione a non scambiare due farmaci soprattutto se richiesti e preparati uno di seguito all'altro - al minimo dubbio sul contenuto di una siringa non aver paura a gettare via tutto e ripreparare quanto richiesto.
6. I farmaci devono essere preparati da un solo soccorritore alla volta, onde evitare confusione.
7. Scrivere sempre sulle flebo il farmaco presente e la sua quantità (1 fiala, 2 fiale ecc.).
8. Togliere sempre tutta l'aria dalla siringa dopo aver aspirato il farmaco.

I farmaci possono essere conservati a temperatura ambiente in apposite sacche oppure in frigo.

I farmaci da frigo sono i seguenti:

- **ADRENALINA**
- **INSULINA / HUMULIN**
- **EPARINA / EPSOCLAR**
- **TRACRIUM**
- **MICRONOAN (Mesi caldi)**
- **GLUCAGONE / GLUCAGEN**
- **FLECTADOL**

N.B. In dotazione c'è un farmaco che è posizionato nel vano sanitario in un'apposita sacca a parte dove vi sono i farmaci di riserva. Si tratta del **PERFALGAN** distribuito in boccette di vetro nelle quali può essere inserito direttamente il deflussore.

AEROSOLTERAPIA

Per la preparazione dell'aerosolterapia occorre utilizzare l'apposita maschera ossigeno (munita di "bicchierino") preparata con i farmaci richiesti dal medico e collegarla ad ossigeno ad alti flussi onde consentire la vaporizzazione del medicinale.

LA RILEVAZIONE DEI PARAMETRI VITALI

CONSIGLI GENERALI

La valutazione del paziente è il preludio necessario per qualsiasi tipo di azione. Il ruolo dell'equipaggio dell'Ambulanza di Primo Soccorso è molto importante, soprattutto se grazie ad una corretta valutazione di pochi segni e sintomi si è in grado di indirizzare l'intervento verso la strada giusta: dall'esito delle nostre valutazioni può dipendere una diversa valutazione di gravità da parte della C.O. 118 e conseguentemente la scelta corretta della strategia d'intervento ("scoop and run" - invio di mezzo avanzato - etc.) e la scelta del più idoneo presidio di ospedalizzazione.

Dobbiamo abituarci a cercare di fare tutte le valutazioni previste dalla scheda, cercando di tralasciare sempre il meno possibile (raziocinio e esperienza ci insegneranno a capire quali valutazioni occorre fare sempre, anche e soprattutto in relazione al tipo di intervento e alle procedure imparate durante i corsi di formazione).

La Frequenza Respiratoria e la Glicemia sono i parametri più "nuovi" che ci apprestiamo a rilevare ma che consigliamo di effettuare e inserire sempre in caso di pazienti con difficoltà respiratoria (freq. respiratoria) e di pazienti con diabete o alterazioni della coscienza (glicemia) essendo in tali casi parametri importantissimi.

Non dimentichiamo mai l'A-V-P-U che è un parametro fondamentale e non dimentichiamo di rispondere alle varie domande, inserendo anche data e ora di insorgenza riferita ove previsto.

Per quanto riguarda l'assunzione di farmaci non occorre trascrivere tutta la terapia (decine di farmaci) ma limitarsi ai farmaci assunti nel giorno corrente o quelli assunti per tale specifico problema (ad es. colica addominale per la quale la G.M. ha fatto un buscopan).

Fondamentale anche la valutazione della V.N.S. (scala numerica verbale del dolore): ogni qual volta che viene compilato il disegno dell'omino, inserendo il punto di dolore con un # dovrebbe essere inserita anche l'intensità del dolore. Ricordate che la compilazione dell'omino è l'unico modo per far rilevare dalla scheda la valutazione testa-piedi in termini di rilevanza del dolore. Ricordate anche che sull'omino non deve essere confusa l'emorragia con le ferite non emorragiche. Le prime vanno inserite con un +, le altre non rilevano.

Ricordiamoci sempre che **ciò che non è segnato sulla scheda equivale a "non valutato"**. Ricordiamoci inoltre che **prima di tutto è importante il paziente e solo dopo la compilazione della scheda**, quindi in molte situazioni in cui non è possibile compilare la scheda contestualmente alle valutazioni sarà nostra premura farlo successivamente, nel tragitto in ospedale o prima di lasciare l'ospedale.

LA RILEVAZIONE DELLA SATURAZIONE DI OSSIGENO NEL SANGUE

Il saturimetro è un dispositivo diagnostico fotoelettrico che consente un monitoraggio attendibile, continuo e non invasivo della funzione ventilatoria del paziente, mediante la rilevazione della saturazione d'ossigeno dell'emoglobina nel sangue periferico.

La saturazione di ossigeno dell'emoglobina è indice della disponibilità di O₂ a livello tissutale, e varia in funzione della saturazione di ossigeno del sangue arterioso (SaO₂). È un utilissimo parametro vitale che aiuta a riconoscere prontamente gli stati di ipossiemia.

L'apparecchio come già anticipato in precedenza mediante un sensore, rileva il colore o meglio la quota di luce assorbita e riflessa dell'emoglobina del sangue circolante del dito della mano/piede, nel lobo dell'orecchio o del dorso del naso secondo il punto d'applicazione e il tipo di sonda, risalendo in modo indiretto, alla saturazione di ossigeno dell'emoglobina, indicata con la sigla SpO₂% (range 1-100). Il range 1-100 è un'indicazione puramente concettuale, dato che valori SpO₂ prossimi a poche decine di unità (1-30) sono incompatibili con la vita.

In un organismo sano che respiri in aria ambiente (cioè con FiO₂=21%), la saturazione di ossigeno, o SpO₂, va di solito dal 90% al 99%. Valori anche di poco inferiori al 90% indicano ipossia. L'ipossia indica un'alterata funzione ventilatoria che necessita di un intervento terapeutico con ossigenoterapia. Si ribadisce comunque che, in ogni caso, indipendentemente dalla conferma saturimetrica, è indispensabile somministrare ossigeno a tutti i pazienti con insufficienza respiratoria oggettiva o soggettiva anche se presentano valori di SpO₂ normali, non dimenticando di seguire i protocolli operativi 118.

LIMITI DI IMPIEGO: In alcuni casi, valori rilevati dalla lettura del saturimetro non dovranno essere considerati affidabili poiché influenzati da fattori che ne inficiano l'attendibilità, di seguito ne indichiamo solo alcuni tra i più rilevanti:

- Scarsa perfusione del sangue alle estremità distali (ipotensione)
- Shock;
- Pazienti forti fumatori;
- Ipotermia per la vasocostrizione periferica e tentativo di compenso;
- Anemia grave;
- Abuso di farmaci con attività vasocostrittrice;
- Il pulsiossimetro permette di conoscere solamente la percentuale di saturazione dell'emoglobina, mentre non rivela informazioni su quale gas sia legato: questo può portare a un'errata interpretazione dei dati. Per esempio, in una intossicazione da monossido di carbonio, la quantità di emoglobina legata rimane comunque elevata, perché il monossido di carbonio presenta un'affinità per l'emoglobina molto più alta rispetto all'ossigeno. L'emoglobina si lega quindi al monossido di carbonio invece che

all'ossigeno, che così non viene più trasportato ai tessuti. In questi casi la saturazione indicherà un valore normale, mentre in realtà il paziente potrà perdere i sensi molto velocemente a causa dell'ipossia causata dal monossido di carbonio. Il problema di fondo è che il saturimetro non riesce a distinguere la ossiemoglobina (ossigeno legato all'emoglobina) dalla carbossiemoglobina.

- Pazienti con presenza di pulsazione venosa (patologie di cuore destro, sensore applicato in modo troppo stretto, presenza sull'arto dove è applicata la sonda di sfigmomanometro in pressione). Il saturimetro leggerà sangue non più arterioso ma commisto arterovenoso, attribuendogli un valore inferiore rispetto alla reale saturazione arteriosa.
- Edema tissutale: i tessuti edematosi disperdono maggiormente la luce rispetto a quelli normali, determinando lettura difficile e quindi, con molta probabilità, erronea.

Alcuni accorgimenti di carattere tecnico evitano all'operatore di commettere errori che si ripercuotono sulla qualità della misurazione e, conseguentemente, sull'appropriatezza dell'intervento da adottare:

- Non premere eccessivamente il ditale-sonda, in quanto si rischia di indurre pulsazione venosa.
- Rimuovere sempre lo smalto dalle unghie in quanto determina rilevazione di dati artefatti anche in maniera grave. Inoltre, lo smalto sulle unghie, impedisce anche la valutazione visiva del colorito del letto ungueale indice respiratorio e pressorio importantissimo.
- Vibrazioni continue delle estremità alle quali è applicato il sensore possono provocare rilevazioni artefatte, mimando pulsazioni calcolate nella determinazione della frequenza cardiaca.
- Il cavo di collegamento ditale/dispositivo deve passare sul dorso della mano.
- Inoltre il polso rilevato dallo strumento e quello radiale rilevabile manualmente devono concordare per ritmo e frequenza.

Sebbene la percentuale di saturazione dell'emoglobina sia un dato preciso ed estremamente utile nella valutazione dell'attività respiratoria del Paziente è bene **non basarsi solo sui dati forniti dal dispositivo**. **Non privilegiare mai la valutazione della SpO₂ a discapito dei rilievi respiratori clinici e obiettivi, preziosissimi e a volte più eloquenti di un singolo dato strumentale!**

LA RILEVAZIONE DELLA FREQUENZA CARDIACA

Anche se il pulsossimetro ci mostra assieme alla saturazione la frequenza cardiaca è bene conoscere anche come effettuare la rilevazione manuale.

Controllare il ritmo, la frequenza e l'ampiezza delle contrazioni cardiache è un indicatore dell'attività cardiaca molto importante.

Il polso radiale è la sede più comune, la più accessibile per la rilevazione di routine della frequenza cardiaca (FC) . Decorre lungo il radio, al di sotto del pollice lungo la parte interna del polso.

Tecnica di rilevazione:

- Sistemare i polpastrelli di indice, medio e anulare all'altezza della faccia interna del polso del malato lungo l'arteria radiale, ponendo il pollice sulla regione dorsale del polso stesso;
- Esercitare una pressione tale da permettere la percezione delle pulsazioni;
- Non usare mai il pollice perché si avvertirebbero le proprie pulsazioni;
- Contare il numero di pulsazioni usando l'orologio con lancetta dei secondi

Se il polso è regolare contare i battiti per trenta secondi e moltiplicarli per due (o contare per 15 secondi e moltiplicare per quattro).

Se il polso è irregolare aritmico, contare il numero delle pulsazioni per un minuto intero.

I principali caratteri del polso da rilevare sono:

Frequenza:

E' il numero delle pulsazioni nell'unità di tempo. La frequenza cardiaca varia a seconda dell'età e in alcune situazioni fisiologiche (sforzo fisico, emozioni ecc..) . Le variazioni della frequenza sono in aumento e in diminuzione:

- *Tachicardia*: frequenza cardiaca superiore a 100 battiti al minuto; è il principale meccanismo di compenso del cuore e può dipendere da fattori fisiologici o patologici.
- *Bradicardia*: frequenza cardiaca al di sotto dei 50 battiti al minuto, anche in questo caso può dipendere da fattori fisiologici o patologici.

Ritmo:

E' l'ordine di successione delle pulsazioni cardiache: nell'individuo sano i battiti si susseguono a intervalli di tempo *regolari*. Se i battiti non si susseguono ad intervalli di tempo ritmici allora il polso si definisce *irregolare*. La sequenza irregolare dei battiti cardiaci viene definita *aritmia*.

Ampiezza:

Indica il grado di distensione della parete arteriosa in relazione al volume dell'onda sfigmica. Le principali anomalie dell'ampiezza del polso sono:

- Polso *filiforme*: è un polso flebile che si verifica nelle condizioni che determinano una diminuzione della gittata cardiaca.
- Polso *ampio*: si verifica nelle condizioni opposte al precedente, in cui vi è un aumento della gittata sistolica.
- Polso *alternante*: Le ampiezze si alternano.

Simmetria:

Si riferisce sia all'ampiezza sia alla contemporaneità di rilevazione dei polsi del lato destro e sinistro. Tali differenze si possono rilevare in caso di patologie dei vasi o per rallentamento del circolo sanguigno a monte del punto di rilevazione del polso.

LA RILEVAZIONE DELLA FREQUENZA RESPIRATORIA

Parametro molto importante ma spesso anche molto sottovalutato nell'emergenza territoriale. Tecnica:

- 1) Preparare il materiale: orologio con lancette dei secondi
- 2) Invitare e/o aiutare la persona ad assumere la posizione supina; una posizione poco confortevole può influenzare il respiro. Una posizione adeguata facilita l'osservazione dei movimenti della gabbia toracica e conseguentemente la rilevazione del respiro da parte dell'operatore.
- 3) Verificare quale attività stava compiendo la persona ed eventualmente attendere qualche minuto prima di procedere alla misurazione del respiro se stava svolgendo una attività faticosa o sportiva. La rilevazione del respiro si effettua con la persona a riposo: i valori di normalità sono considerati a riposo.
- 4) Appoggiare una mano sul torace e osservare e/o sentire il compimento di un atto respiratorio (inspirazione ed espirazione) senza informare la persona su ciò che viene fatto. In questo caso, fornire spiegazioni su ciò che viene fatto richiama l'attenzione della persona sulla respirazione e ciò può determinare una modificazione della medesima.
- 5) Contare- guardando l'orologio - il numero degli atti respiratori compiuti in un minuto (frequenza) osservando anche lo sforzo necessario a compierli (qualità), la regolarità dei medesimi (ritmo) e le caratteristiche dei movimenti della gabbia toracica (profondità): per velocizzare la procedura è anche possibile contare gli atti in 30 secondi e moltiplicare per 2.
- 6) Annotare le caratteristiche rilevate e posizionare la persona se necessario nella posizione ottimale (posizione semi-seduta se paziente dispnoico).

La frequenza respiratoria a riposo nell'adulto è di 12-16 atti al minuto.

Durante l'esercizio fisico strenuo tale frequenza può arrivare sino a 35-45 respiri al minuto. Non a caso, negli aumenti di frequenza cardiaca si ha un parallelo rialzo della frequenza respiratoria, con una relazione di circa un atto respiratorio ogni 4-5 contrazioni cardiache.

Oltre che in relazione all'attività muscolare, i valori di frequenza respiratoria possono variare in relazione alla taglia corporea, all'età, al sesso, allo stato di salute, all'attività digestiva, alla temperatura ambientale ed alla posizione corporea (diminuiscono in posizione orizzontale). Superiore nelle donne rispetto agli uomini, la frequenza respiratoria aumenta anche negli stati febbrili e nelle condizioni addominali e toraciche che limitano la profondità del respiro (ad. es. trauma). Si definisce **TACHIPNEA** un aumento della frequenza respiratoria oltre i limiti fisiologici (> 20 cicli al minuto nell'adulto). Si definisce **BRADIPNEA** un calo della frequenza respiratoria al di sotto dei limiti fisiologici (< 12 respiri al minuto nell'adulto, < 20/min nel bambino di 3-12 anni, < 25/min nel bambino di 1-3 anni, < 30/min sotto dell'anno di età).

LA RILEVAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

La pressione arteriosa è la pressione che il sangue esercita sulle pareti delle arterie ed è lo sforzo che lo fa scorrere nel sistema circolatorio, è misurata in mmHg (millimetri di mercurio).

La pressione arteriosa sale e scende seguendo i cicli che il cuore svolge in modo ritmico: è massima quando il cuore si contrae e spinge il sangue nelle arterie e nelle vene polmonari (pressione *sistolica*), è minima quando il cuore si rilassa per riempirsi di sangue prima di contrarsi di nuovo, (pressione *diastolica*)

La misurazione della pressione sanguigna attraverso l'auscultazione con fonendoscopio e attraverso l'uso dello sfigmomanometro è basata sui suoni determinati da cambiamenti del flusso ematico, chiamati suoni di Korotkoff, e sono:

Fase 1 = Il livello pressorio al quale sono avvertiti i primi battiti, deboli e chiari; essi aumentano nel momento in cui il manicotto viene sgonfiato (punto di riferimento per la P.A. sistolica).

Fase 2= Mentre si sgonfia il manicotto, sono avvertiti murmuri o rumori fruscianti. .

Fase 3= I murmuri fruscianti sono più decisi ed aumentano di intensità.

Il livello pressorio al quale è avvertito l'ultimo suono (pressione diastolica)

Tecnica:

- Informare il paziente e spiegare se necessario la procedura
- Preparare il materiale: sfigmomanometro con bracciale delle giuste dimensioni, e fonendoscopio
- Aiutare ad assumere una posizione confortevole e che permetta una misurazione corretta: il paziente dovrebbe avere il braccio sostenuto a livello del cuore. Verificare che l'avambraccio sia a livello cardiaco, che il braccio sia ben appoggiato con il palmo della mano rivolto verso l'alto. Scoprire completamente la parte superiore del braccio.
- L'operatore deve controllare che il bracciale sia completamente vuoto d'aria, avvolgere in modo adeguato la cuffia attorno all'avambraccio con il centro della parte sgonfiabile sopra l'arteria brachiale. Il bordo inferiore deve essere due centimetri sopra lo spazio antercubitale.
- Applicare il fonendoscopio sull'arteria brachiale.
- Chiudere la valvola del bulbo e gonfiare sino a quando non scompare il polso radiale.
- Gonfiare poi per altri 30mmHg e rilasciare lentamente
- Effettuare la prima lettura quando si sente il primo suono di Korotkoff (percezione di primi battiti) e contemporaneamente compare il polso radiale, questa è la pressione sistolica.
- Continuare a sgonfiare e effettuare la seconda lettura quando non sentiamo più il suono di Korotkoff, questa è la pressione Diastolica.

LA RILEVAZIONE DELLA GLICEMIA

Si tratta di una misurazione attraverso un apparecchio elettronico (reflettometro o glucotest) che fornisce una lettura digitale della concentrazione del glucosio ematico, attraverso una goccia di sangue prelevata da un polpastrello di un dito del paziente.

Tecnica:

- Indossare i guanti.
- Informare il paziente sulla procedura da eseguire ed acquisire il suo consenso
- Pulire il dito senza disinfettare con alcool o acqua ossigenata (può alterare il risultato)
- Pungere il polpastrello con ago monouso
- Posizionare la goccia sulla striscia e rilevare il valore della glicemia, dopo il tempo previsto.
- Asciugare e disinfettare il dito del paziente con batuffolo di cotone o garza.

LA VALUTAZIONE NEUROLOGICA - "DISABILITY"

Un discorso a parte per quanto riguarda la valutazione Disability e in particolar modo quello che è il "F.A.S.T." e cioè le tre valutazioni relative a mimica facciale, spostamento delle braccia, linguaggio: dobbiamo imparare che tale valutazioni, semplici e rapide, che consentono una precoce identificazione del deficit neurologico acuto. Non facciamo solo sulle missioni con patologia prevalente di infarto neurologica (C04) ma il più diffusamente possibile. Valutiamo con attenzione e riferiamo con pari attenzione alla Centrale. Se la valutazione non viene fatta meglio lasciare vuoto il campo e non mettere "normale" in automatico.



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

Procedura trasporto paziente colonizzato-infetto

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	1 di 17

Presidio: AZIENDA SANITARIA DI FIRENZE			
Struttura organizzativa: DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE			
Data	Responsabile Redazione	Responsabile Convalida	Persona o Organismo che approva
18/03/2013	Gruppo di Lavoro Aziendale	Dr.ssa Anna Poli Dr.ssa Lucia De Vito	Dr. Angiolo Baroni
Sintesi delle modifiche apportate: prima stesura			
I Responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura.			

Gruppo di Lavoro Aziendale :

Luca Bartalesi	Lucia De Vito	Emiliana Del Sordo	Tiziana Faraoni	Susanna Pagliai
Lidia Piccini	Anna Poli	Mario Rugna	Laura Serpietri	Lucia Settesoldi

Finalità

- Prevenire la trasmissione di malattie infettive, tutelare l'utente, l'operatore sanitario e volontario durante le operazioni di trasporto e di soccorso di paziente con sospetta o accertata patologia infettiva
- Rendere omogeneo il comportamento in corso di patologia infettiva degli operatori sanitari e del personale volontario che opera sui mezzi di soccorso
- Dare indicazioni sulle modalità di comunicazione delle malattie infettive
- Rendere omogenee le modalità di sanificazione dei mezzi di soccorso

Applicabilità

- Tutto il personale sanitario del 118
- Tutto il personale dei mezzi BLS e ALS con stand-by

Riferimenti :

- Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, *CDC 2007*
- Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, *CDC 2008*
- Management of Multidrug-Resistant Organisms in Healthcare Settings, *CDC 2006*
- I batteri gram negativi MDR : un problema emergente e di attualità. Indicazioni gestionali *Consiglio Direttivo Simpios, 2010*
- Prevenzione e controllo delle infezioni da C. Difficile, *Documento di indirizzo, Revisione n. 1, SIMPIOS 2011*
- Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della Tuberculosis "Gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale" *Linee Guida Ministero della Salute, 2010*
- Procedura interaziendale per il controllo della Tuberculosis nell'area fiorentina rev. 1 (AS/D/010)
- Procedura aziendale sul corretto lavaggio delle mani (AS/PR/040).
- Procedura aziendale sulla gestione dei rifiuti (AS/PR/015)
- Procedura di pulizia e sanificazione degli ambienti (AS/PR/019)

Titolo	Codice	Revisione	Pagina
Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	2 di 17

INDICE

Introduzione.....	Pag. 2
Le Precauzioni Standard in emergenza territoriale.....	Pag. 2
Modalità di trasmissione.....	Pag. 4
Precauzioni per malattie che si trasmettono da contatto	Pag. 5
Precauzioni per malattie che si trasmettono da droplets.....	Pag. 6
Precauzioni per malattie a trasmissione aerea.....	Pag. 7
Raccolta e smaltimento dei Rifiuti sanitari.....	Pag. 8
La Sorveglianza e il Controllo dei microrganismi antibioticoresistenti.....	Pag. 8
La comunicazione delle malattie infettive	Pag. 8
La sanificazione dei mezzi di soccorso	Pag. 9
La sanificazione della Centrale Operativa 118	Pag. 12
La sanificazione dei punti di primo soccorso (PPS)	Pag. 12
Allegati	Pag. 13

Oggetto e Modalità Operative

Introduzione

Le Precauzioni Standard in emergenza territoriale

Per diminuire il rischio di trasmissione di microrganismi nei vari ambiti sanitari, sono usate una serie di misure e precauzioni che costituiscono i **fondamenti delle misure di isolamento**.
Essenzialmente sono composte da:

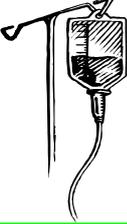
- **Precauzioni STANDARD**
- **Precauzioni aggiuntive basate sulle modalità di trasmissione**

PRECAUZIONI STANDARD

	APPLICAZIONE
	Da adottare SEMPRE, nell'assistenza di TUTTI I PAZIENTI indipendentemente dalla presenza di uno stato infettivo
	IGIENE DELLE MANI
	<p>Le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità prevedono il lavaggio delle mani con acqua e sapone solo quando sono visibilmente sporche di sangue o di altro materiale biologico oppure dopo l'uso della toilette, mentre considerano la frizione con gel alcolico il gold standard nell'igiene delle mani e consigliano di utilizzare il gel alcolico per l'igiene di routine.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico: <ul style="list-style-type: none"> - prima e dopo l'assistenza diretta al malato. - al termine dell'assistenza prestata ai pazienti, anche se si sono usati i guanti, prima di risalire sul mezzo di soccorso e dopo la rimozione dei guanti. - quando l'operatore rimuove o sostituisce i guanti anche durante la solita manovra assistenziale, se possibile. • Lavare le mani con acqua e detergente/disinfettante una volta rientrati in sede e/o dopo aver lasciato il paziente al Pronto Soccorso. • Prevenire e curare screpolature, abrasioni e piccole ferite della cute. • Mantenere le unghie corte, pulite e prive di smalto. • Non indossare anelli, bracciali, orologi e altri monili quando si presta assistenza al paziente.

	<p style="text-align: center;">GUANTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indossare guanti della misura adeguata e del tipo idoneo alla prestazione da effettuare. • Indossare i guanti prima di venire in contatto con: sangue, fluidi corporei, secreti, escreti, mucose, cute non intatta dei pazienti e oggetti contaminati. • Non rispondere al telefono, toccare maniglie, ecc. con i guanti, se possibile, e non effettuare qualunque altra azione non direttamente correlata allo specifico atto assistenziale. • Sostituire i guanti tra un paziente e l'altro nell'eventualità di soccorso di più pazienti. • Sostituire i guanti durante l'assistenza sullo stesso paziente, se si passa da una zona contaminata ad un'altra parte del corpo, se possibile. • Rimuovere i guanti quando si rompono o si verifica una puntura o una lacerazione. • Rimuovere prontamente i guanti dopo l'uso e eseguire l'igiene delle mani con gel alcolico. • Eliminare i guanti visibilmente contaminati nel contenitore dei rifiuti infetti.
	<p style="text-align: center;">MASCHERINE CON O SENZA VISIERA – OCCHIALI PROTETTIVI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare sempre la mascherina, la mascherina con visiera e/o gli occhiali protettivi per proteggere le mucose di occhi, naso e bocca durante l'esecuzione di manovre invasive. • Utilizzare la mascherina con o senza visiera una sola volta (monouso). • Indossare la mascherina sulla bocca e sul naso e non abbassarla mai. • Legare la mascherina correttamente dietro la testa e ben adesa al volto. • Usare la mascherina una sola volta e poi gettarla, se contaminata, nel contenitore dei rifiuti infetti; • Eseguire l'igiene delle mani dopo la rimozione. • Indossare la visiera o gli occhiali protettivi correttamente sempre sulle manovre invasive.
	<p style="text-align: center;">CAMICI E INDUMENTI PROTETTIVI</p> <p>In situazioni particolari (come l'assistenza a pazienti con patologia infettiva nota) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indossare i camici per proteggere la cute e prevenire l'imbrattamento degli abiti durante l'esecuzione di procedure che possono determinare schizzi di sangue o di altri liquidi biologici. • Rimuovere i camici (facendo attenzione a non inquinare la divisa) o ogniqualvolta è necessario interrompere lo specifico atto assistenziale. • Smaltirli, se visibilmente contaminati, nei contenitori per rifiuti potenzialmente infetti. • Eseguire l'igiene delle mani dopo aver tolto il camice e/o gli indumenti protettivi.
	<p style="text-align: center;">“IL GALATEO RESPIRATORIO” IGIENE RESPIRATORIA/ETICHETTA DELLA TOSSE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effettuare misure di controllo delle fonti d'infezione (ad es. coprire naso/bocca con un fazzoletto di carta quando si tossisce e smaltire immediatamente il fazzoletto usato, impiegare mascherine chirurgiche per il paziente che tossisce, se tollerate e appropriate) • Effettuare l'igiene delle mani dopo il contatto con secrezioni respiratorie • Rispettare ovviamente quando possibile, una separazione spaziale, idealmente superiore al metro, delle persone con infezioni respiratorie rispetto alle altre, nelle aree di attesa dei DEA. • Adottare le misure di contenimento della tosse fin dal primo approccio dando indicazioni comportamentali anche al paziente.
	<p style="text-align: center;">MANOVRE RIANIMATORIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indossare durante le manovre rianimatorie: guanti, mascherine di tipo chirurgico con elastici, occhiali protettivi o visiera e, se il paziente ha una patologia infettiva accertata e nota, indossare anche il camice monouso. • Qualora non sia utilizzato materiale monouso decontaminare, sanificare, disinfettare e/o sterilizzare palloni Ambu (utilizzare comunque sempre filtro antibatterico monouso), sonde del saturimetro, bracciali della pressione, ecc. come riportato nel Prontuario Aziendale antisettici e disinfettanti. V. Allegato n°1
	<p style="text-align: center;">MANIPOLAZIONE DI STRUMENTI/OGGETTI TAGLIENTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adottare le misure necessarie a prevenire incidenti causati da aghi, bisturi e altri dispositivi taglienti o pungenti durante il loro utilizzo, nelle fasi di decontaminazione, di sanificazione e di smaltimento. • Non indirizzare aghi e taglienti verso parti del corpo. • Non prendere "al volo" strumenti taglienti e/o pungenti se stanno cadendo. • Non raccogliere con le mani gli strumenti taglienti e/o pungenti caduti. • Non portare strumenti taglienti e/o pungenti in tasca. • Non piegare o rompere lame, aghi e altri oggetti taglienti e/o pungenti. • Non incappucciare gli aghi dopo l'uso, non disconnetterli manualmente dalla siringa. • Smaltire tutti gli strumenti taglienti e pungenti negli appositi contenitori, che devono essere in posizione comoda per il loro utilizzo.

Titolo	Codice	Revisione	Pagina
Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	4 di 17

	<p style="text-align: center;">SICUREZZA NELLA PRATICA INIETTIVA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Usare tecniche asettiche per evitare la contaminazione delle attrezzature • Considerare tutto il materiale e tutti i set di infusione mono-paziente e monouso • Utilizzare tutte le volte che è possibile farmaci monodose per le soluzioni parenterali • Non utilizzare residui di fiale monodose su altri pazienti • Usare aghi, siringhe e cannule sterili ogni volta che si accede a una fiale pluridose • Conservare i flaconi pluridose in modo appropriato e scartarli se la sterilità viene compromessa
	<p style="text-align: center;">SMALTIMENTO RIFIUTI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effettuare la raccolta e relativa differenziazione dei rifiuti sanitari seguendo le disposizioni/indicazioni contenute nella procedura aziendale AS/PR/015 • Utilizzare per lo smaltimento dei rifiuti potenzialmente infetti gli appositi contenitori • Sistemare i contenitori in posizione comoda, sicura e vicina al posto di utilizzo. • Non prelevare materiale dai contenitori per rifiuti. • Evitare di trascinare i contenitori dei rifiuti, di appoggiarli al corpo e di effettuare qualsiasi altra manovra che possa pregiudicare la propria e altrui sicurezza.
	<p style="text-align: center;">TRASPORTO DEI PAZIENTI</p> <p>Durante il trasporto di un paziente con patologia infettiva o colonizzato, è importante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - porre in atto e fare indossare al paziente appropriate misure di barriera per ridurre la possibilità di contaminazione dell'ambiente e di trasmissione di microrganismi ad altri pazienti, personale sanitario o volontari; - Avvertire del suo arrivo imminente il personale del servizio in cui il paziente deve essere condotto e indicare le precauzioni da adottare per ridurre il rischio di trasmissione del microrganismo infettivo; - Informare il personale addetto al trasporto del paziente delle precauzioni da adottare - Informare, se possibile, i pazienti circa i modi in cui possono aiutare a prevenire la trasmissione ad altri dei loro agenti patogeni. - Smaltire correttamente la biancheria utilizzata e sanificare la barella una volta effettuato il trasporto del paziente con patologia infettiva.

○ **Precauzioni aggiuntive basate sulle modalità di trasmissione :**

Modalità di trasmissione	
<p>Trasmissione per contatto</p>	<p>È la modalità di trasmissione più comune ed è divisa in due sottogruppi :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trasferimento DIRETTO : da un soggetto colonizzato o infetto ad un ospite suscettibile. Avviene quando si ha un reale contatto fisico fra sorgente e ospite (trasmissione feco-orale, goccioline respiratorie, pelle o esposizione sessuale). - Trasferimento INDIRETTO attraverso la partecipazione di un intermediario contaminato (Veicolo o Vettore) che passivamente è coinvolto nel processo di trasmissione dell'agente patogeno, dalla sorgente all'ospite suscettibile (ad es. morso o accarezzamento oppure contatto con materiali infetti, fluidi corporei, sangue). <p>E' difficile determinare come avviene la trasmissione indiretta comunque evidenze suggeriscono che le mani del personale sanitario contribuiscano in maniera importante a questa modalità di trasmissione.</p>
<p>Trasmissione per droplet</p>	<p>Tecnicamente è una forma della trasmissione per contatto, e alcuni agenti patogeni trasmessi per droplets possono anche essere trasmessi per contatto, sia diretto che indiretto. Tuttavia, a differenza di questa ultima, la trasmissione avviene quando le goccioline che trasportano agenti patogeni infettivi passano direttamente dal tratto respiratorio dell'individuo infetto, sono inviate a breve distanza (1-2 m.) attraverso l'aria, e si depositano sulle congiuntive, le mucose nasali o la bocca dell'ospite suscettibile.</p> <p>Le goccioline sono generate attraverso la tosse, lo starnuto o parlando, oppure attraverso l'esecuzione di alcune procedure (intubazione o aspirazione endotracheale, rianimazione cardiopolmonare, ecc.).</p>

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	5 di 17

Trasmissione per via aerea	<p>La trasmissione per via aerea (proiezione di aerosol sulle membrane mucose) avviene mediante la diffusione o di nuclei di goccioline o di piccole particelle di diametro tale da essere respirabili.</p> <p>Questi contengono agenti infettivi che rimangono tali nel tempo e distanza (ad esempio il Mycobacterium tuberculosis).</p> <p>I microrganismi trasportati in questo modo possono essere dispersi su lunghe distanze dalle correnti d'aria e possono essere inalati da ospiti suscettibili anche se non hanno avuto incontri ravvicinati (<i>vis à vis</i> o nella stessa stanza) con l'individuo infetto.</p>
Altre fonti di trasmissione	<p>Sono associate con :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>veicoli</u> o comuni fonti ambientali (ad esempio alimenti contaminati, acqua, o farmaci (ad esempio liquidi per via endovenosa). - <u>vettori</u> (zanzare, mosche, ratti e altri parassiti). Possono anche verificarsi in ambienti sanitari. <p><u>Trasmissione verticale</u>: da madre a figlio, spesso in utero o per lo scambio accidentale di fluidi corporei solitamente nel periodo perinatale.</p>

PRECAUZIONI AGGIUNTIVE SECONDO LE MODALITA' DI TRASMISSIONE

ISOLAMENTO DA CONTATTO Precauzioni da adottare in aggiunta alla Precauzioni Standard	
	APPLICAZIONE Da adottare nei confronti di pazienti con sospetta o diagnosticata infezione o colonizzazione da patogeni trasmissibili tramite contatto diretto e indiretto
	IGIENE DELLE MANI <ul style="list-style-type: none"> • Lavare le mani con gel antisettico immediatamente dopo ogni contatto con il paziente. • Dopo l'igiene delle mani non toccare superfici ambientali o oggetti utilizzati per l'assistenza potenzialmente contaminati, per evitare di trasferire microrganismi ad altri pazienti o all'ambiente circostante.
	GUANTI <ul style="list-style-type: none"> • Indossare guanti puliti (non sterili) quando si entra in contatto con il paziente. • Sostituire i guanti impiegati per l'assistenza al paziente se si danneggiano o subito dopo il contatto con materiali che possono contenere alte concentrazioni di microrganismi (drenaggi, ferite, lenzuola, ecc...). • Rimuovere i guanti ed effettuare immediatamente il lavaggio antisettico delle mani prima di lasciare il Pronto Soccorso.
	CAMICI E INDUMENTI PROTETTIVI <ul style="list-style-type: none"> • Indossare un camice pulito (non sterile) ogni volta che si prevede un contatto dei propri indumenti con il degente, con l'ambiente circostante il paziente, con strumenti o superfici contaminate, oppure quando il paziente presenta ferite o drenaggi non protetti da medicazione. • Rimuovere il camice una volta effettuato il servizio ponendo la massima attenzione a non contaminare la divisa. • Rimuovere i Dispositivi di Protezione Individuale nella giusta sequenza : prima i guanti sporchi, poi il camice utilizzato. • Fare la massima attenzione affinché la divisa non venga in contatto con superfici potenzialmente contaminate. • Sostituire la divisa contaminata con una pulita.
	ATTREZZATURA PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare preferibilmente materiale monouso. • Detergere e disinfettare adeguatamente qualsiasi presidio prima di utilizzarlo su un altro paziente. V. Allegato n°1

Titolo	Codice	Revisione	Pagina
Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	6 di 17

	<p style="text-align: center;">TRASPORTO DEL PAZIENTE</p> <p>Quando alla Centrale giunge un servizio per il trasporto di un paziente con sospetta o accertata patologia infettiva trasmissibile per contatto, agire come segue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) la Centrale deve trasmettere all’equipaggio l’informazione 2) chi riceve la chiamata deve <ul style="list-style-type: none"> • Informare tutto il personale addetto al trasporto (volontari soccorritori) delle precauzioni da adottare • porre in atto e fare indossare appropriate misure di barriera ai volontari (DPI) e al paziente (pannoloni, medicazioni impermeabili, ecc.) per ridurre la possibilità di contaminazione dell’ambiente e di trasmissione di microrganismi. • Assicurarsi che vengano mantenute tutte le precauzioni necessarie ad evitare la trasmissione di microrganismi e la contaminazione ambientale e delle attrezzature del mezzo di soccorso. • Smaltire correttamente la biancheria utilizzata • Sanificare la barella una volta effettuato il trasporto del paziente con patologia infettiva.
	<p style="text-align: center;">EDUCAZIONE SANITARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualora sul mezzo di soccorso venga trasportato un parente del paziente (es. un minore) informarlo sulle norme igieniche da osservare (uso di DPI, lavaggio antisettico delle mani dopo il contatto con il paziente).

ISOLAMENTO DA DROPLETS	
Precauzioni da adottare in aggiunta alla Precauzioni Standard e da Contatto	
	<p style="text-align: center;">APPLICAZIONE</p> <p>Da adottare nei confronti di pazienti con sospetta o diagnosticata infezione o colonizzazione da patogeni trasmissibili tramite contatto droplets.</p>
	<p style="text-align: center;">PROTEZIONE RESPIRATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indossare la mascherina chirurgica quando ci si avvicina a meno di un metro dal paziente con infezione trasmissibile mediante droplets. • Indossare maschera facciale filtrante di classe FFP3 per lo svolgimento di procedure che inducono tosse o generano aerosol (es. broncoaspirazione, ecc..).
	<p style="text-align: center;">ATTREZZATURA PER L’ASSISTENZA AL PAZIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizzare preferibilmente materiale monouso. • Detergere e disinfettare adeguatamente qualsiasi presidio pluriuso prima di utilizzarlo su un altro paziente. • Assicurarsi che le attrezzature nelle immediate vicinanze del paziente e gli strumenti impiegati per l’assistenza e frequentemente toccati, siano detersi e disinfettati.
	<p style="text-align: center;">EDUCAZIONE SANITARIA</p> <p>- quando possibile, durante il trasporto, fare indossare al paziente la mascherina chirurgica o coprirgli il naso o la bocca durante eventuali accessi di tosse (vedi Precauzione Standard “Galateo respiratorio – Igiene Respiratoria/etichetta della tosse”).</p>

Titolo	Codice	Revisione	Pagina
Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	7 di 17

In caso di diagnosi certa o ragionevole sospetto di Meningite

La trasmissione avviene per contatto diretto ed attraverso le goccioline nasali e faringee (droplets) espulse da persone infette con la fonazione, la tosse e gli starnuti.

Nelle forme ad eziologia virale la trasmissione può avvenire attraverso le feci.

La meningite da **Meningococco (Neisseria meningitidis)** è l'unica che può rappresentare un rischio reale per gli operatori sanitari.

Nel caso si debba procedere al trasporto di un paziente con diagnosi certa o qualora la richiesta contenga elementi suggestivi di un sospetto diagnostico:

- far indossare al paziente, durante gli spostamenti, una mascherina chirurgica.
- far indossare alla equipe di soccorso un facciale filtrante FFP3; il facciale deve essere eliminato, immediatamente dopo l'uso, in contenitore per rifiuti sanitari a rischio infettivo.

Sono da ritenersi **CONTATTI A RISCHIO solo** quelli ravvicinati e ripetuti e che abbiano esposto l'operatore a secrezioni orali del paziente, ovvero:

- conviventi
- amici o familiari con contatti intimi o con condivisione dello stesso ambiente per 4 ore al giorno per almeno 5 dei 7 giorni che hanno preceduto l'insorgenza dei sintomi.
- persone che abbiano eseguito manovre rianimatorie (ventilazione bocca a bocca, intubazione endotracheale, gestione di cannula endotracheale)

ISOLAMENTO RESPIRATORIO

Precauzioni da adottare in aggiunta alle Precauzioni Standard e da Contatto

	<p style="text-align: center;">APPLICAZIONE</p> <p>Da adottare nei confronti di pazienti con sospetta o diagnosticata infezione da patogeni trasmissibili per via aerea.</p>
	<p style="text-align: center;">TRASPORTO DEL PAZIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considerare l'epidemiologia del microorganismo e la tipologia dei pazienti, prima di procedere al trasporto del paziente. • Aerare il mezzo di soccorso tutte le volte che è possibile, per favorire i ricambi d'aria. • In caso di sospetta o accertata TBC polmonare, far indossare al paziente una mascherina chirurgica
	<p style="text-align: center;">ASSISTENZA AL PAZIENTE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il personale di assistenza al paziente deve essere circoscritto nel numero • Utilizzare preferibilmente materiale monouso • Assicurarsi che le attrezzature nelle immediate vicinanze del paziente e gli strumenti impiegati per l'assistenza e frequentemente toccati, siano regolarmente detersi e disinfettati. • Sterilizzare obbligatoriamente tutto il materiale pluriuso utilizzato sulle vie aeree di pazienti affetti da sospetta o accertata TBC polmonare
	<p style="text-align: center;">PROTEZIONE RESPIRATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indossare la mascherina chirurgica ogni volta che si entra in contatto con un caso sospetto o accertato di meningite, morbillo, varicella, ecc... • Indossare maschera facciale filtrante di classe FFP3 per le normali attività assistenziali in caso di sospetta o accertata TBC polmonare (o in caso di altra patologia infettiva emergente trasmissibile per via aerea) oppure per lo svolgimento di procedure che inducono tosse o generano aerosol in ogni patologia trasmissibile per via aerea.
	<p style="text-align: center;">EDUCAZIONE SANITARIA</p> <ul style="list-style-type: none"> • durante il trasporto fare indossare al paziente la mascherina chirurgica o coprirgli il naso o la bocca durante eventuali accessi di tosse • in caso di sospetta o accertata TBC polmonare è fatto divieto trasportare il familiare sul mezzo di soccorso.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	8 di 17

Raccolta e smaltimento dei rifiuti sanitari

Per la raccolta e lo smaltimento dei rifiuti sanitari prodotti in ambienti di isolamento e/o dalla cura di pazienti in isolamento è necessario attenersi alle procedure aziendali e di presidio.

In particolare, sono da considerarsi **rifiuti a rischio infettivo** (CER 180103) :

a) tutti i rifiuti provenienti da ambienti di isolamento infettivo nei quali sussista un rischio di trasmissione biologica aerea;

b) tutti i presidi e dispositivi utilizzati e da smaltire che provengano da ambienti di isolamento infettivo e siano venuti a contatto con qualsiasi liquido biologico secreto od escreto dei pazienti isolati, o siano contaminati da sangue;

Il confezionamento di detti rifiuti deve avvenire nell'apposito sacco rosso o giallo con contenitore esterno rigido a chiusura ermetica apponendo sul coperchio data di confezionamento e reparto/servizio di provenienza;

c) i rifiuti taglienti (aghi, lame, bisturi monouso ecc..) devono essere raccolti negli appositi contenitori rigidi a chiusura ermetica e per lo smaltimento confezionati come gli altri rifiuti CER 180103

I rifiuti assimilati agli urbani, ad eccezione del caso di trasmissione biologica per via aerea, devono essere raccolti e smaltiti secondo le modalità utilizzate negli ambienti sanitari non di isolamento.

Al fine di garantire la sicurezza degli operatori è necessario osservare le seguenti norme comportamentali:

- Sistemare i contenitori in posizione comoda, sicura e vicino al posto dove devono essere utilizzati;
- Evitare, nel modo più assoluto, di prelevare materiale dai contenitori per rifiuti;
- Utilizzare dispositivi per la protezione della cute e delle mucose durante la fase di raccolta e di confezionamento dei rifiuti;
- Trasportare e manipolare solo contenitori correttamente chiusi, al fine di evitare accidentali fuoriuscite e spargimento di rifiuti;
- Evitare di trascinare i contenitori dei rifiuti, di appoggiarli al corpo e di effettuare qualsiasi altra manovra che possa pregiudicare la propria e altrui sicurezza;

La Sorveglianza e il Controllo dei microrganismi antibioticoresistenti

La S.O.S. Vigilanza e controllo delle Infezioni correlate all'Assistenza può richiedere alla Direzione del 118 comunicazioni dei servizi effettuati con Codice di patologia prevalente C15 infettivo.

Nel caso di situazione con carattere di criticità, non contemplate nella procedura, il 118 può avvertire direttamente la suddetta struttura in modo tale da potere gestire la situazione in modo congiunto.

La comunicazione delle malattie infettive

La comunicazione di un soccorso o trasporto di paziente con sospetta o accertata patologia infettiva può giungere alla Centrale Operativa del 118 da :

- Presidi ospedalieri (DEA e degenze)
- Case di Cura, RSA, ecc.
- Su richiesta medica scritta (MMG e/o PLS)
- Equipaggio dei mezzi di soccorso

La Centrale Operativa del 118 comunica il soccorso o trasporto di paziente con sospetta o accertata patologia infettiva a

- Equipaggio dei mezzi di soccorso

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	9 di 17

1. dai P.O. (Dea e degenze) alla Centrale Operativa 118

a) Richiesta di trasferimento inter- ospedaliero : le richieste di trasferimento interospedaliero giungono in Centrale tramite chiamata telefonica.

b) Richiesta di trasferimento intra-regionale per rientro in Ospedale di provenienza : avviene secondo le modalità stabilite dal “ Protocollo per trasferimenti programmati interospedalieri, in ambito regionale, per rientro pazienti in Ospedali di provenienza/residenza “, v. [Allegato n. 2](#).

Il Presidio Ospedaliero di partenza, previo precedente accordo con il P.O. ricevente, invierà tramite fax il modulo di richiesta, in allegato, alla Centrale Operativa 118 del P.O. di destinazione.

Nell'apposito modulo è segnalata dal medico richiedente l'eventuale presenza o sospetto di patologia infettiva.

c) Richiesta di trasporto dai DEA a domicilio per dimissione (in territorio di competenza dell'ASF per pazienti barellati o non deambulanti) : di norma è prevista la presenza solo di personale volontario. Il modulo di richiesta è inserito nel programma informatico First-Aid e viene inoltrato via fax alla Centrale Operativa 118 di Firenze.

2. da Case di Cura, RSA, ecc. alla Centrale Operativa 118

Avviene sempre su chiamata telefonica.

3. da richiesta medica (MMG e/o PLS) alla Centrale Operativa 118

Avviene sempre su chiamata telefonica.

4. dall'equipaggio dei mezzi di soccorso alla Centrale Operativa 118

Quando dalla valutazione dei segni e sintomi, il sanitario sospetta una caso di patologia infettiva deve avvertire telefonicamente la Centrale Operativa 118 in modo tale che la Centrale possa pre-allertare il DEA di riferimento.

5. dalla Centrale Operativa 118 ai mezzi di soccorso

Quando alla Centrale giunge un servizio per il trasporto di un paziente con sospetta o accertata patologia infettiva trasmissibile, agire come segue:

- considerare l'epidemiologia del microrganismo, la tipologia del paziente e i rischi per i soccorritori
- trasmettere all'equipaggio l'informazione (codice di patologia prevalente C15 infettivo)
- supportare l'equipaggio nell'adozione delle precauzioni necessarie alla propria e altrui tutela

La Sanificazione dei mezzi di soccorso

Glossario

Decontaminazione : in base al D.M.28/9/95 tutti i presidi riutilizzabili venuti a contatto con liquidi biologici devono, prima di qualsiasi manovra di smontaggio o lavaggio-pulizia, essere immersi in un disinfettante di provata efficacia per l' HIV. Tale Decreto Ministeriale ha il fine di proteggere l' operatore da un possibile contagio.

Pulizia/Sanificazione : rimozione meccanica dello sporco (e con esso dei microrganismi). La pulizia provoca la riduzione della carica microbica per allontanamento dei microrganismi. Si può ottenere la pulizia con acqua e detergente, aria sotto pressione o aspirazione. E' preliminare alla disinfezione.

Disinfezione : è la procedura che mira ad ottenere una marcata riduzione della carica microbica. La differenza tra disinfezione e sterilizzazione è quantitativa e non qualitativa. Il termine disinfezione deve essere riservato alla distruzione di microrganismi presenti su oggetti inanimati mentre ANTISEPSI e ANTISETTICO dovrebbero essere utilizzati quando ci si riferisce a procedure germicide su tessuti viventi.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	10 di 17

La disinfezione non sostituisce la pulizia, la presenza di sporco riduce l'azione dell'agente disinfettante.

1. i detergenti-disinfettanti da utilizzare

(Aggiudicazione Gara Fornitura di Disinfettanti e detergenti Provv. Dir. 478 del 28/10/2012)

DECONTAMINAZIONE – DETERSIONE - DISINFEZIONE		
PRINCIPIO ATTIVO	APPLICAZIONE	NOME COMMERCIALE DISINFETTANTE /ANTISETTICO
detergente plurienzimatico a schiuma frenata - 2%	Detersione dei dispositivi medici riutilizzabili	Septozym ce sol. concentrata monodose (compatibile con fibre ottiche laringoscopio, endoscopi, ecc.)
sodio ipoclorito 0,115%	Disinfezione piani di lavoro, ecc.	Amuchina multiuso, disinfettante 500 ml
sali di ammonio quaternario	Decontaminazione ferri chirurgici pluriuso	Umonium38 Neutralis 1 LT.

2. Sanificazione dell' ambulanza (*Abitacolo sanitario e arredi fissi*)

I dispositivi medici nelle ambulanze sono costituiti da attrezzature mobili e da altre fisse. Tali dispositivi devono essere, quando necessario, ripristinati con opportuna sanificazione, oltre all'abitacolo sanitario dell' ambulanza stessa.

Ciascuna Associazione di Volontariato (AdV) identificherà nella propria sede appositi spazi predisposti per la sanificazione :

- armadietto per i prodotti
- contenitori per immersione
- spazio con supporti per asciugare il materiale
- attacco dell'acqua e scarico.

Per la pulizia e disinfezione delle attrezzature e strumentazioni mediche mobili (es : Barella, Monitor defibrillatore, ecc.) vedi [Allegato n. 1](#).

Per l'abitacolo e gli arredi fissi occorre distinguere varie tipologie di operazioni di pulizia :

- **Sanificazione ordinaria**
- **Sanificazione periodica**
- **Sanificazione straordinaria**

		Quando	Attività
Sanificazione ordinaria	Comprende attività di pulizia di carattere routinario	Da svolgersi giornalmente nel più breve tempo possibile.	<ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Areare</u> il vano sanitario ○ Estrarre e trattare le attrezzature mobili utilizzate (barella, ecc.) ○ Trattare le strumentazioni mediche che sono venute in contatto con il paziente ○ Raccogliere e gettare il materiale usato e smaltire i rifiuti
Sanificazione periodica	Comprende attività di pulizia più profonda da svolgersi con frequenze prestabilite	Almeno una volta al mese	<u>Attrezzature mobili</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Estrarre e trattare come da Allegato 1. <u>Strumentazioni mediche fisse</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Provvedere alla rimozione della polvere

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	11 di 17

			<p>con aspiratore, avendo cura degli angoli degli arredi.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Pulire usando un panno monouso imbevuto della soluzione disinfettante. <p><u>Pavimento, pareti e arredi fissi</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Passare aspiratore, ○ Disinfettare con ipoclorito di sodio alla concentrazione di 1000 ppm. passando un panno/mocio imbevuto del disinfettante
Sanificazione straordinaria	<p>Comprende attività di pulizia per interventi occasionali e straordinari</p> <p>-spandimento di liquidi biologici -trasporto paziente con patologia infettiva accertata o fortemente sospetta</p>	<p>Da svolgersi necessariamente al rientro dal servizio nel tempo più breve possibile</p>	<p>Il ciclo di trattamento prevede Steps codificati :</p> <p>a – Decontaminazione b – Detersione c – Disinfezione</p> <p>a) Tutte le superfici o strumenti contaminati da materiale organico (vomito, sangue, urina) devono essere decontaminati prima di eseguire la pulizia (D.M. 28/9/95). Per i prodotti da utilizzare e i tempi di contatto vedi Allegato 1</p> <p>b) Rimozione meccanica dello sporco (polvere,materiale organico ed inorganico) ottenuta attraverso l’uso di acqua e di un composto concentrato detergente ad azione enzimatica.</p> <p>c) disinfezione : vedi Sanificazione periodica</p>

Le operazioni di Pulizia e Sanificazione sono svolte da parte di tutto l'equipaggio con compiti diversificati secondo le competenze:

	Chi fa / cosa	
Sanificazione ordinaria	<p>L’AdV identifica ruolo e competenze relativamente alla sanificazione delle attrezzature mobili e fisse. Il personale sanitario, dove presente, sovrintenderà alle operazioni di sanificazione.</p>	
Sanificazione periodica	<p>L’AdV identifica ruolo e competenze relativamente alla sanificazione delle attrezzature mobili e fisse. Il personale sanitario, dove presente, sovrintenderà alle operazioni di sanificazione.</p>	
Sanificazione straordinaria	<p>Tutto il personale presente in servizio si adopera, per le proprie competenze, al ripristino del mezzo nel minor tempo possibile.</p>	<p>La Sanificazione sarà sempre preceduta dalla Decontaminazione</p>

Rifiuti

Il cassetto porta rifiuti deve sempre essere munito di sacchetto e dovrebbe essere posto in collocazione non adiacente al materiale sanitario.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	12 di 17

3. Sanificazione dell'automedica

E' ad esclusiva gestione del 118. Anche alcune componenti dell'automedica possono essere soggette a contaminazione :

Ausili di operatività	Volante, penna ottica, cellulare, radio portatile	Pulire usando un panno monouso e detergente
Dispositivi e strumentazione elettromedicale	Spinale, barella a cucchiaio, monitor defibrillatore, aspiratore, CPAP, ecc.	Pulire usando un panno monouso e soluzione disinfettante

	Chi fa / cosa	
Sanificazione ordinaria	Personale sanitario	Come per l'Ambulanza
Sanificazione periodica	Personale addetto al Parco macchine	
Sanificazione straordinaria	Personale sanitario	Come per l'Ambulanza

4. Sanificazione dell'aeromobile

La sanificazione del vano sanitario degli elicotteri, sia giornaliera, che settimanale, che straordinaria, compete al personale tecnico di Inaer Italia S.p.a.

Si rimanda alla istruzione operativa n. [BIO-001](#) e [Allegati](#) di [Inaer Italia](#) sia per le modalità di esecuzione che per i detersivi/disinfettanti utilizzabili.

All'interno del vano sanitario gli elicotteri hanno strumentazioni mediche fisse e portatili (zaini contenenti farmaci e dispositivi medici, monitor defibrillatore, aspiratore, pompa- siringa, ecc., oltre agli ausili di operatività : cellulare, ecc), per le quali l'obbligo di pulizia e sanificazione è a carico del personale sanitario in servizio sulle basi EMS.

Per la sanificazione dei componenti di facile rimozione (presidi elettromedicali, dispositivi medici, ecc.) il personale sanitario dovrà procedere come per quelli dell'ambulanza, secondo i protocolli interni alla base EMS.

La Sanificazione della Centrale Operativa 118

- **Ambienti** : come da capitolato aziendale con la Ditta in appalto.
- **Postazioni di lavoro** (tastiera computer, piano di lavoro, ecc.) : se possibile quotidianamente ad ogni inizio turno con un panno e soluzione detergente/disinfettante.

La Sanificazione dei punti di primo soccorso (PPS)

- **Ambiente** : personale identificato dalle Associazioni di Volontariato sede di PPS, o dalla ditta in appalto per le strutture Aziendali, come da capitolato.
- **Presidi riutilizzabili o elettromedicali** : sarà responsabilità del medico 118 in servizio sovrintendere alla buona sanificazione dei dispositivi effettuata dal personale identificato dalle Associazioni di Volontariato.

Nei PPS gestiti direttamente dal Sistema 118 (non in sedi di AdV) sarà il personale sanitario ad occuparsi della sanificazione dei dispositivi ed elettromedicali.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	13 di 17

Allegato n. 1 [Tabelle disinfezione](#)

Dispositivi pluriuso	Esempio Strumenti	Requisito richiesto	Azioni e prodotti
Ausili di operatività	Cellulare, radio, penna ottica, cartellina	Disinfezione di basso livello	<ul style="list-style-type: none"> ○ Spolveratura ○ Detersione con panno monouso inumidito
Apparecchi elettromedicali	Monitor, pulsossimetro, aspiratore	Disinfezione di medio livello	<ul style="list-style-type: none"> ○ Spolveratura (se necessaria decontaminazione per presenza di liquidi biologici : Umonium 38 neutralis) ○ Detersione/Disinfezione (Amuchina Multiuso / Septozym ce)
Strumenti non critici	Fonendoscopi, termometro, bracciale pressione,	Disinfezione di medio o basso livello	<ul style="list-style-type: none"> ○ Decontaminazione se necessaria (liquidi biologici) (Umonium 38 neutralis) ○ Detersione/Disinfezione (Amuchina Multiuso / Septozym ce)
Strumenti semicritici	Lama laringoscopio non monouso Pinza di Magil	Disinfezione di alto livello	<ul style="list-style-type: none"> ○ Decontaminazione/Detersione accurata da eseguire sempre (Septozym CE) ○ Disinfezione: non usare Sodio Ipoclorito, Iodopovidone o Perossido di Idrogeno, sostanze che possono danneggiare lo strumento.
Strumenti critici	Ferri chirurgici	Sterilità	<ul style="list-style-type: none"> ○ utilizzati solo strumenti monouso

Dispositivi Medici riutilizzabili, ecc			
Azione	Prodotto	Diluizione	Tempo di contatto
Decontaminazione	Umonium 38 neutralis	0,5% 2,5%	10 minuti 5 minuti
Detersione	Septozym CE	0,3 % (3 ml per litro d'acqua)	10 minuti
Disinfezione	Amuchina multiuso	Pronto all'uso	15 minuti

NORME PER IL CORRETTO USO DEI DISINFETTANTI

La disinfezione deve essere preceduta da una accurata pulizia. Gli oggetti lavati devono essere ben asciugati.

Le soluzioni disinfettanti sono soggette a inquinamento batterico. Per prevenire la contaminazione è necessario:

- 1- lavare accuratamente e asciugare i contenitori destinati ai disinfettanti.
- 2- utilizzare il disinfettante entro 7 giorni della diluizione o apertura del flacone.
- 3- i contenitori dei disinfettanti devono essere ben chiusi per evitare il contatto con l'aria (evaporazione del solvente, rischio d' inquinamento).
- 4- i contenitori devono essere etichettati con l' indicazione del nome del disinfettante, la concentrazione, la data di apertura del flacone o di diluizione.
- 5- evitare che la bocca del flacone venga direttamente a contatto con le mani dell' operatore, batuffoli di cotone e qualsiasi altro materiale.
- 6- evitare quando è possibile operazioni di travaso del disinfettante. Qualora si renda necessario prelevare disinfettante da contenitori di grande capacità impiegare recipienti che non contengono residui di disinfettante, ma svuotati, lavati ed asciugati.
- 7- evitare l' uso di tappi inappropriati (di sughero o gomma), non porre sul fondo del contenitore tamponi di garza o cotone idrofilo. Vi è la possibilità che il disinfettante venga assorbito con riduzione della concentrazione.

8- I DISINFETTANTI DEVONO ESSERE CONSERVATI AL RIPARO DELLA LUCE E DA FONTI DI CALORE.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	14 di 17

Allegato n. 2 [Protocollo trasferimenti intra- regionali](#)

Protocollo per trasferimenti programmati interospedalieri, in ambito regionale, per rientro pazienti in Ospedali di provenienza/residenza.

In primis è opportuno effettuare una distinzione fra le necessità di trasporto sanitario di pazienti in emergenza-urgenza di competenza della Centrale Operativa che ha in quel momento in carico il paziente ed i trasferimenti di elezione e quindi programmabili, che non rivestono carattere di urgenza. Questi ultimi trasferimenti riguardano pazienti che tornano, di norma, presso i Presidi Ospedalieri di residenza per continuare l'iter diagnostico-terapeutico, ma i cui spostamenti sono programmabili in anticipo.

Il trasferimento è a carico della Centrale Operativa del P.O. di destinazione che, di norma, si identifica con un P.O. della Asl di residenza del paziente.

Il P.O. di partenza, previo precedente accordo con il P.O. ricevente, invierà, tramite fax, il modulo di richiesta, allegato, alla C.O. del P.O. di destinazione. Da tale modulistica si dovrà evincere lo stato clinico e le necessità terapeutiche del paziente.

La C.O. del P.O. di destinazione stabilirà i tempi e le modalità del trasferimento e provvederà pertanto a contattare il P.O. di partenza per concordare i dettagli organizzativi.

L'eventuale necessità di personale specialistico (come ad esempio nel caso di un trasferimento fra due Rianimazioni) sarà a carico dell'Ospedale di destinazione in quanto ricevente, così come il mezzo e la dotazione di personale 118.



**TRASFERIMENTO INTEROSPEDALIERO PROGRAMMATO
PER RIENTRO OSPEDALE DI PROVENIENZA / RESIDENZA**



P A Z I E N T E	COGNOME _____ NOME _____
	NATO A _____ IL _____ CITTADINANZA _____
	RESIDENZA _____
PARTENZA DESTINAZIONE	
OSPEDALE _____	OSPEDALE _____
REPARTO _____	REPARTO _____
MED. RICHIEDENTE _____	MED. ACCETTANTE _____
telefono _____	telefono _____
DIAGNOSI	
SINTESI CONDIZIONI CLINICHE	
<input type="checkbox"/> Respiro spontaneo <input type="checkbox"/> Ossigenoterapia l/min _____ <input type="checkbox"/> Intubazione orotracheale <input type="checkbox"/> Intubazione nasotracheale <input type="checkbox"/> Trachestomia <input type="checkbox"/> Drenaggio toracico <input type="checkbox"/> Ventilazione assistita <input type="checkbox"/> Ventilazione meccanica	<input type="checkbox"/> Linea venosa periferica n. _____ G _____ <input type="checkbox"/> Linea venosa centrale _____ <input type="checkbox"/> Sondino nasogastrico <input type="checkbox"/> Catetere vescicale <input type="checkbox"/> Collare cervicale <input type="checkbox"/> Tavola spinale <input type="checkbox"/> Emodinamica stabile <input type="checkbox"/> Emodinamica instabile
GCS E: _____ V: _____ M: _____ tot _____ <input type="checkbox"/> Pupille isocoriche: Miosi <input type="checkbox"/> Pupille isoconiche: Midriasi <input type="checkbox"/> Anisocoria dx>sn <input type="checkbox"/> Anisocoria sn>dx	
F.R. _____ FiO₂ _____ SpO₂ _____ ETCO₂ _____ pH _____ PaO₂ _____ PaCO₂ _____	
F.C. _____ P.A. _____ PVC _____ Altro _____	
LIVELLI DI ASSISTENZA DA GARANTIRE IN ITINERE: CLASSIFICAZIONE DI EHERENWERTH	
<input type="checkbox"/> CLASSE I E II Il paziente: Non richiede o richiede di rado il monitoraggio dei par. vitali Può non avere bisogno di una linea venosa Non richiede la somministrazione continua di O ₂ Non deve essere trasferito in Terapia Intensiva	<input type="checkbox"/> CLASSE III Il paziente: Richiede frequente controllo dei parametri vitali Ha bisogno di una linea venosa Non ha bisogno di monitoraggio invasivo Può presentare lieve o modesto distress respiratorio Può presentare lieve compromiss. stato di coscienza (GCS >9) Richiede la somministrazione continua di O ₂
<input type="checkbox"/> CLASSE IV Il paziente: Richiede intubazione tracheale Richiede supporto ventilatorio Ha bisogno di due linee venose o di CVC Può presentare distress respiratorio grave Può presentare compromiss. stato di coscienza (GCS >9) Può richiedere somm. farmaci salvavita E' trasferito in Rianimazione e Reparto Intensivo	<input type="checkbox"/> CLASSE V Il paziente: Non può essere completamente stabilizzato Richiede monitoraggio e supporto vitale invasivo Richiede terapia salvavita durante il trasporto
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA: _____	
TERAPIA IN ATTO: _____	
ALLERGIE NOTE: _____	
EVENTUALE PATOLOGIA INFETTIVA IN ATTO O SOSPETTA: _____	
ULTERIORI NOTIZIE UTILI: _____	
TIMBRO E FIRMA MEDICO RICHIEDENTE	

Trasmettere via fax alla Centrale Operativa 118 competente per presidio di destinazione

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASL 1- 118 MASSA CARRARA - 0585 499002 | <input type="checkbox"/> ASL 5-118 PONTEDERA - 0587 232282 | <input type="checkbox"/> ASL 8-118 GROSSETO - 0564 465445 |
| <input type="checkbox"/> ASL 2- 118 LUCCA - 0563 970557 | <input type="checkbox"/> ASL 6-118 LIVORNO - 0586 428145 | <input type="checkbox"/> ASL 10-118 FIRENZE - 055 22787208 |
| <input type="checkbox"/> ASL 3- 118 PISTOIA - 0573 23532 | <input type="checkbox"/> ASL 7-118 SIENA - 0577 536118 | <input type="checkbox"/> ASL 11-118 EMPOLI - 0571 705635 |
| <input type="checkbox"/> ASL 4- 118 PRATO - 0574 434601 | <input type="checkbox"/> ASL 8-118 AREZZO - 0575 254015 | <input type="checkbox"/> ASL 12- 118 VERSILIA - 0584 66394 |

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	Gestione del paziente colonizzato – infetto in ambito di emergenza territoriale	AS/PR/102	n. 0	16 di 17

Allegato n. 3 [KIT DI BIO-PROTEZIONE](#)

COMPOSIZIONE:

- N° 4 Camici Monouso
- N° 4 MASCHERE CON FILTRO FFP3 (PER OPERATORI)
- N° 2 MASCHERE SENZA FILTRO (PER PAZIENTE)
- N° 4 OCCHIALI PROTEZIONE

PROCEDURA:

- PRIMA DI AVERE IL CONTATTO CON IL PAZIENTE CON SOSPETTA O ACCERTATA PATOLOGIA INFETTIVA, INDOSSARE CAMICE, MASCHERA, OCCHIALI, OLTRE AI GUANTI.
- AL PAZIENTE DEVE ESSERE POSIZIONATA LA MASCHERA SENZA FILTRO QUANDO IL SOSPETTO DI PATOLOGIA RIGUARDA IL CONTAGIO PER VIA AEREA.
- IN CASO DI SOSPETTA O ACCERTATA PATOLOGIA INFETTIVA CONTATTARE LA C.O., PRIMA DEL RICOVERO, PER AVERE INDICAZIONI SULL' EVENTUALE ACCESSO PREFERENZIALE PER IL REPARTO MALATTIE INFETTIVE.
- I DISPOSITIVI DI PROTEZIONE DOVRANNO ESSERE TOLTI DOPO SANIFICAZIONE DELL'AMBULANZA, E IL TUTTO MESSO IN UN SACCO CONTRADDISTINTO DALLA SCRITTA "ATTENZIONE MATERIALE INFETTO" (SEGUIRE LE INDICAZIONI DELLA PROCEDURA AZIENDALE SULLO SMALTIMENTO DEI RIFIUTI)



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

**Procedure e linee di indirizzo relative alla gestione
dell'emergenza covid-19 per le centrali operative 118
e i sistemi di emergenza territoriale toscani**



**PROCEDURE E LINEE DI INDIRIZZO RELATIVE ALLA
GESTIONE DELL'EMERGENZA COVID-19 PER LE CENTRALI
OPERATIVE 118 E I SISTEMI DI EMERGENZA TERRITORIALE
TOSCANI**

**Redazione a cura del Coordinamento Regionale
Maxiemergenze**

Revisione 11 del 13/11/2020

Indice

1.Sintesi delle modifiche rispetto alla revisione precedente	2
2.Premessa	2
3.Obiettivo	2
4.Rete territoriale	2
5.Aspetti operativi	4
6.Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)	6
7.Istruzioni vestizione/svestizione, sanificazione e smaltimento rifiuti	8
8.Sorveglianza sanitaria degli operatori	10
9.Ulteriori Raccomandazioni	11
10.Raccomandazioni per la fase 2 dell'emergenza COVID-19	11
11.Mezzi da adibire al trasporto di pazienti asintomatici/paucisintomatici	13
12. Linee di indirizzo per il riassetto delle postazioni di emergenza territoriale in caso di carenza di personale sanitario 118 perchè sottoposto a regime di quarantena o isolamento per contagio da Covid-19.....	14
13.Allegati.....	15

Sintesi delle modifiche rispetto alla revisione precedente

Sono stati modificati i seguenti punti:

- 7.3 12

Sono stati aggiunti i seguenti punti:

- 13

Premessa

Il tavolo tecnico, ricostituito presso il coordinamento Regionale Maxiemergenze con l'Ordinanza del Presidente della Giunta N° 83 del 09/09/2020, in relazione all'evoluzione dello scenario dell'emergenza Coronavirus, sia in ambito regionale che nazionale, ritiene necessaria una revisione del documento. Tale revisione si basa anche sulle evidenze Scientifiche e sulle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Obiettivo

Fornire procedure e linee di indirizzo per la gestione dell'emergenza Coronavirus ad uso delle Centrali Operative 118 e dei Sistemi di Emergenza Territoriale Toscani.

Rete territoriale

4.1 Rete territoriale per la gestione dell'emergenza Coronavirus

La rete territoriale, viene ulteriormente rinforzata con ulteriori 2 ambulanze di soccorso avanzato (di cui all'art. 4 della legge Regionale 83/2019), che si vanno ad aggiungere alle 3 già a disposizione

del Coordinamento Regionale per le Maxiemergenze, **con operatività H24 - 7 giorni alla settimana, per il trasferimento di pazienti COVID Positivi in biocontenimento.** Per quanto riguarda l'assegnazione degli Stand By alle AA.VV./C.R.I si segue la seguente distribuzione:

- ✓ Area Vasta Nord Ovest: 2 Stand By h/24 di cui 1 competenza A.N.P.A.S. ed 1 MISERICORDIE
- ✓ Area Vasta Centro: 2 Stand By h/24 di cui 1 competenza A.N.P.A.S. ed 1 MISERICORDIE
- ✓ Area Vasta Sud Est: 1 Stand By h/24 competenza C.R.I.

Al momento dell'attivazione i mezzi dedicati al trasferimento in biocontenimento inizieranno la missione nel più breve tempo possibile e comunque ipotizzabile in pochi minuti.

Lo Stand By economico riconosciuto, come nei mesi precedenti, sarà quello previsto dalla DGR 908/2018 per le Ambulanze di Soccorso Avanzato con personale sanitario a bordo (1 Autista e 2 Soccorritori in considerazione della particolarità e della complessità del servizio che andranno a svolgere) pari ad € 9.450/mese. L'Ospedale richiedente il trasferimento, dopo averlo concordato con quello accettante, si dovrà rivolgere alla Centrale Operativa 118 territorialmente competente che, a sua volta, inoltrerà la richiesta al Coordinamento Regionale per le Maxiemergenze che gestirà il servizio. Tale attivazione dovrà avvenire al seguente numero di telefono 0573 20507. Il personale sanitario che assisterà il paziente sarà messo a disposizione dallo Spedale inviante; il Coordinamento Regionale per le maxiemergenze ha provveduto a dotare le ambulanze di:

1. Smart Phone con installato il software per la gestione della missione.
2. Monitor Defibrillatore completo di accessori.
3. Ventilatore Polmonare completo di accessori.
4. Numero 2 Siringo pompe.

E' stato altresì consegnato anche il materiale monouso di consumo a corredo degli elettromedicali.

4.2 Implementazione Rete Territoriale a disposizione delle Centrali Operative 118

Le Centrali Operative 118, sulla base delle loro esigenze, possono attivare ulteriori mezzi in Stand By (di cui all'art. 4 della legge Regionale 83/2019) fino ad un massimo di 2 per ciascun 118 territoriale con l'aggiunta di 1 per l'Isola d'Elba (25 sull'intero territorio regionale) dedicati al trasporto dei casi sospetti o confermati di Covid19 clinicamente stabili. Tali mezzi saranno utilizzati in coerenza con il Sistema Dispatch e in relazione ad ogni necessità delle Centrali Operative.

Le Centrali Operative 118 sono altresì autorizzate ad attivare Auto Covid con medico o con Infermiere a disposizione della Centrale Operativa anche attraverso le AA.VV./C.R.I., in accordo con i rappresentanti di zona, per le attività connesse alle specifiche competenze professionali; in particolare, per quanto riguarda il personale infermieristico, tale attività è esplicitata in: sostituzione o riposizionamento di Catetere Vescicale, sostituzione o riposizionamento di Sondino Naso Gastrico, prelievo arterioso di EGA. Per, quanto riguarda la risorsa comprensiva di auto, autista e me-

dico, per un'attività di 6 ore /giorno, viene riconosciuto un rimborso spese pari ad € 8.500 mensili.

Raccomandazioni generali per i mezzi aggiuntivi

- Se non diversamente indicato dalla Centrale Operativa, limitare all'essenziale la dotazione di questa tipologia di mezzo, mantenendo comunque almeno il DAE ed il materiale per la rianimazione di base.
- Utilizzare esclusivamente materiale monouso rispetto al barellaggio del paziente (compreso l'utilizzo di teli termici in sostituzione delle coperte), da smaltire al momento della sanificazione come indicato per i DPI.

4.3 Note integrative

Ambulanze per il trasporto in Biocontenimento di pazienti COVID 19 Positivi

La gestione amministrativa dei servizi (fatturazione), come in precedenza, dovrà essere eseguita attraverso il Sistema webser sul sistema gestionale in uso presso la Centrale di Pistoia; la fatturazione, da parte degli enti regionali, dovrà essere fatta alla Azienda USL Toscana Centro per la successiva liquidazione.

- Le AA.VV./C.R.I. che hanno già fornito l'elenco che, in questa fase gestiranno, tali servizi, trasmetteranno al Coordinamento Regionale per le Maxiemergenze ogni variazione nella turnazione.
- E' stato prodotto, insieme alle AA.VV./C.R.I. un video tutorial per l'utilizzo della barella e degli elettromedicali.

Mezzi aggiuntivi a disposizione delle Centrali Operative 118

- Ai mezzi dedicati al trasporto dei casi sospetti sarà riconosciuto adeguato STBY di cui D.G.R. 908/2018.
- Ai tavoli tecnici delle 6 C.O. rimane la responsabilità dell'organizzazione della turnazione dei mezzi dedicati.
- Da valutare, all'interno di ogni sistema territoriale 118, anche in relazione agli sviluppi dell'emergenza in atto, l'istituzione di un mezzo dedicato ai casi sospetti, con un Sanitario 118 a bordo.

Aspetti operativi

5.1 Disposizioni per le centrali operative e per il personale sanitario

- Per la gestione di tutte le chiamate e di tutti gli interventi, il personale delle centrali operative e il personale sanitario operante sui mezzi di soccorso deve attenersi scrupolosamente alle indicazioni riportate nella flowchart n° 1 “FLOW CHART CASO SOSPETTO COVID-19”.
- Una volta assegnato il codice di invio, ogni Centrale Operativa 118 seguirà le procedure attualmente in uso riguardo l’assegnazione dei mezzi.
- Riguardo alle istruzioni pre-arrivo in caso di ACR, si forniscono quelle per BLS laico (con l’indicazione, laddove possibile, di coprire il naso e la bocca del paziente con un telo, una maglia o altro).

N.B. Le Centrali Operative comunicheranno puntualmente agli equipaggi dei mezzi, tutte le specifiche e le variazioni di ogni caso trasportato.

5.2 Disposizioni per gli equipaggi 118

- Nel caso in cui, un mezzo con soli soccorritori si trovi ad effettuare manovre di rianimazione, queste dovranno limitarsi al solo BLS laico, posizionando una mascherina chirurgica o in TNT, sulla bocca e sul naso del paziente, prima di iniziare le manovre di RCP;
- Si raccomanda l’utilizzo del massaggiatore automatico per le compressioni toraciche esterne, nelle realtà in cui è presente, con il fine ulteriore, in questa specifica emergenza COVID-19, di limitare il più possibile il contatto con il paziente;
- Per quanto riguarda il PBLI dei soccorritori, non si ritiene di procedere a nessuna variazione rispetto a quanto previsto nel corso di livello avanzato rivolto ai soccorritori A.A.V. e da analogo corso CRI;
- Si raccomanda l’uso del “Videolaringoscopio”, laddove presente, per l’intubazione oro-tracheale;
- Si raccomanda l’effettuazione di un unico tentativo di intubazione oro-tracheale. In caso di fallimento, considerare precocemente l’utilizzo di un presidio sovra-glottico.
- Si raccomanda di posizionare, se disponibile, un filtro HEPA tra tubo oro-tracheale/presidio sovra-glottico e circuito di ventilazione.
- Una volta ottenuta la gestione delle vie respiratorie con intubazione o presidio sovra-glottico, considerare la possibilità di coprire la testa e la parte superiore del torace del paziente con un telino: questo al fine di ridurre al minimo la diffusione di eventuali droplets.
- Le più efficaci misure di prevenzione da applicare sia nell’ambito comunitario che sanitario, includono:
 - Praticare frequentemente l’igiene delle mani con acqua e sapone o, se questi non sono disponibili, con soluzioni/gel a base alcolica;
 - Evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;

- Tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
 - Eseguire l'igiene delle mani dopo avere rimosso ed eliminato la mascherina;
 - Evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno 1 metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori.
- Per la somministrazione di ossigeno, preferire in ogni caso l'utilizzo di maschere con reservoir o occhialini. **Si sconsiglia l'utilizzo delle Ventimask**
- Di norma gli accompagnatori degli utenti sui mezzi non devono salire a bordo (esclusi i casi di accompagnamento dei minorenni)

N.B. Qualora nello svolgimento delle missioni, l'equipaggio si trovi in situazioni non descritte o non codificate nelle procedure, troverà il necessario supporto presso la centrale operativa 118 di Riferimento

Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

La definizione delle presenti indicazioni, sull'utilizzo dei DPI è stata elaborata sulla base dei seguenti documenti:

- Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della sanità del 27 Febbraio 2020;
- Indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità del 14 Marzo 2020;
- Aggiornamento delle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità del 28 Marzo 2020.

Nell'assistenza ad ogni tipologia di paziente si raccomanda di effettuare solo manovre estremamente necessarie, per ridurre al minimo l'esposizione degli operatori a Droplets.

Le manovre considerate ad alto rischio di diffusione Droplets sono:

- RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE;
- INTUBAZIONE/ESTUBAZIONE/GESTIONE VIE AEREE;
- CPAP/BIPAP/NIV;
- AEROSOL TERAPIA.

Per la somministrazione di ossigeno, preferire in ogni caso l'utilizzo di maschere con reservoir o occhialini. **Si sconsiglia l'utilizzo delle Ventimask.**

6.1 DPI da utilizzare in caso di manovre ad alto rischio di diffusione di Droplets

In caso di manovre ad alto rischio, tutto il personale sanitario e i soccorritori direttamente coinvolti (compresi quelli dei mezzi aggiuntivi), dovranno utilizzare i seguenti DPI:

- Mascherine filtranti FFP2 o equivalenti;
- Doppi guanti non sterili;

- Dispositivi per protezione oculare (Occhiali /Occhiali a Maschera/Visiera);
- Camice o tuta a maniche lunghe impermeabile con scritta: "DPI".

Nel caso in cui il medico e/o l'infermiere debbano eseguire manovre ad alto rischio, la presenza dei soccorritori nella stanza o nei pressi dell'emergenza, deve essere contingentata al minimo possibile.

La vestizione completa dei DPI descritti in questo paragrafo (illustrata dal tutorial citato nel paragrafo 7) deve essere effettuata, di norma, una volta che l'equipaggio giunge sul luogo dell'emergenza.

6.2 DPI da utilizzare in tutti gli altri casi

In tutti gli casi, così come previsto dall' algoritmo, il personale sanitario e i soccorritori (sia per i soccorsi di emergenza che sui mezzi dedicati ai trasporti urgenti (ex ordinari) e ai trasporti dei pazienti sottoposti al trattamento di dialisi, dovranno indossare di norma:

- Mascherina chirurgica*;
- Guanto singolo non sterile;
- Dispositivi per protezione oculare (Occhiali /Occhiali a Maschera/Visiera), avendo cura di sanificarli al termine di ogni intervento;
 - Camice o tuta a maniche lunghe idrorepellente;

***In contesti assistenziali territoriali ove vengono assistiti pazienti sospetti/confermati COVID-19 può essere preso in considerazione il ricorso a mascherina FFP2 o equivalenti, in base a una valutazione dei rischi che tenga di conto del significativo incremento del tempo di esposizione (> a 15 minuti) e dell'intensità di cure erogate.**

N.B. 1 Le presenti indicazioni sono da ritenersi valide se ad ogni paziente vengono posizionati i guanti monouso e la mascherina chirurgica

N.B. 2 Nell'ottica di ottimizzare la gestione delle risorse disponibili, gli operatori possono indossare la mascherina chirurgica ad inizio turno e mantenerla posizionata fino a quando la stessa non risulti inutilizzabile.

N.B. 3 In caso di soccorso in ambienti esterni tra cui spiagge e montagna, utilizzare DPI standard sempre in prima istanza, viste le particolari situazioni climatiche ed ambientali. Si raccomanda di indossare camici o tute a maniche lunghe, immediatamente prima di prendere contatto con il paziente.

N.B. 4 Prevedere sempre la possibilità di passare in loco a DPI di livello superiore. Rimane necessario avere con sé, mascherine FFP2 e tute, da indossare in caso di effettuazione di manovre sulle vie respiratorie con possibilità di diffusione di droplets.

N.B. 5 Le AA.VV./C.R.I. sono autorizzate ad utilizzare i DPI necessari per effettuare attività di formazione come da DGR 1192/2020.

6.3 Modalità di richiesta per la vestizione del personale sanitario

Ogni Centrale Operativa/Sistema 118 provvede in proprio alla richiesta ed approvvigionamento dei DPI necessari allo svolgimento dei servizi. L'approvvigionamento e la conseguente distribuzione riguarda anche le AA.VV./C.R.I. afferenti al territorio di competenza.

6.4 Dotazioni di DPI dei mezzi di soccorso

A tutti i mezzi di soccorso (con personale sanitario o meno), dovranno essere consegnati, in numero sufficiente da poter sempre operare in sicurezza, i seguenti DPI:

- Camice o tuta a maniche lunghe impermeabile con scritta: "DPI";
- Mascherine FFP2 o equivalenti;
- Mascherine chirurgiche;
- Mascherine in TNT;
- Camice o tuta a maniche lunghe idrorepellente;
- Dispositivi per protezione oculare (Occhiali/Occhiali a Maschera/Visiera).

Istruzioni vestizione/svestizione, sanificazione e smaltimento rifiuti

Qualora, nella condizione descritta al paragrafo 6.1 (esecuzione di manovre a rischio) si renda necessaria la procedura di vestizione/svestizione, il personale coinvolto dovrà fare riferimento al tutorial precedentemente distribuito

7.1 Indicazioni e modalità vestizione/svestizione Ambulanza primo soccorso e ambulanza con sanitario

- L'autista, durante il trasporto, se non entra in contatto con il paziente, indossa la mascherina chirurgica e il camice o tuta a maniche lunghe idrorepellente. Rimane nel vano guida che deve essere isolato dal vano sanitario. Se collabora con il resto dell'equipaggio, indossa i DPI previsti.
- Dopo affidamento al reparto di destinazione, il personale viene fatto uscire verso l'ambulanza **ancora con i DPI indossati**. Sarà cura del presidio ospedaliero mantenere protetto il corridoio di accesso dall'ambulanza al reparto di destinazione fino all'uscita del soccorritore.
- Laddove possibile, sanificare il mezzo nelle adiacenze del reparto di destinazione;
- Laddove non sia possibile, si procederà alla sanificazione presso la sede;
- L'equipaggio procederà alla sanificazione del vano guida, oltre a quello sanitario se l'autista ha collaborato nell'espletamento dell'emergenza;
- I DPI (tranne gli occhiali/maschera protettiva per occhi) e il materiale prodotto dalla sanificazione, devono essere raccolti in un sacco per rifiuti sanitari speciali

7.2 Indicazioni e modalità vestizione/svestizione Automedica

- Solo il professionista sanitario (nel caso dell'AUTOMEDICA il Medico) si avvicina al paziente indossando i DPI.
- L'Infermiere non entra in contatto con il paziente se non richiesto espressamente dal Medico.
- Per il trasporto del paziente si dovrà utilizzare il minor numero possibile di personale.
- Solo il personale dell'AUTOMEDICA che è venuto a contatto con il paziente e che ha indossato i DPI, procede con la svestizione, direttamente nel reparto di destinazione se il paziente viene accompagnato dal medico. Nel caso in cui, il medico non accompagna il paziente, procede alla svestizione in ambiente aperto. In tal caso, i DPI (tranne gli occhiali/maschera/visiera protettiva per occhi), devono essere raccolti in un sacco per rifiuti sanitari speciali.

7.3 Modalità per la sanificazione

In caso di trasporto di un caso confermato COVID-19, o nel caso in cui durante il servizio si siano eseguite manovre ad alto rischio di diffusione di Droplets, la sanificazione deve essere assicurata con le seguenti modalità:

- Pulizia accurata (per circa 15' in caso di 2 volontari e per 30' in caso di 1 volontario) delle superfici ambientali e degli oggetti con acqua e detersivi classici seguita dall'applicazione di disinfettanti comunemente usati a livello ospedaliero (su base di ipoclorito di sodio allo 0,1-0,5% o perossido d'idrogeno allo 0.5%) per tutte le superfici del mezzo di soccorso tramite panni monouso;
- Per la decontaminazione ambientale è necessario utilizzare attrezzature dedicate o monouso;
- Le attrezzature riutilizzabili devono essere decontaminate dopo l'uso con un disinfettante a base di ipoclorito di sodio allo 0,1-0,5 %;
- I carrelli di pulizia comuni non devono essere introdotti sul mezzo;
- Areare il mezzo per il tempo indicato sull'etichetta/scheda tecnica del prodotto utilizzato per la disinfezione;

N.B.: In caso di trasporti sequenziali di pazienti COVID POSITIVI si raccomanda di sanificare il mezzo di soccorso solo al termine dei trasporti, evitando anche di cambiare i DPI dei soccorritori/personale sanitario fra un trasporto e l'altro.

In tutti gli altri casi la sanificazione del mezzo viene assicurata come di norma.

7.4 Modalità per lo smaltimento dei rifiuti

Tutto il materiale monouso utilizzato, compreso quello per le procedure di sanificazione, deve essere smaltito in un sacco per rifiuti sanitari speciali. Il personale deve:

- Sigillare il sacco con fascetta;
- Introdurre il sacco nel contenitore apposito previsto (Figura n. 1 o Figura n.2);
- Chiudere ermeticamente il contenitore;
- Riportare il nome dell'AAVV e la data di confezionamento sul contenitore;
- Trasportare il contenitore così confezionato al punto di conferimento/raccolta identificato in ogni Presidio Ospedaliero.

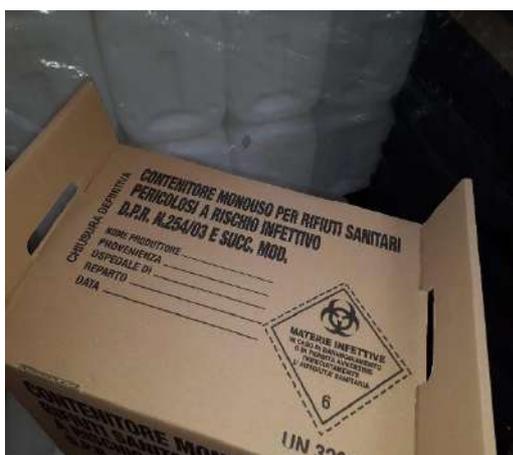


Figura 1



Figura 2

Sorveglianza sanitaria degli operatori

Tenuto conto di quanto previsto dal D.L. 23 febbraio 2020, n.6 – “*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemologica da COVID-19*”, all'art.1, comma 2, lettera h) “applicazione della misura della quarantena con sorveglianza attiva agli individui che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva” e di quanto stabilito dal D.L. 9 marzo 2020, n.14 - Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19, all'art.7, Sorveglianza Sanitaria “La disposizione di cui all'art.1, comma 2, lettera h), del decreto-legge 23 febbraio 2020 n. 6, **non si applica agli operatori sanitari e a quelli dei servizi pubblici essenziali (come i soccorritori delle AAVV e CRI) che vengono sottoposti a sorveglianza.** I lavoratori invece, che presentano sintomi compatibili con Covid-19 (febbre $>37,5^{\circ}\text{C}$ o tosse o dispnea) o risultano positivi al tampone sospendono l'attività.

8.1 Sorveglianza sanitaria del personale sanitario

Per tutto ciò che concerne l'iter della sorveglianza del personale sanitario dei Sistemi 118, si rimanda alle norme e agli atti aziendali.

8.2 Sorveglianza sanitaria dei soccorritori delle AAVV/CRI

Al fine di ottemperare a quanto previsto e specificato dalla Procedura Task Force Regione Toscana del 2/3/2020 denominata "SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI OPERATORI DEL SSR ESPOSTI A CONTATTO CON INFEZIONE DA NUOVO CORONAVIRUS", si propone la compilazione di una scheda per ciascun soccorritore delle AAVV/CRI impegnato in missioni di soccorso per casi sospetti, probabili o confermati SARS-COV-2. In tale scheda, da inviare alla Direzione della Centrale Operativa 118, è possibile individuare la classe di rischio e le successive procedure che ne scaturiscono (allegato n. 1)

N.B.: LA SEGNALAZIONE AGLI ORGANI PREPOSTI, È PREVISTA COMUNQUE SOLO PER I CONTATTI A MEDIO ED ALTO RISCHIO E SOLO NEL CASO IN CUI SI SIA VERIFICATO UN INCIDENTE DI QUALSIASI TIPO, COMPRESI QUELLI SULL'UTILIZZO DEI DPI PREVISTI DALLE PROCEDURE CHE HANNO AVUTO ESITO IN UN TAMPONE POSITIVO.

Inoltre, anche alla luce della normativa sopracitata, si istituisce un modulo di autodichiarazione per i soccorritori delle AAVV/CRI, da compilare a cura di ogni operatore che abbia fornito assistenza diretta a un caso di Covid-19 senza l'impiego dei dpi raccomandati o a seguito di incidenti con gli stessi e che al momento risulti asintomatico.

Il modulo di autodichiarazione (allegato n. 2) deve pervenire alla Centrale Operativa 118 direttamente da parte del responsabile di zona delle AAVV/CRI. La centrale operativa 118, una volta ricevuta l'eventuale positività Covid-19 del paziente, informa il responsabile di zona AAVV/CRI.

Nel caso in cui invece i soccorritori delle AAVV/CRI presentino sintomi compatibili con Covid-19 (febbre >37,5°C o tosse o dispnea) o risultano positivi al tampone al 7 giorno o al test sierologico, procedono a comunicarlo al proprio Responsabile e alla Direzione della Centrale Operativa 118. Per gli adempimenti successivi, si rimanda alle norme e agli atti aziendali.

Ulteriori Raccomandazioni

- Si raccomanda un uso morigerato degli elicotteri, considerate anche le lunghe procedure di sanificazione degli stessi.

Raccomandazioni per la fase 2 dell'emergenza COVID-19

10.1 Richiesta di soccorso provenienti dalle RSA

Attualmente il 118 viene chiamato dal personale della struttura che a volte ha consultato telefonicamente il MMG, altre volte agisce d'iniziativa. Se si vuole ottimizzare il flusso da RSA è necessario che:

- Il personale della RSA prima di chiamare il 118, nel caso di sospetto di patologie minori, contatti il medico responsabile, il MMG o la CA o altre figure di riferimento e applichi la scala NEWS (FR, FC, TC, PA, SpO2, Stato di Coscienza) riferendo all'infermiere della C.O. i parametri rilevati.
- Il personale delle Centrali Operative nel caso in cui durante la chiamata da queste strutture vengano escluse patologie che afferiscono ai percorsi tempo dipendenti dovranno ulteriormente approfondire l'intervista telefonica, dedicando tutto il tempo necessario e, in caso di dubbio, coinvolgere il medico di Centrale Operativa.
- Concordare con i gestori l'opportunità di creare le condizioni affinché il 118 possa interfacciarsi, quando serve, con figure di maggiore responsabilità all'interno della struttura o rintracciabili telefonicamente rispetto al singolo operatore. Utile al riguardo l'aggiornamento della rubrica telefonica software 118 con i recapiti dei responsabili da contattare in caso di interventi sui quali si abbia necessità di chiarimenti.
- Collegare le Centrali operative 118 con le articolazioni territoriali (USCA e GIROT per esempio, se il MMG non si ritiene debba essere incluso) in modo da poter richiedere un loro intervento invece di inviare un mezzo di soccorso quando si ritiene che una valutazione sul posto possa essere risolutiva.
- Qualora il 118, magari per sovrastima dell'allarme della chiamata, malgrado le precisazioni fatte sopra, si trovi ad intervenire con un mezzo di soccorso ed il personale si accorga solo una volta giunto sul posto della natura non strettamente congrua della chiamata, dovrà farsi carico del problema trattandolo direttamente oppure, come detto sopra per la centrale, coinvolgendo le altre articolazioni del sistema in grado di gestire il paziente senza ospedalizzarlo.

10.2 Richiesta di soccorso provenienti da strutture psichiatriche

Quando si interviene in strutture residenziali per pazienti che sono in carico alla salute mentale (casa famiglia, etc.), ma anche quando si interviene al domicilio di pazienti con questo tipo di problematiche, il personale del 118, prima di procedere all'ospedalizzazione, dovrà contattare lo psichiatra territorialmente competente (UFSMA-SPDC), per una "second opinion" che sarà vincolante sul percorso da intraprendere per il paziente.

10.3 Azione di filtro sul territorio dei sistemi 118

In caso di patologie minori è possibile che l'equipaggio che interviene non sia medicalizzato.

In questi casi, a meno che il paziente non rifiuti il ricovero, si procede spesso alla ospedalizzazione del paziente.

La figura del medico di centrale potrebbe essere determinante riguardo la decisione di ospedalizzare o meno il paziente o di inviare un ulteriore mezzo per completare la valutazione clinica (mezzo medicalizzato, USCA ecc.).

Allo stato attuale tale attività non rientra tra i compiti del medico di centrale previsti dalla DGRT 544/2014 e l'impossibilità a visitare il paziente e valutare alcuni esami strumentali rappresentano ostacoli da superare.

E' tuttavia possibile elaborare dei percorsi che permettano, in certe situazioni, al medico di centrale operativa 118 di decidere riguardo la ospedalizzazione o meno del paziente da remoto o l'invio di un ulteriore mezzo medicalizzato; tali percorsi devono prevedere, oltre al contatto telefonico tra il medico di centrale e il paziente stesso o i suoi familiari per concordare la soluzione migliore, l'acquisizione in tempo reale da parte della centrale almeno dei parametri vitali del paziente. A tal proposito è auspicabile dotare, da parte delle Aziende e nel più breve tempo possibile, tutti i mezzi di soccorso non medicalizzati di adeguata tecnologia di telemedicina e videotrasmissione.

10.4 Dimissioni da Pronto Soccorso

In particolari situazioni di emergenza in cui il Pronto Soccorso si trova in grave sovraccollamento, su richiesta del medico del Pronto Soccorso, la Centrale Operativa 118, una volta verificata:

- la indisponibilità di ambulanze per trasporti sanitari urgenti per un periodo superiore a 1 ora;
- la copertura del territorio con un adeguato numero di ambulanze per l'emergenza;

Può decidere di effettuare dimissioni dal Pronto Soccorso utilizzando un'ambulanza per l'emergenza.

Tale decisione avrà lo scopo di permettere il decongestionamento del Pronto Soccorso e la possibilità di rendere più rapidi i processi di gestione delle emergenze in arrivo, per tale motivo, in questa situazione, la dimissione da Pronto Soccorso può essere considerata alla stregua di un'emergenza.

E' inoltre auspicabile l'utilizzo di aree di attesa, assistite e separate tra percorsi Covid e non-Covid, dove i pazienti in dimissione possano attendere l'ambulanza.

10.5 Ripresa svolgimento degli esami dei corsi avanzati riferiti ai Soccorritori volontari

Per un reale stato di necessità, al fine di evitare l'inoperatività dei mezzi di soccorso, si rende necessario, in questa seconda fase dell'emergenza COVID-19, continuare con l'espletamento degli esami dei corsi avanzati riferiti ai soccorritori volontari in presenza. Per consentire lo svolgimento degli esami si applicano le procedure previste nell'allegato della DGR 1192/2020 (che si allega). Sempre per lo stesso motivo le AA.VV./C.R.I. sono autorizzate a tenere corsi di formazione sia di livello base che avanzato.

11.1 MEZZI DA ADIBIRE AL TRASPORTO DI PAZIENTI ASINTOMATICI e/o PAUCISINTOMATICI CHE NON NECESSITANO DI AMBULANZA NE' DI ASSISTENZA SANITARIA

- Vengono attivati, con operatività H12 (08:00 - 20:00) 7 giorni alla settimana, nel numero di 1 per ciascuna Centrale Operativa 118 con l'aggiunta di una ulteriore risorsa per l'Isola d'Elba (7 in totale) dei mezzi, con solo autista a bordo (Pulmini).
- Le AA.VV./C.R.I., danno mandato ai Coordinamenti afferenti alle 6 Centrali Operative di fornire un calendario di operatività. Viene riconosciuto uno Stand By mensile pari ad € 2.500, mentre per la fatturazione dei singoli servizi si farà riferimento alle quote in uso che, per detti mezzi, è equivalente all'ambulanza ed al mezzo attrezzato; a tal riguardo si raccomanda di inserire la voce pulmino nell'elenco dei mezzi.

Per quanto riguarda l'utilizzo dei DPI l'autista dovrà indossare:

- Camice o tuta a maniche lunghe idrorepellente.
- Mascherina FFP2.
- Doppio Guanto monouso.
- Occhiali o altra idonea protezione oculare.

Il paziente dovrà indossare:

- Mascherina Chirurgica o equivalente.
- Guanto monouso.

I Dispositivi di Protezione Individuale necessari saranno forniti dalla Centrale Operativa 118 competente per territorio.

Per quanto riguarda la sanificazione del mezzo utilizzato si fa riferimento alle istruzioni operative in uso sui mezzi di soccorso.

12. LINEE DI INDIRIZZO PER IL RIASETTO DELLE POSTAZIONI DI EMERGENZA TERRITORIALE IN CASO DI CARENZA DI PERSONALE SANITARIO 118 PERCHÈ SOTTOPOSTO A REGIME DI QUARANTENA O ISOLAMENTO PER CONTAGIO DA COVID-19.

Le Centrali Operative 118, nel caso in cui il personale sanitario in organico a ciascuna venga sottoposto a regime di quarantena o isolamento, per contagio da Covid-19, in numero tale da non garantire la parziale o totale copertura di una o più postazioni di emergenza territoriale, provvederanno a determinare un riassetto delle postazioni rispettando i seguenti criteri:

1) Postazione di emergenza territoriale con automedica (ALFA).

A seconda della mancanza di una delle due figure professionali (Medico e Infermiere) che compongono l'equipaggio, la postazione può essere temporaneamente trasformata in postazione con ambulanza con Medico a bordo (MIKE) o ambulanza con Infermiere a bordo (INDIA).

Tale riassetto prevede che il personale sanitario sia posto a bordo di una delle ambulanze (BRAVO) di appoggio all'automedica su quello specifico territorio; il materiale sanitario a suo supporto (zaino emergenza, monitor defibrillatore ecc.) sarà spostato dall'automedica all'ambulanza; la sede di partenza del punto di emergenza territoriale, una volta effettuato il riassetto, potrà coincidere con la sede dell'Associazione di Volontariato alla quale appartiene l'ambulanza se la localizzazione di questa garantisce tempi di intervento congrui rispetto al territorio da coprire.

2) Postazione di emergenza territoriale con ambulanza con Medico a bordo (MIKE).

In caso di mancanza del Medico si possono realizzare le seguenti opzioni:

- trasformazione dell'ambulanza MIKE in ambulanza INDIA, se a disposizione personale infermieristico 118 (da tenere in considerazione la possibilità di trasformare temporaneamente un'automedica di zona limitrofa in una MIKE e un'INDIA).
- Trasformazione dell'ambulanza MIKE in ambulanza BRAVO, se possibile spostare un mezzo con sanitario a bordo (ALFA, MIKE o INDIA) di un territorio limitrofo in una localizzazione idonea a garantire la copertura in tempi congrui di entrambi i territori.

3) Postazione di emergenza territoriale con ambulanza con Infermiere a bordo (INDIA).

In caso di mancanza dell'Infermiere si possono realizzare le seguenti opzioni:

- mantenimento dell'ambulanza INDIA, se a disposizione personale infermieristico 118 (da tenere in considerazione la possibilità di trasformare temporaneamente un'automedica di zona limitrofa in una MIKE e un'INDIA).
- Trasformazione dell'ambulanza INDIA in ambulanza BRAVO, se possibile spostare un mezzo con sanitario a bordo (ALFA, MIKE o INDIA) di un territorio limitrofo in una localizzazione idonea a garantire la copertura in tempi congrui di entrambi i territori.

NOTE

- Nel caso di zone confinanti, gestite da Centrali Operative 118 diverse, i Direttori delle rispettive Centrali 118 possono concordare le misure sopra esposte al fine di garantire la copertura del territorio anche con risorse a partenza dal territorio limitrofo.
- E' auspicabile che ciascuna Centrale Operativa 118 elabori un piano e predisponga le adeguate misure tecnologiche per garantire il proprio vicariamento almeno con la Centrale Operativa 118 appartenente alla medesima USL.
Questo nell'ipotesi che una Centrale Operativa 118 debba essere temporaneamente chiusa per essere sottoposta a misure di sanificazione da Covid-19.

13. ALLEGATI

Allegato 1

SCHEDA DI SEGNALAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI OPERATORI ESPOSTI A CONTATTO CON INFEZIONI DA NUOVO CORONAVIRUS PER MOTIVI DI SERVIZIO

Nome e Cognome: _____ mail _____ tel: _____

SOCCORRITORE DI ASS. DI VOLONTARIATO

(Descrivere) _____

Intervenuto nella missione di soccorso n° _____

Indirizzo missione _____

Nominativo del paziente se disponibile _____

“CONTATTO A MEDIO RISCHIO”

- ha prestato assistenza diretta al caso per la durata di ____ minuti senza l'utilizzo dei seguenti DPI _____.
- ha prestato assistenza diretta al caso per la durata di ____ minuti e riferisce rottura o danneggiamento dei seguenti DPI _____
- ha prestato assistenza diretta al caso per la durata di ____ minuti con mancato rispetto delle procedure indicate, senza esposizione diretta ai materiali biologici del paziente (secrezioni respiratorie, altro)
- ha avuto un contatto, faccia a faccia, con un caso di COVID-19, con paziente privo di mascherina, senza l'utilizzo dei DPI indicati, a distanza minore di 1 mt e durata maggiore di 15 minuti
- si è trovato in un ambiente chiuso, senza l'utilizzo dei DPI indicati dalle procedure, con un caso di COVID-19, con paziente privo di mascherina, a distanza minore di 1 mt e durata maggiore a 15 minuti

“CONTATTO AD ALTO RISCHIO”

- ha prestato assistenza diretta al caso per la durata di ____ minuti, verificandosi un'esposizione diretta di cute o mucose a materiali biologici del paziente, ad esempio secrezioni respiratorie, feci, urine, sangue, vomito
- ha subito punture o altre ferite penetranti con materiale potenzialmente contaminato
- ha manipolato o ricomposto la salma senza adeguata protezione (DPI indossati: _____)

NB: NEL CASO IN CUI L'OPERATORE ABBA PRESTATO ASSISTENZA A UN PAZIENTE CON LA MASCHERINA CHIRURGICA CORRETTAMENTE POSIZIONATA E SIA DOTATO DI TUTTI I DPI IDONEI E SENZA CHE SI VERIFICHINO INCIDENTI O EPISODI DISCORDANTI CON LE PROCEDURE INDICATE, NON È NECESSARIO INVIARE ALCUNA SEGNALAZIONE.

Data _____

Il Medico di Centrale Operativa 118

Allegato 2

AUTODICHIARAZIONE
valida solo per il personale delle AAVV/CRI
venuto a contatto stretto
con paziente COVID-19 positivo
(Artt. 46 e 47 D.P.R. 28 Dicembre 2000 n. 445)

Il/la sottoscritto/a

CF _____ nato/a a _____ (____) il
____/____/____ residente a _____
Via/piazza _____ n° _____
Dipendente/Volontario dell'AAVV/CRI _____
Sede _____

Tenuto conto di quanto previsto dal D.L. 23 febbraio 2020, n.6 - Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, all'art.1, comma 2, lettera h) "applicazione della misura della quarantena con sorveglianza attiva agli individui che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva" e di quanto stabilito dal D.L. 9 marzo 2020, n. 14 - Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19, all'art.7, Sorveglianza Sanitaria "La disposizione di cui all'art.1, comma 2, lettera h), del decreto-legge 23 febbraio 2020, n.6, non si applica agli operatori sanitari e a quelli dei servizi pubblici essenziali che vengono sottoposti a sorveglianza. I medesimi operatori sospendono l'attività nel caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19", consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art 495 c.p.)

DICHIARA

- di non accusare sintomatologia respiratoria (tosse, dispnea) e/o febbre
- di impegnarsi a sospendere immediatamente l'attività lavorativa o di volontariato, qualora dovesse accusare la predetta sintomatologia respiratoria e/o febbre, ovvero in caso di positività al test per COVID-19, dandone tempestiva comunicazione al proprio Responsabile, e per suo tramite, alla Direzione Sanitaria.

Luogo _____

Data ____/____/____

Firma

Il/La sottoscritto/a con la presente, comunica altresì il seguente recapito telefonico fisso _____ e mobile _____, qualora si renda necessaria l'attivazione della sorveglianza attiva.

ATTIVAZIONE PER INTERVENTO DI SOCCORSO

PATOLOGIA PREVALENTE "C15" o segnalazione caso "COVID-19"

**C.O. 118 COMUNICA
"CASO SOSPETTO COVID"**

**C.O. 118 COMUNICA
"CASO NON SOSPETTO COVID"**

SE INTERVENTO CONGIUNTO A MEZZO DI SOCCORSO AVANZATO

- Attendere arrivo mezzo avanzato (Automedica, Medicalizzata, Infermieristica);
- Attendere l'esito della visita del professionista sanitario al paziente e seguire istruzioni per ingresso.

ALL'ATTIVAZIONE/IN ITINERE:

- Chiudere apertura tra vano guida e vano sanitario;
- Effettuare **vestizione con D.P.I.** come segue:
 - **1° SOCCORRITORE (+ 4° SOCCORRITORE, se presente):** Effettuare **vestizione DPI completi: tuta protettiva, calzari, mascherina FFP2/N95, occhiali/visiera, doppi guanti;**
 - **AUTISTA (e, se presente, 2° SOCCORRITORE):** indossare **mascherina FFP2/KN95, camice monouso, occhiali di protezione, cuffia, doppi guanti;** [vestizione con DPI completi solo se si rende necessario coadiuvare il 1° Soccorritore].

SUL POSTO/OSPEDALIZZAZIONE:

- L'autista (ed ev. 2° soccorritore) permane sempre nel vano guida (solo se assolutamente necessario coadiuvare le operazioni procede a vestizione completa con DPI come 1° soccorritore);
- Mantenere **distanza interpersonale con paziente e altri presenti di >1 mt., salvo manovre strettamente necessarie;**
- **Far indossare al paziente mascherina chirurgica e guanti vinile (se possibile senza avvicinarsi)**
- **Se A.C.R.:** praticare massaggio cardiaco e applicare DAE - **Se adulto: NON** praticare ventilazioni;
- Effettuare la **valutazione del paziente (A-B-C-D-E)**, rilevare **temperatura corporea e %SpO2;**
- Coprire il paziente con **telo monouso;**
- **Comunicare le condizioni alla C.O. 118** e seguire i **percorsi specifici di ospedalizzazione;**
- **Se indicata ossigenoterapia dalla C.O. 118:** utilizzare **solo** maschera ossigeno con reservoir o occhiali;
- **Non trasportare accompagnatori** (salvo pazienti minori o diversamente abili);

FINE INTERVENTO:

- Areare vano sanitario e smaltire materiale monouso;
- Comunicare a CO 118 la necessità di **sanificazione (da effettuare in sede);**
- Mantenere i DPI indossati fino in sede;
- chi indossa **DPI integrali deve** sostare nel vano sanitario fino al rientro.

IN SEDE:

- Areare vano sanitario e vano guida;
- Effettuare pulizia, **disinfezione e sanificazione** secondo procedure specifiche nell'apposita area;
- Procedere a **svestizione** dai DPI indossati;
- Al ripristino operatività **avvisare C.O. 118;**
- Smaltire correttamente i rifiuti speciali;
- Reintegrare DPI ed altro materiale/presidi utilizzati;
- Praticare igiene delle mani;
- Compilare scheda individuale "sorveglianza operatori esposti", se rischio medio o alto;
- Compilare registro "Vestizioni Covid-19" (carrello sala DPI).

PATOLOGIA PREVALENTE DIVERSA DA "C15"

ALL'ATTIVAZIONE/IN ITINERE:

- Chiudere apertura tra vano guida e vano sanitario;
- Indossare **maschera FFP2/KN95, camice monouso, cuffia, occhiali di protezione, doppi guanti.**

SUL POSTO:

- Mantenere **distanza da pazienti/altri presenti di >1 mt.,** salvo esecuzione manovre necessarie;

Chiedere ai presenti se paziente o conviventi in quarantena o isolamento per COVID-19?

SI → Informare C.O. 118

NO →

Solo un componente equipaggio accede all'area dove si trova il paziente;

- **Far indossare al paziente mascherina chirurgica e guanti vinile (se possibile senza avvicinarsi).**
- **Se A.C.R.:** praticare massaggio cardiaco e applicare DAE - **Se adulto: NON** praticare ventilazioni;
- Effettuare la **valutazione del paziente (A-B-C-D-E)**, rilevare **temperatura corporea e %SpO2;**

febbre, tosse, raffreddore, mal di gola, dispnea?

NO →

SI →

- **Mantenere distanza interpersonale > 2 mt.**

Informare C.O. 118 per approfondimento di valutazione

C.O. 118 definisce "CASO SOSPETTO COVID-19"?

NO →

SI → Attendersi istruzioni C.O. 118

SUL POSTO/OSPEDALIZZAZIONE:

- Mantenere **distanza interpersonale con paziente e altri presenti di > 1 mt.,** salvo manovre strettamente necessarie;
- Coprire il paziente con **telo monouso;**
- **Comunicare le condizioni alla C.O. 118** e seguire i **percorsi di ospedalizzazione indicati;**
- **Se indicata ossigenoterapia dalla C.O. 118:** utilizzare **solo** maschera ossigeno con reservoir o occhiali;
- **Non trasportare accompagnatori** (salvo pazienti minori o diversamente abili).

AL TERMINE INTERVENTO:

- Areare vano sanitario e smaltire materiale monouso;
- Effettuare pulizia e sanificazione di base;
- Praticare igiene delle mani.

IN SEDE:

- Effettuare pulizia e **sanificazione** secondo procedure;
- Smaltire correttamente i rifiuti speciali;
- Reintegrare DPI ed altro materiale/presidi utilizzati;
- Praticare igiene delle mani;
- Compilare scheda individuale "sorveglianza operatori esposti".



ATTIVAZIONE PER INTERVENTO DI SOCCORSO

PATOLOGIA PREVALENTE "C15" O SEGNALAZIONE CASO "COVID-19"

**PATOLOGIA PREVALENTE
DIVERSA DA "C15"**

- **MEDICO:** Effettua vestizione con DPI COVID come da istruzioni operative SOC-118;
- **Chiedere al medico se necessaria l'immediata vestizione di un SOCCORRITORE con DPI COVID - Se SI:** un soccorritore procede subito alla vestizione con *tuta cat. III, calzari, doppi guanti, cuffia, maschera protettiva, occhiali/visiera*;

FASE DI PARTENZA:

- Chiudere apertura tra vano guida e vano sanitario;
- **AUTISTA/SOCCORRITORI:** indossare *guanti monouso, maschera protettiva, camice TNT, cuffia, occhiali di protezione/visiera*.

SUL POSTO - AUTISTA/SOCCORRITORI:

- L'equipaggio **permane in attesa** (con zaino, ossigeno e LP12) **fuori dal luogo dove si trova il paziente** (c.d. "Area Operazioni"). Se soccorso in abitazione: stazionano fuori dalla porta di ingresso;
- Mantenere **distanza interpersonale da eventuali persone presenti >1 mt.**

SUL POSTO - MEDICO:

- **Entra da solo** nel luogo dove si trova il paziente [*disponibile kit di valutazione con pulsossimetro, fonendoscopio, termometro*];
- Far indossare al paziente **mascherina chirurgica e guanti monouso in vinile** (se possibile senza avvicinarsi) e, se necessario, copre con telo monouso.

• Medico effettua intervento **da solo** secondo protocolli SOC-118

MEDICO RICHIEDE SUPPORTO?

NO

SI

• **1° SOCCORRITORE con DPI già indossati** (*camice TNT, cuffia, maschera protettiva, occhiali, guanti*) entra in "Area Operazioni";

• **Solo se necessario e richiesto ulteriore appoggio:** effettuano ingresso gli **altri membri equipaggio con DPI già indossati** (*camice TNT, cuffia, camice, maschera protettiva, occhiali/visiera, guanti*);

• Mantenere **distanza interpersonale con paziente e altri presenti di > 1 mt.**, salvo manovre strettamente necessarie.

SOSPETTO COVID-19?

NO

SI

• **Medico ed eventuali altri componenti dell'equipaggio vestiti con DPI Integrali** (*tuta, etc.*) effettuano **svestizione in campo aperto** (smaltire i DPI utilizzati in apposito sacco);

• Trasmissione delle condizioni del paziente alla C.O. 118 e invio stato "Liberato Operativo";

• **In sede:** ripristinare materiale utilizzato e smaltire i rifiuti.

OSPEDALIZZAZIONE?

NO

SI

• **1° SOCCORRITORE** effettua vestizione con **DPI integrali** (*tuta, calzari, doppi guanti, cuffia, maschera protettiva, occhiali/visiera*) ed entra in "Area Operazioni";

• **Solo se necessario e richiesto ulteriore appoggio:** **AUTISTA o, se presente, 2° SOCCORRITORE** effettua vestizione con **DPI integrali** (*tuta, calzari, doppi guanti, cuffia, maschera protettiva, occhiali/visiera*) ed entra in "Area Operazioni" [N.B.: *effettueranno la vestizione con DPI completi solo se si rende necessario coadiuvare il 1° Soccorritore, altrimenti permangono nel vano guida*];

• Mantenere **distanza interpersonale con paziente e altri presenti di > 1 mt.**, salvo manovre strettamente necessarie.

OSPEDALIZZAZIONE:

- Mantenere, per quanto possibile, **distanza interpersonale con paziente di > 1 mt.**, salvo manovre strettamente necessarie;
- Coprire il paziente con **telo monouso** ed utilizzare, *se necessario*, coperta isoterma monouso per protezione termica;
- Limitare numero componenti nel vano sanitario a quanto strettamente necessario ed indispensabile, mantenendo i DPI indicati;
- **Trasmettere le condizioni del paziente alla C.O. 118** (*se indicato dal Medico: autista utilizza telefono 118 e trasmette comunicazioni*) e **seguire i percorsi di ospedalizzazione indicati**;
- **Non trasportare accompagnatori** (salvo pazienti minori o diversamente abili).

FINE INTERVENTO:

- Areare vano sanitario e smaltire materiale monouso;
- Comunicare a CO 118 la necessità di **sanificazione** (*da effettuare in sede*);
- Mantenere i DPI indossati fino in sede;
- chi indossa **DPI integrali** deve sostare nel vano sanitario fino al rientro.

IN SEDE:

- Areare vano sanitario e vano guida;
- Effettuare **disinfezione** e **sanificazione** secondo procedure specifiche nell'apposita area (a fine operazioni avvisare C.O. 118);
- *Se effettuata vestizione con DPI integrali:* procedere a **svestizione**;
- Smaltire correttamente i rifiuti speciali;
- Reintegrare DPI ed altro materiale/presidi utilizzati;
- Praticare igiene delle mani;
- **AUTISTA/SOCCORRITORI:** compilano scheda individuale "*sorveglianza operatori potenzialmente esposti*";
- Compilare registro "*Vestizioni Covid-19 Soccorritori*" (carrello sala DPI).

TUTTI GLI INTERVENTI DI SOCCORSO

VESTIZIONE DPI ORDINARIA CON:

- **Guanti (o doppi guanti)**
- **Camice in TNT** (da riutilizzare massimo per un turno)
- **Cuffia in TNT** (da riutilizzare massimo per un turno)
- **Maschera di protezione (maschera chirurgica oppure se disponibile maschera facciale FFP2/FFP3/N95/KF94 sovrapponendo maschera chirurgica)** - Utilizzare maschera chirurgica per tutto il turno o, comunque, fino a quanto possibile. Riutilizzare le maschere FFP2 fino a quando integre/idonee.

CASI SOSPETTI O CONFERMATI DI COVID-19

VESTIZIONE DPI COMPLETA CON:

- **Maschera di protezione FFP2/N95/FFP3**
- **Tuta di protezione con calzari** (integrati nella tuta o aggiuntivi)
- **Occhiali di protezione (e, se manovre invasive, visiera)**
- **Doppi guanti**

N.B. Indossa la vestizione integrale solo il personale a stretto contatto con il paziente (possibilmente solo 1 soccorritore, salvo necessità per manovre e assistenza). Il resto dell'equipaggio staziona in cabina guida o a distanza con i DPI vestizione ordinaria e si veste con vestizione completa solo se necessario.

VESTIZIONE

1. Togliere ogni monile e oggetto personale;
2. Praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica;
3. Controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri;
4. Indossare un primo paio di guanti;
5. Indossare sopra la divisa la tuta monouso ed i calzari;
6. Indossare idonea maschera filtrante facciale FFP2 o FFP3;
7. Indossare gli occhiali di protezione;
8. Indossare secondo paio di guanti;
9. Indossare il cappuccio della tuta;
10. Provvedere a chiudere la tuta (sigillandola dove necessario);
11. *Se disponibile indossare camice monouso in TNT sopra la tuta;*
12. Verificare il corretto posizionamento della tuta e degli altri D.P.I.

SVESTIZIONE

1. *Se indossato, rimuovere il camice TNT esterno;*
2. Rimuovere il primo paio di guanti e smaltirli nel contenitore;
3. Spruzzare soluzione disinfettante ipoclorito sulle mani guantate e sulla tuta di protezione;
4. Rimuovere la tuta facendo attenzione a non toccarla dall'esterno;
5. Rimuovere congiuntamente alla tuta anche i calzari;
6. Spruzzare soluzione disinfettante ipoclorito sulle mani guantate e sulla tuta di protezione;
7. Rimuovere gli occhiali e sanificarli;
8. Rimuovere la maschera FFP2/FFP3 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore;
9. Rimuovere il secondo paio di guanti e smaltirli nel contenitore;
10. Praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcoliche o con acqua e sapone.

REGOLE COMPORTAMENTALI NELL'UTILIZZO DEI DPI:

- Evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
- I DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore per rifiuti speciali;
- Decontaminare i DPI riutilizzabili (*spruzzare soluz. disinfettante Sodio Ipoclorito e lasciare asciugare*)

OPERAZIONI DI PULIZIA DEL MEZZO DI SOCCORSO



ELIMINAZIONE RIFIUTI

Smaltire nei rifiuti speciali tutto il materiale monouso (lenzuolini, coperte isoterme, etc.)



DETERSIONE

Detergere tutte le superfici con prodotti detergenti. Utilizzare panni monouso.



DISINFEZIONE

Spruzzare su tutte le superfici con **soluzione disinfettante**, lasciare agire per **15 minuti** e asciugare con panni monouso per togliere residui.



OPERAZIONI FINALI

Procedere al lavaggio dei pavimenti con acqua e soluzione detergente/disinfettante. Smaltire i rifiuti. Procedere al lavaggio delle mani.



LASCIARE AGIRE I DISINFETTANTI PER 15 MINUTI



UTILIZZARE I DPI PER TUTTE LE OPERAZIONI



SMALTIRE I RIFIUTI NEGLI APPOSITI CONTENITORI



SOLUZ. DISINFETTANTI

		AMBULANZE – ALTRI MEZZI		SEDE
		Vetroresina Plastica Tessuti	Acciaio Alluminio Elettromedicali	Tutte le superfici
Prodotto Disinfettante	Principio Attivo			
AMUCHINA MULT.	Sodio Ipoclorito 0,115%	😊 SI	☹️ (*)	😊 SI
BIOFORM	Benzalconio Cloruro 5%	☹️ NO	☹️ NO	😊 SI
DEORNET CLOR	Sodio Ipoclorito 0,15%	😊 SI	☹️ (*)	😊 SI
GERMOCID	Clorexidina 0.1 g	😊 SI	☹️ (*)	😊 SI
GIOALCOL 70	Alcool Etilico 70%	😊 SI	😊 SI	😊 SI
RIFRAXSAN	Alcoli/Etano 70%	😊 SI	😊 SI	😊 SI

(*) ☹️ = Utilizzare solo se indisponibile altro prodotto idoneo, **pulire molto bene dopo l'asciugatura**

TRASPORTI SANITARI CON AUTO O MEZZO ATTREZZATO

IN PARTENZA:

- Indossare **mascherina chirurgica/KN95** (e, se richiesto, *camice leggero*);
- Verificare che nell'automezzo da utilizzare per il servizio siano presenti:
 - Guanti monouso in vinile;
 - Mascherine di protezione di riserva da utilizzare per i trasportati;
 - Gel alcoolico per igiene delle mani;
 - Prodotto disinfettante e panni monouso;
 - Termometro a distanza per misurazione temperatura corporea

PRELEVAMENTO DEL TRASPORTATO:

- Mantenere **distanza interpersonale con paziente e altri presenti di >1 mt.**, salvo manovre strettamente necessarie;
- **Non trasportare accompagnatori**;
- **Effettuare misurazione della temperatura corporea dell'utente con termometro a distanza** (se superiore a 37,5 °C non effettuare il trasporto);
- **Far igienizzare le mani al paziente trasportato con gel alcoolico prima di salire**
- *Se necessario aiutare l'utente a salire nel mezzo: indossare guanti monouso;*
- **Far posizionare il paziente nel sedile posteriore lato passeggero**;
- **Aprire il finestrino lato passeggero** (almeno per metà) al fine di consentire il ricambio di aria nell'abitacolo.

PRESSO IL LUOGO DI DESTINAZIONE:

- Mantenere **distanza interpersonale con paziente e altri presenti di >1 mt.**, salvo manovre strettamente necessarie;
- *Se necessario aiutare l'utente a scendere dal mezzo: indossare guanti monouso;*
- Evitare l'accesso alle strutture se non strettamente necessario e per il tempo essenziale;
- Areare l'abitacolo prima di ripartire;
- Effettuare **sanificazione delle superfici di contatto** (es. maniglie);
- Mantenere la maschera chirurgica indossata.

AL TERMINE/RIENTRO IN SEDE:

- **Areare l'abitacolo**;
- Effettuare **pulizia e sanificazione dell'autoveicolo**;
- Praticare l'igiene delle mani con gel alcoolico

REGOLE COMPORTAMENTALI NELL'UTILIZZO DEI DPI:

- Riutilizzare i DPI per tutto il turno o fino a quando possibile;
- Evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
- I DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore per rifiuti speciali;
- Decontaminare i DPI riutilizzabili (*spruzzare soluz. disinfettante Sodio Ipoclorito e lasciare asciugare*).

OPERAZIONI DI PULIZIA DEL MEZZO



ELIMINAZIONE RIFIUTI

Smaltire nei rifiuti speciali tutto il materiale monouso (lenzuolini, coperte isoterme, etc.)



DETERSIONE

Detergere tutte le superfici con prodotti detergenti. Utilizzare panni monouso.



DISINFEZIONE

Spruzzare su tutte le superfici **soluzione disinfettante sodio ipoclorito**, lasciare agire per 15 minuti e asciugare con panni monouso.



OPERAZIONI FINALI

Procedere al lavaggio dei pavimenti con acqua e soluzione detergente/disinfettante. Smaltire i rifiuti. Procedere al lavaggio delle mani.



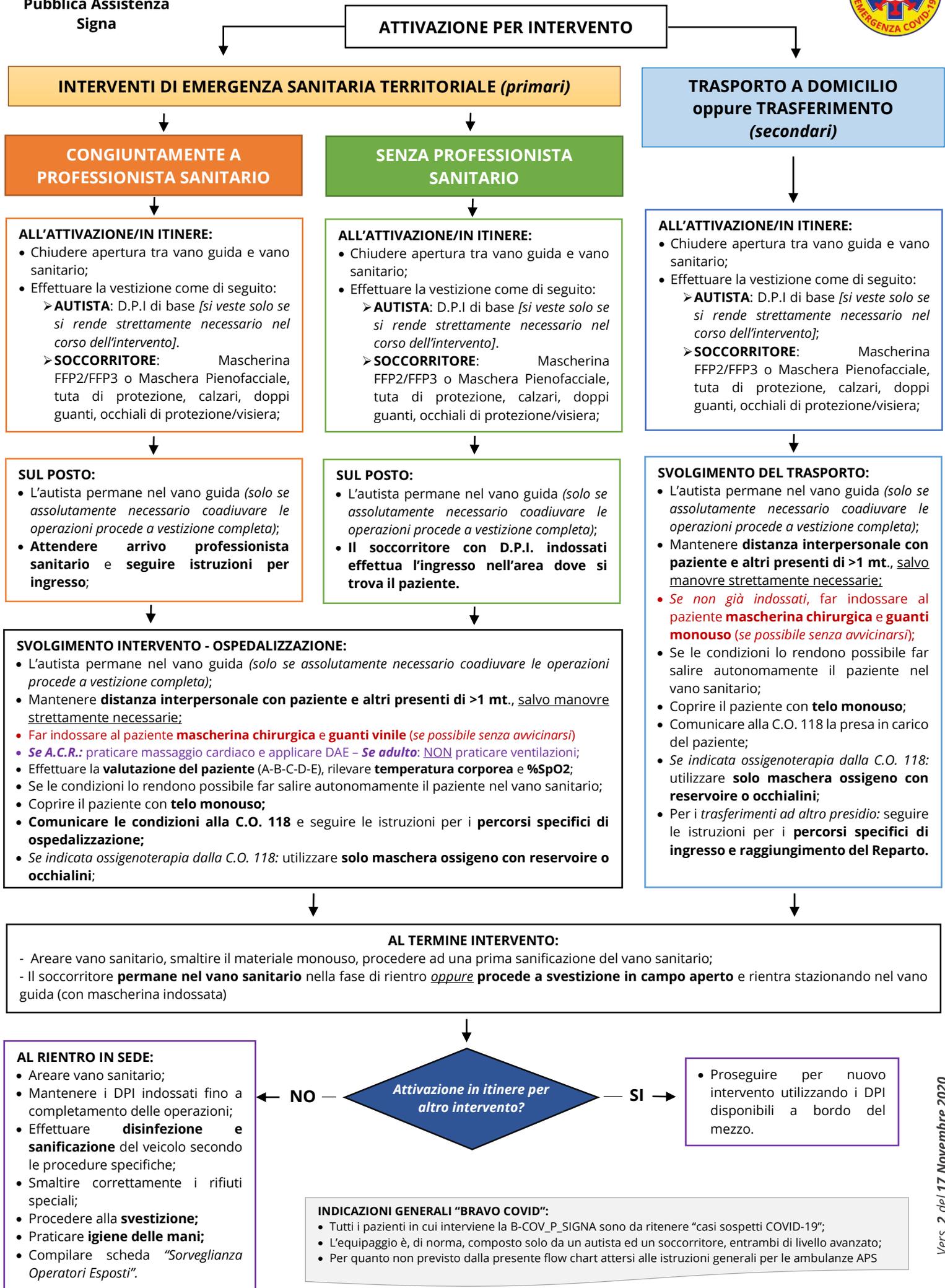
**LASCIARE AGIRE I
DISINFETTANTI
PER 15 MINUTI**



**UTILIZZARE
I DPI PER TUTTE LE
OPERAZIONI**



**SMALTIRE I RIFIUTI
NEGLI APPOSITI
CONTENITORI**



AL TERMINE INTERVENTO:

- Areare vano sanitario, smaltire il materiale monouso, procedere ad una prima sanificazione del vano sanitario;
- Il soccorritore **permane nel vano sanitario** nella fase di rientro **oppure procede a svestizione in campo aperto** e rientra stazionando nel vano guida (con mascherina indossata)

AL RIENTRO IN SEDE:

- Areare vano sanitario;
- Mantenere i DPI indossati fino a completamento delle operazioni;
- Effettuare **disinfezione e sanificazione** del veicolo secondo le procedure specifiche;
- Smaltire correttamente i rifiuti speciali;
- Procedere alla **svestizione**;
- Praticare **igiene delle mani**;
- Compilare scheda **"Sorveglianza Operatori Esposti"**.

Attivazione in itinere per altro intervento?

NO → SI

- Proseguire per nuovo intervento utilizzando i DPI disponibili a bordo del mezzo.

INDICAZIONI GENERALI "BRAVO COVID":

- Tutti i pazienti in cui interviene la B-COV_P_SIGNA sono da ritenere "casi sospetti COVID-19";
- L'equipaggio è, di norma, composto solo da un autista ed un soccorritore, entrambi di livello avanzato;
- Per quanto non previsto dalla presente flow chart attersi alle istruzioni generali per le ambulanze APS



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

Nozioni generali sul funzionamento del Sistema 118

GIUDIZIO DI SINTESI

Intervista telefonica:

PERCORSO SEQUENZIALE LOGICO DI INTERVISTA
METODOLOGIA RELAZIONALE
SEQUENZE SPECIFICHE DI INTERVISTA

GIUDIZIO DI SINTESI

Il "Giudizio di Sintesi" può anche essere descritto come la "Decisione di Triage", ovvero il compimento dell'intero processo attraverso una decisione sintetica derivante dall'intera intervista, espressa mediante l'attribuzione di un codice alfanumerico (*come stabilito dal DM 15 maggio 1992*).

Il "Giudizio di Sintesi" coincide con il "Codice di Invio" per i mezzi di soccorso attivati sull'evento.

Esso si compone necessariamente di 3 codici:

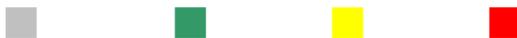
- **codice luogo:** (*varianti*)

S – P – Y – K – L – Q – Z

- **codice patologia prevalente:** (*varianti*)

1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 19 – 20

- **codice colore di criticità:** (*varianti*)



BIANCO – VERDE – GIALLO – ROSSO

Particolare attenzione deve essere posta rispetto ai "codici colore" i quali, anche se definiti dal Decreto Ministeriale sopra citato, necessitano di un ulteriore approfondimento.

CODICE LUOGO EVENTO

Il codice "Luogo Evento" deve essere assegnato identificando il luogo (*spazio o struttura*) ove fisicamente avviene l'evento, non in funzione del tipo di attività svolta dai coinvolto/i. Il codice è costituito da uno solo dei seguenti caratteri :

S STRADA	Si definiscono accaduti in strada tutti gli eventi localizzabili sulla viabilità pubblica o privata (es.: <i>strada, piazza, via, viale ecc.</i>) o che comunque hanno avuto origine da essa (eventi in diretta connessione con la <i>viabilità</i>)
P UFFICI ED ESERCIZI PUBBLICI	Si definiscono accaduti in uffici ed in esercizi pubblici tutti gli eventi localizzabili in porzioni di edifici adibiti in prevalenza ad uffici o attività commerciali di qualsiasi genere (es.: <i>negozi, uffici postali, alberghi, pensioni, ecc.</i>)
Y IMPIANTI SPORTIVI	Si definiscono accaduti in impianti sportivi tutti gli eventi localizzati in strutture prevalentemente adibite ad attività sportive (es.: <i>palestre, stadi, palasport, campi di atletica, rugby, tennis, volley, piscine ecc.</i>)
K CASA	Si definiscono accaduti in casa tutti gli eventi localizzabili in edifici prevalentemente adibiti ad abitazioni (es. <i>domicilio, ma anche casa di riposo, residenza protetta, convento, ecc. compresi giardini, parti condominiali e viali interni alla proprietà</i>)
L LUOGHI DI LAVORO	Si definiscono accaduti in impianti lavorativi tutti gli eventi avvenuti in sedi dove si effettuano in modo esclusivo e organizzato lavori ed opere (<i>fabbriche, laboratori, cantieri, etc</i>). I lavoratori che svolgono la propria attività in luoghi non esclusivamente dedicati al lavoro (<i>cassiere, bidelli, imbianchini ecc.</i>) otterranno la codifica in relazione al "luogo" ove la loro attività è svolta
Q SCUOLA	Si definiscono accaduti in scuole tutti gli eventi accaduti in sedi dove si effettuano prevalentemente attività prescolastiche e scolastiche organizzate per l'insegnamento di una o più discipline (es.: <i>asili nido, scuole elementari, università, ecc.</i>) comprese anche le attività di educazione fisica
Z	Si definiscono accaduti in altri luoghi tutti gli eventi avvenuti in ambienti diversi da quelli precedentemente definiti (es.: <i>carceri, caserme, chiese,</i>

Sistema "Dispatch" Regione Toscana
Ricezione e gestione delle richieste telefoniche di soccorso sanitario

ALTRI LUOGHI

| *ospedali, cliniche private, sedi AA.VV., ecc.)*

CODICE PATOLOGIA PRESUNTA

Si tratta della codifica relativa alla patologia presunta, estrapolata dal contesto dell'intera intervista. Può essere anche definita e descritta come "orientamento patologico" dell'evento accaduto. L'assegnazione del codice è effettuata in riferimento al "**Sintomo (o evento accaduto) Principale**" riferito o rilevato, e non in relazione ad eventuali ipotesi patogenetiche. Il codice è costituito da tre caratteri. La patologia prevalente, dedotta a seguito della chiamata, è identificata da uno solo dei seguenti codici:

C-01 TRAUMATICA	Eventi riconducibili ad una causa prevalentemente Traumatica
C-02 CARDIO CIRCOLATORIA	Sintomatologia riconducibile a patologia a carico dell'apparato Cardiocircolatorio
C-03 RESPIRATORIA	Sintomatologia riconducibile a patologia a carico dell'apparato Respiratorio
C-04 NEUROLOGICA	Sintomatologia riconducibile a patologia di natura Neurologica
C-05 PSICHIATRICA	Sintomatologia riconducibile a patologia di natura Psichiatrica
C-06 NEOPLASTICA	Sintomatologia riconducibile a patologia di natura Neoplastica certa
C-07 INTOSSICAZIONE	Sintomatologia riconducibile ad Intossicazione (da farmaci, alcool, droghe, veleni, monossido di carbonio, altri tossici o veleni vari ivi incluso il morso di vipera)

C-08 METABOLICA	Sintomatologia riconducibile a patologie di natura metabolica (<i>diabete, insufficienza renale, cirrosi, ecc.</i>)
C-09 GASTRO ENTEROLOGICA	Sintomatologia riconducibile a patologia a carico dell'apparato Gastroenterico , compresa l'ingestione di corpi estranei (es.: <i>bottoni, monete, protesi dentarie, ecc.</i>)
C-10 UROLOGICA	Sintomatologia riconducibile a patologia carico dell'apparato Urinario
C-11 OCULISTICA	Sintomatologia riconducibile a patologia Oculistica , ivi compresa la traumatologia oculare, se localizzata ed isolata
C-12 OTORINO LARINGOIATRICA	Sintomatologia riconducibile a patologia Otorinolaringoiatrica
C-13 DERMATOLOGICA	Sintomatologia riconducibile a patologia Dermatologica
C-14 OSTETRICO GINECOLOGICA	Sintomatologia riconducibile a patologia di natura prevalentemente Ginecologica , comprese le condizioni legate alla gravidanza
C-15 INFETTIVA	Sintomatologia riconducibile a patologia Infettiva (<i>febbre, meningite presunta, ecc</i>)
C-19 ALTRA PATOLOGIA	Patologia presunta " identificabile " ma non compresa nè classificabile in una delle precedenti codifiche elencate
C-20 NON IDENTIFICATA	Patologia non identificabile sulla base dei dati emersi dall'intervista (<i>es.: ignota al richiedente, scarsa/assente collaborazione dell'interlocutore, paziente non visibile, ecc.</i>)

CODICE COLORE

Il Decreto ministeriale prevede una stima del grado di criticità di un evento attraverso l'utilizzo di una scala di colori articolata su 4 possibilità:

Codice	ROSSO
Definizione Ministeriale (DM 15.05.1992)	Molto critico <i>Intervento di emergenza</i>
Elementi suggestivi di (forniti da intervista)	Situazioni di emergenza assoluta che necessitano di massima priorità d'intervento. È assegnato a quei casi in cui gli indicatori ottenuti prospettano un imminente pericolo di vita per grave compromissione in atto di una o più funzioni vitali principali (<i>coscienza, respiro, circolo</i>), o per assenza delle funzioni vitali stesse. Dovrà essere attribuito, inoltre, anche in tutti i casi di assenza di informazioni relative alle funzioni vitali dei soggetti coinvolti
Concetti "chiave"	<ul style="list-style-type: none">➤ Emergenza assoluta➤ Massima priorità di intervento➤ Pericolo per la vita immediato, in atto➤ Grave compromissione o assenza delle funzioni vitali➤ Assenza di informazioni

Codice	GIALLO
Definizione Ministeriale (DM 15.05.1992)	Mediamente critico <i>Intervento indifferibile</i>
Elementi suggestivi di (forniti da intervista)	È assegnato a quei casi in cui dagli indicatori ottenuti, pur non prospettandosi un immediato pericolo per la vita, emerga un' elevata probabilità evolutiva in senso peggiorativo con possibilità di compromissione delle funzioni vitali in tempi rapidi
Concetti "chiave"	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervento indifferibile ➤ Elevata potenzialità evolutiva ➤ Possibile compromissione delle funzioni vitali in tempi rapidi

Codice	VERDE
Definizione Ministeriale (DM 15.05.1992)	Poco critico <i>Intervento differibile</i>
Elementi suggestivi di (forniti da intervista)	È assegnato a quei casi in cui, a seguito di un evento traumatico o dell'insorgenza di un sintomo, emerga l'integrità delle funzioni vitali e l'assenza di indicatori di potenzialità evolutiva in senso peggiorativo in tempi rapidi, ma che necessitano tuttavia di un sollecito approfondimento diagnostico, strumentale o specialistico, eseguibile solo in ambiente ospedaliero.
Concetti "chiave"	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervento differibile ➤ Funzioni vitali integre ➤ Evento potenzialmente non evolutivo ➤ Necessità di ospedalizzazione in tempi brevi

Codice	BIANCO
Definizione Ministeriale (DM 15.05.1992)	Non critico <i>Servizio che, con ragionevole certezza, non ha necessità di essere espletato in tempi brevi</i>
Elementi suggestivi di (forniti da intervista)	<p>È assegnato a quei casi in cui, con ragionevole certezza, non si ravvisino indicatori di rischio (<i>clinici, dinamici o situazionali</i>), per esiti invalidanti o mortalità evitabile, se non espletati in tempi brevi.</p> <p>In altri termini è assegnato a quei casi in cui dall'intervista emerga una integrità delle funzioni vitali escludenti una potenzialità evolutiva in senso peggiorativo in tempi rapidi, i quali possono:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Necessitare di un approfondimento diagnostico, strumentale o specialistico, eseguibile solo in ambiente ospedaliero in tempi non compatibili con una programmazione ordinaria - Non avere necessità di approfondimento diagnostico, strumentale o specialistico in ambiente ospedaliero, ma che tuttavia possono necessitare di un ulteriore approfondimento a carico della medicina di continuità assistenziale
Concetti "chiave"	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Intervento procrastinabile nel tempo ➤ Funzioni vitali integre ➤ Evento non evolutivo ➤ Necessità di ospedalizzazione in tempi non compatibili con programmazione ordinaria o in alternativa possibile necessità della medicina di continuità assistenziale

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.4.3	0	1 di 10
<i>DOCUMENTAZIONE INTERVENTI DI SOCCORSO</i> SCHEDA AMBULANZA DI PRIMO SOCCORSO				

Dipartimento di Emergenza Urgenza			
Struttura Organizzativa Complessa Multidisciplinare Emergenza Sanitaria 118 Firenze Soccorso ed Elisoccorso			
Data	Responsabile Redazione	Responsabile Convalida	Persona o Organismo che approva
22 dicembre 2013	Giorgio Giuliani Paolo Pratesi Lorenzo Selvi	Claudio Becorpi Simona Casini Massimo Cipriani Giovanni Del Sorbo Susanna Pagliai Lidia Piccini Mario Rugna	Lucia De Vito
Sintesi delle modifiche apportate:			
I Responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura.			

Finalità

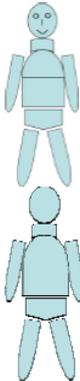
Illustrare la modulistica predisposta per la documentazione dei dati di ciascun paziente soccorso in caso di intervento di ambulanze di primo soccorso.

Applicabilità

A tutto il personale che opera nella *Struttura Organizzativa Complessa Multidisciplinare Emergenza Sanitaria 118 Firenze Soccorso ed Elisoccorso*.

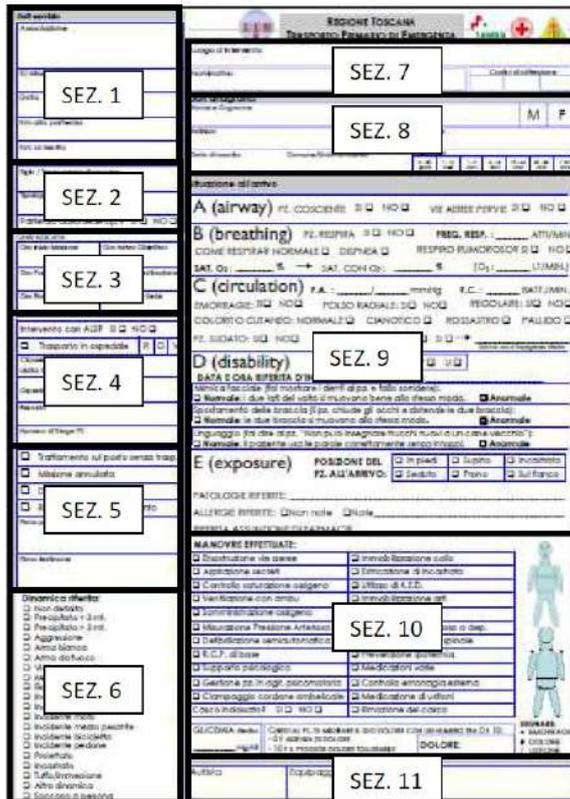
Oggetto e modalità operative

Con Decreto n. 3389 del 27 luglio 2012, la Giunta Regionale Toscana ha approvato la scheda regionale per gli interventi di emergenza-urgenza svolti da equipaggi composti esclusivamente da soccorritori volontari predisposta da un apposito Gruppo di Lavoro, formato da rappresentanti del Settore Servizi alla persona sul territorio, delle Aziende UU.SS.LL., degli Organismi federativi del Volontariato e del Comitato regionale della Croce Rossa Italiana, coordinato dal Settore regionale Servizi alla Persona sul Territorio. Lo stesso Gruppo di lavoro ha corredato la scheda di apposite istruzioni per la compilazione.

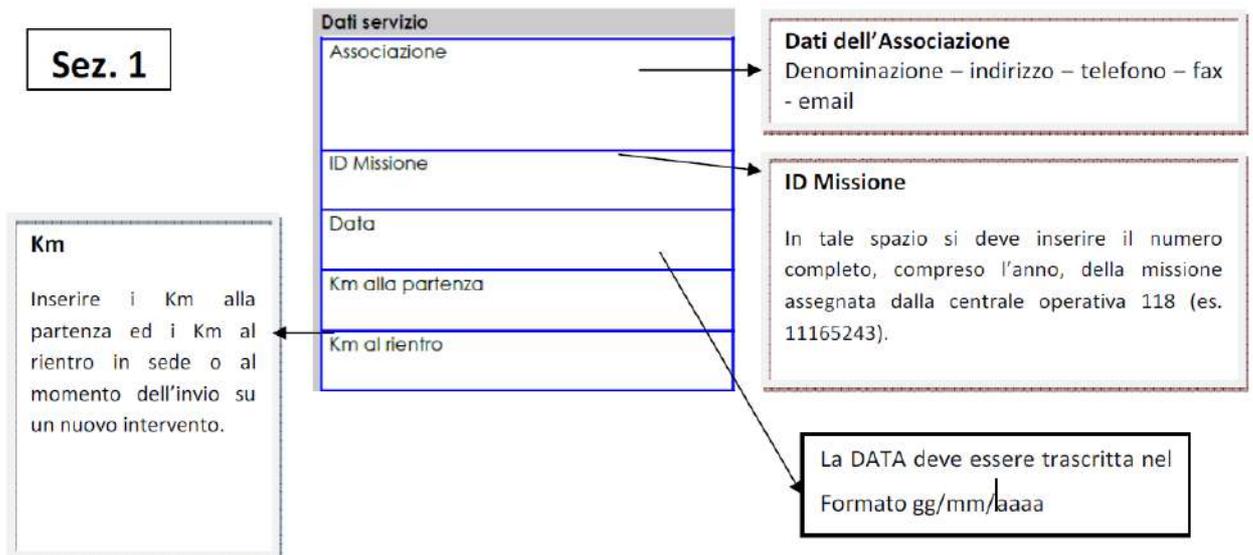
Dati servizio Associazione ID Missione Data Km alla partenza Km al rientro Sigla / Targa mezzo di soccorso Tipologia mezzo di soccorso Partenza dalla sede op.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ORARI INDICATIVI <table border="1"> <tr> <td>Ora Inizio Missione</td> <td>Ora Arrivo Obiettivo</td> </tr> <tr> <td>Ora Partenza Ob.</td> <td>Ora Arrivo Destinazione</td> </tr> <tr> <td>Ora Fine Missione</td> <td>Ora Libero in Sede</td> </tr> </table> Intervento con ALS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Trasporto in ospedale <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> V Classe di patol. ipotizzata dalla CO 118 di rientro: Ospedale di destinazione Reparto Numero di Trage PS <input type="checkbox"/> Trattamento sul posto senza trasp. <input type="checkbox"/> Missione annullata <input type="checkbox"/> Decesso <input type="checkbox"/> Rifiuto trasporto/trattamento Firma paziente Firma testimone Dinamica riferita: <input type="checkbox"/> Non definita <input type="checkbox"/> Precipitato < 3 mt. <input type="checkbox"/> Precipitato > 3 mt. <input type="checkbox"/> Aggressione <input type="checkbox"/> Arma bianca <input type="checkbox"/> Arma da fuoco <input type="checkbox"/> Violenza sessuale <input type="checkbox"/> Morso di animale <input type="checkbox"/> Esplosione <input type="checkbox"/> Incendio <input type="checkbox"/> Incidente auto <input type="checkbox"/> Incidente moto <input type="checkbox"/> Incidente mezzo pesante <input type="checkbox"/> Incidente bicicletta <input type="checkbox"/> Incidente pedone <input type="checkbox"/> Proiettato <input type="checkbox"/> Incastrato <input type="checkbox"/> Tuffo/Immersione <input type="checkbox"/> Altra dinamica <input type="checkbox"/> Soccorso a persona	Ora Inizio Missione	Ora Arrivo Obiettivo	Ora Partenza Ob.	Ora Arrivo Destinazione	Ora Fine Missione	Ora Libero in Sede	<div style="text-align: center;">  REGIONE TOSCANA TRASPORTO PRIMARIO DI EMERGENZA </div> <div style="text-align: right;">    </div> Dati missione Luogo d'intervento Nominativo Codici di attivazione Dati anagrafici Nome e Cognome M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Indirizzo Comune Data di nascita Comune/Stato di nascita Fascia d'età <table border="1"> <tr> <td>0-30 giorni</td> <td>1-12 mesi</td> <td>1-5 anni</td> <td>6-14 anni</td> <td>15-44 anni</td> <td>65-80 anni</td> <td>> 80 anni</td> </tr> </table> Situazione all'arrivo A (airway) PZ. COSCIENTE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> VIE AEREE PERVIE <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> B (breathing) PZ. RESPIRA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FREQ. RESP. : _____ ATTI/MIN. COME RESPIRA? NORMALE <input type="checkbox"/> DISPNEA <input type="checkbox"/> RESPIRO RUMOROSO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SAT. O ₂ : _____ % → SAT. CON O ₂ : _____ % (O ₂ : _____ LT/MIN.) C (circulation) P.A. : _____/_____ mmHg F.C. : _____ BATT./MIN. EMORRAGIE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> POLSO RADIALE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> REGOLARE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> COLORITO CUTANEO: NORMALE <input type="checkbox"/> CIANOTICO <input type="checkbox"/> ROSSASTRO <input type="checkbox"/> PALLIDO <input type="checkbox"/> PZ. SUDATO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DOL. TORACICO? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → _____ D (disability) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> DATA E ORA RIFERITA D'INSORGENZA DEI SINTOMI: Mimica facciale (fai mostrare i denti al pz. e fallo sorridere): <input type="checkbox"/> Normale: i due lati del volto si muovono bene allo stesso modo. <input type="checkbox"/> Anormale Spostamento delle braccia (il pz. chiude gli occhi e distende le due braccia): <input type="checkbox"/> Normale: le due braccia si muovono allo stesso modo. <input type="checkbox"/> Anormale Linguaggio (fai dire al pz. "Non puoi insegnare trucchi nuovi a un cane vecchio"): <input type="checkbox"/> Normale: il paziente usa le parole correttamente senza intoppi. <input type="checkbox"/> Anormale E (exposure) POSIZIONE DEL PZ. ALL'ARRIVO: <input type="checkbox"/> In piedi <input type="checkbox"/> Supino <input type="checkbox"/> Incastrato <input type="checkbox"/> Seduto <input type="checkbox"/> Prono <input type="checkbox"/> Sul fianco PATOLOGIE RIFERITE: _____ ALLERGIE RIFERITE: <input type="checkbox"/> Non note <input type="checkbox"/> Note _____ RIFERITA ASSUNZIONE DI FARMACI? _____ MANOVRE EFFETTUATE: <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree</td> <td><input type="checkbox"/> Immobilizzazione collo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Aspirazione secreti</td> <td><input type="checkbox"/> Estricazione di incastrato</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Controllo saturazioni ossigeno</td> <td><input type="checkbox"/> Utilizzo di K.E.D.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ventilazione con ambu</td> <td><input type="checkbox"/> Immobilizzazione arti</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Somministrazione ossigeno</td> <td><input type="checkbox"/> Bendaggio arti</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Misurazione Pressione Arteriosa</td> <td><input type="checkbox"/> Immob. con materasso a dep.</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Defibrillazione semiautomatica</td> <td><input type="checkbox"/> Immob. con tavola spinale</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> R.C.P. di base</td> <td><input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Supporto psicologico</td> <td><input type="checkbox"/> Medicazioni varie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gestione pz. in agit. psicomotoria</td> <td><input type="checkbox"/> Controllo emorragia esterna</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Clampaggio cordone ombelicale</td> <td><input type="checkbox"/> Medicazione di ustioni</td> </tr> <tr> <td>Casco indossato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Rimozione del casco</td> </tr> </table> GLICEMIA riferita: _____ mg/dl CHIEDI AL PZ. DI MISURARE IL SUO DOLORE CON UN NUMERO TRA 0 E 10: - 0 È ASSENZA DI DOLORE - 10 È IL PEGGIOR DOLORE TOLLERABILE DOLORE: _____ Autista Equipaggio <div style="text-align: right;">  SEGNARE: + EMORRAGIA # DOLORE / USTIONE </div>	0-30 giorni	1-12 mesi	1-5 anni	6-14 anni	15-44 anni	65-80 anni	> 80 anni	<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree	<input type="checkbox"/> Immobilizzazione collo	<input type="checkbox"/> Aspirazione secreti	<input type="checkbox"/> Estricazione di incastrato	<input type="checkbox"/> Controllo saturazioni ossigeno	<input type="checkbox"/> Utilizzo di K.E.D.	<input type="checkbox"/> Ventilazione con ambu	<input type="checkbox"/> Immobilizzazione arti	<input type="checkbox"/> Somministrazione ossigeno	<input type="checkbox"/> Bendaggio arti	<input type="checkbox"/> Misurazione Pressione Arteriosa	<input type="checkbox"/> Immob. con materasso a dep.	<input type="checkbox"/> Defibrillazione semiautomatica	<input type="checkbox"/> Immob. con tavola spinale	<input type="checkbox"/> R.C.P. di base	<input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia	<input type="checkbox"/> Supporto psicologico	<input type="checkbox"/> Medicazioni varie	<input type="checkbox"/> Gestione pz. in agit. psicomotoria	<input type="checkbox"/> Controllo emorragia esterna	<input type="checkbox"/> Clampaggio cordone ombelicale	<input type="checkbox"/> Medicazione di ustioni	Casco indossato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rimozione del casco
Ora Inizio Missione	Ora Arrivo Obiettivo																																					
Ora Partenza Ob.	Ora Arrivo Destinazione																																					
Ora Fine Missione	Ora Libero in Sede																																					
0-30 giorni	1-12 mesi	1-5 anni	6-14 anni	15-44 anni	65-80 anni	> 80 anni																																
<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree	<input type="checkbox"/> Immobilizzazione collo																																					
<input type="checkbox"/> Aspirazione secreti	<input type="checkbox"/> Estricazione di incastrato																																					
<input type="checkbox"/> Controllo saturazioni ossigeno	<input type="checkbox"/> Utilizzo di K.E.D.																																					
<input type="checkbox"/> Ventilazione con ambu	<input type="checkbox"/> Immobilizzazione arti																																					
<input type="checkbox"/> Somministrazione ossigeno	<input type="checkbox"/> Bendaggio arti																																					
<input type="checkbox"/> Misurazione Pressione Arteriosa	<input type="checkbox"/> Immob. con materasso a dep.																																					
<input type="checkbox"/> Defibrillazione semiautomatica	<input type="checkbox"/> Immob. con tavola spinale																																					
<input type="checkbox"/> R.C.P. di base	<input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia																																					
<input type="checkbox"/> Supporto psicologico	<input type="checkbox"/> Medicazioni varie																																					
<input type="checkbox"/> Gestione pz. in agit. psicomotoria	<input type="checkbox"/> Controllo emorragia esterna																																					
<input type="checkbox"/> Clampaggio cordone ombelicale	<input type="checkbox"/> Medicazione di ustioni																																					
Casco indossato? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rimozione del casco																																					

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.4.3	0	3 di 10
DOCUMENTAZIONE INTERVENTI DI SOCCORSO SCHEDA AMBULANZA DI PRIMO SOCCORSO				

**ISTRUZIONI COMPILAZIONE DELLA SCHEDA PAZIENTI
per ASSOCIAZIONI di VOLONTARIATO**



- sez. 1 – Dati Servizio
- sez. 2 – Tipologia mezzo e sede di partenza
- sez. 3 – Orari
- sez. 4 – Trasporto in Ospedale
- sez. 5 – Esito servizio
- sez. 6 – Dinamica riferita
- sez. 7 – Dati missione
- Sez. 8 – Dati paziente
- Sez. 9 – Situazione all'arrivo
- Sez. 10 – Manovre effettuate
- Sez. 11 - Equipaggio



Sez. 2

Sigla / Targa mezzo di soccorso
Tipologia mezzo di soccorso
Partenza dalla sede op.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Sigla/Targa Mezzo di Soccorso

Sigla assegnata da CO 118 o sigla Nazionale e targa mezzo di soccorso (es Bravo78 – EG 671 AP oppure FI10-0122 – CRI A123B)

Tipologia Mezzo di soccorso

MSB = ambulanza di primo soccorso e supporto all’automedica = Mezzo Soccorso Base
MSA = Ambulanza di soccorso e rianimazione = Mezzo Soccorso Avanzato

Partenza dalla sede operativa

Mettere una X sul SI solo quando il mezzo parte fisicamente dalla sede in convenzione. In tutti gli altri casi (da ospedale, in rientro etc...) mettere la X su NO.

Sez. 3

ORARI INDICATIVI

Ora Inizio Missione	Ora Arrivo Obiettivo
Ora Partenza Ob.	Ora Arrivo Destinazione
Ora Fine Missione	Ora Libero in Sede

Orari indicativi

Si ricorda a tutti gli equipaggi che gli orari che saranno riportati sulla scheda sono **orari indicativi** e solo quelli registrati presso la CO 118 sono quelli che hanno valore medico legale.

Nota: se gli orari sono acquisiti in modo automatico dalla CO 118 attraverso sistemi informatici gli orari possono essere omessi.

Sez. 4

Intervento con ALS? SI NO

Trasporto in ospedale R G V

Classe di patol. ipotizzata dalla CO 118 di rientro:

Ospedale di destinazione

Reparto

Numero di Triage PS

Intervento con ALS – Se SI compilare la scheda paziente SOLO per le parti eseguite dai soccorritori prima della presa in carico (arrivo) del paziente da parte dell’equipaggio ALS.

Trasporto in Ospedale

Mettere una “x” sul codice di rientro verso l’Ospedale
R = Rosso = Codice 3
G = Giallo = Codice 2
V = Verde = Codice 1
 Scrivere in modo **CHIARO** l’Ospedale ed il reparto di destinazione.

N.B. Classe di patologia ipotizzata al rientro

Dato riferito dall’operatore di CO 118 al momento del rientro dei dati (condizioni) del paziente.

Numero di Triage PS

Riportare nello spazio il numero ed il codice di triage.
 Esempio G (giallo) 2012(anno) 3213 (numero

Classe di patologia ipotizzata al rientro

Riportare **OBBLIGATORIAMENTE** il codice pi patologia prevalente ipotizzata.
 Tale codice dovrà essere richiesto all’operatore della CO 118 dopo che si sono date le condizioni del paziente ed i parametri (rilevati/riferiti) del medesimo.
 Ad esempio per una cefalea si dovrà riportare il codice C 04 02.
N.B. La patologia ipotizzata deve essere segnata in modo esaustivo. Se la CO 118 non fornisce il dato di rientro tale dato sarà omissivo!!!

Tabella C: Codici patologia riscontrata

<p>C01 TRAUMATICA C0101 Cranio C0102 Torace C0103 Addome C0104 Arti C0105 Rachide C0106 Emorragia C0107 Amputazione C0108 Ferita C0109 Frattura C0110 Contusione C0111 Ustione C0112 Folgorazione/elettrocuzione C0113 Lesione da freddo C0114 Lesione agli occhi C0115 Politraumatismo C0116 Altra traumatica</p> <p>C02 CARDIOCIRCOLATORIA C0201 Crisi ipertensiva C0202 Scompenso cardio-circolatorio C0203 Dolore toracico C0204 Cardiopalmo/Aritmia C0205 Arresto cardio-circolatorio C0206 Sindrome coronarica acuta; C0209 Altra cardio-circolatoria</p> <p>C03 RESPIRATORIA C0301 Distress respiratorio C0302 Corpo estraneo C0303 Crisi asmatica C0304 Immersione/sommersione C0305 Insufficienza respiratoria cronica C0309 Altra respiratoria</p>	<p>C04 NEUROLOGICA C0401 Convulsioni C0402 Cefalea C0403 Coma C0404 Ictus C0405 Decadimento psichico C0406 Perdita di coscienza C0409 Altra neurologica</p> <p>C05 PSICHIATRICA C0501 Tentato suicidio C0502 Agitazione psicomotoria C0509 Altra psichiatrica</p> <p>C06 NEOPLASTICA C0601 Neoplastica</p> <p>C07 TOSSICOLOGICA C0700 Intossicazione etilica C0701 Ossido di carbonio C0702 Farmaci C0703 Alimenti C0704 sostanze chimiche C0705 overdose/stupefacenti C0709 altra intossicazione</p> <p>C08 METABOLICA C0801 Iperglicemia C0802 Ipoglicemia C0809 Altra – metabolica</p> <p>C09 GASTROENTEROLOGICA C0901 Emorragia digestiva C0902 Dolore addominale C0909 Altra – gastroenterologica</p>	<p>C10 UROLOGICA C1001 Colica renale C1002 Ritenzione urinaria C1009 Altra - urologica</p> <p>C11 OCULISTICA C1101 Ferita penetrante occhio C1109 Altra – oftalmologia</p> <p>C12 OTORINOLARINGOIATRICA C1201 Epistassi C1202 Corpo estraneo C1209 Altra – ORL</p> <p>C13 DERMATOLOGICA C1301 Parassitosi C1302 Reazione orticoaloide C1309 Altra – dermatologica</p> <p>C14 OSTETRICO-GINECOLOGICA C1401 Parto C1402 Metrorragia C1403 Minaccia aborto C1409 Altra - ostetrico-ginecologica</p> <p>C15 INFETTIVA C1501 Stato febbrile C1509 Altra – infettiva</p> <p>C19 ALTRA PATOLOGIA C1901 Stato febbrile C1902 NBCR (catastrofe o emergenza nucleare, batteriologica, chimica o radioattiva) C1909 Altra patologia</p> <p>C20 PATOLOGIA NON DIENTIFICATA C2001 Patologia non identificata</p>
--	--	--

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.4.3	0	6 di 10
DOCUMENTAZIONE INTERVENTI DI SOCCORSO SCHEDA AMBULANZA DI PRIMO SOCCORSO				

Sez. 5

Trattamento sul posto senza trasp.
 Missione annullata
 Decesso
 Rifiuto trasporto/trattamento

 Firma paziente

 Firma testimone

Esito missione

 Mettere una "x" sull'esito della missione, se diverso dal Trasporto in ospedale del paziente.
 Si ricorda che la "x" su decesso può essere messa solo se interviene un medico che certifica la morte del paziente.
 In caso di rifiuto ricovero è sempre bene, oltre al pz, far firmare anche un testimone, dopo aver preso i dati anche del medesimo.

Missione ANNULLATA - Se la missione viene annullata dalla CO 118 si compilano **SOLO le sezioni** sez. 1 – Dati Servizio, sez. 2 – Tipologia mezzo e sede di partenza, sez. 3 – Orari, sez. 5 – Esito servizio, sez. 7 – Dati missione, Sez. 11 – Equipaggio.

IMPORTANTE

Lasciare **SEMPRE** una copia della scheda al paziente (se non si procede al ricovero) o all'Ospedale di destinazione. La scheda **DEVE** essere compilata in tutte le parti sanitarie e relative alla dinamica (solo se Trauma) prima di essere lasciata.

Sez. 6

Dinamica riferita:
 Non definita
 Precipitato < 3 mt.
 Precipitato > 3 mt.
 Aggressione
 Arma bianca
 Arma da fuoco
 Violenza sessuale
 Morso di animale
 Esplosione
 Incendio
 Incidente auto
 Incidente moto
 Incidente mezzo pesante
 Incidente bicicletta
 Incidente pedone
 Proiettato
 Incastrato
 Tuffo/immersione
 Altra dinamica
 Soccorso a persona

SOLO in caso di **evento TRAUMATICO**, contrassegnare con una "X" la **dinamica riferita** dagli astanti (persone presenti al momento dell'incidente) o dal paziente stesso.

 Se la dinamica non è presente nell'elenco mettere la "x" su altra dinamica.

 È possibile indicare solo la voce che si riferisce al paziente della scheda (es: incidente auto contro moto. Segnerò incidente moto se agisco sul motociclista o incidente auto se agisco sull'automobilista.

Mettere la X su questa casella per **TUTTI** gli eventi **NON TRAUMATICI !!!!!**

Sez. 7


**REGIONE TOSCANA
TRASPORTO PRIMARIO DI EMERGENZA**




Dati missione	
Luogo d'intervento	
Nominativo	Codici di attivazione

Luogo d'intervento
Scrivere il luogo d'intervento comunicato dalla CO 118 (Comune, Frazione, Via, n° civico)

Nominativo
Scrivere il cognome sul campanello o altri nominativi di riferimento comunicati dalla CO 118.

S C	01	R
S = strada; P = uffici ed esercizi pubblici; Y = impianti sportivi; K = casa; L = impianti lavorativi; Q = scuole; Z = altri luoghi.	C = CODICE 01 Traumatica 02 Cardiocircolatoria 03 Respiratoria 04 Neurologica 05 Psichiatrica 06 Neoplastica 07 Tossicologica 08 Metabolica 09 Gastroenterologica	10 Urologica 11 Oculistica 12 Otorinolaringoiatrica 13 Dermatologica 14 Ostetrico-ginecologica 15 Infettiva 19 Altra patologia 20 Patologia non identificata R = Rosso – Molto critico G = Giallo – Mediamente critico V = Verde – Poco critico B = Bianco – Non critico

Sez. 8

Dati anagrafici															
Nome e Cognome															
	M F														
Indirizzo	Comune														
Data di nascita	Comune/Stato di nascita														
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="7">Fascia d'età</th> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0 - 30 giorni</td> <td style="text-align: center;">1 - 12 mesi</td> <td style="text-align: center;">1 - 5 anni</td> <td style="text-align: center;">6 - 14 anni</td> <td style="text-align: center;">15 - 64 anni</td> <td style="text-align: center;">65 - 80 anni</td> <td style="text-align: center;">> 80 anni</td> </tr> </table>		Fascia d'età							0 - 30 giorni	1 - 12 mesi	1 - 5 anni	6 - 14 anni	15 - 64 anni	65 - 80 anni	> 80 anni
Fascia d'età															
0 - 30 giorni	1 - 12 mesi	1 - 5 anni	6 - 14 anni	15 - 64 anni	65 - 80 anni	> 80 anni									

↓

Compilare **TUTTI** i campi scrivendo in modo **CHIARO e LEGGIBILE**.
 Indicare esattamente: la data di nascita, Comune di nascita (se italiano) o lo Stato di nascita (se nato all'estero) altrimenti risulta impossibile calcolare il Codice Fiscale, dato **ESSENZIALE!!!!**
 Mettere una "X" sulla fascia di età interessata (anche apparente) e sul sesso M o F.

Titolo	Codice	Revisione	Pagina
LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.4.3	0	8 di 10
DOCUMENTAZIONE INTERVENTI DI SOCCORSO SCHEDA AMBULANZA DI PRIMO SOCCORSO			

Sez. 9

Situazione all'arrivo

A (airway) PZ. COSCIENTE SI NO VIE AEREE PERVIE SI NO

B (breathing) PZ. RESPIRA SI NO FREQ. RESP. : _____ ATTI/MIN.
 COME RESPIRA? NORMALE DISPNEA RESPIRO RUMOROSO SI NO
 SAT. O₂: _____ % → SAT. CON O₂: _____ % (O₂: _____ LT/MIN.)

C (circulation) P.A. : _____ / _____ mmHg F.C. : _____ BATT./MIN.
 EMORRAGIE SI NO POLSO RADIALE SI NO REGOLARE SI NO
 COLORITO CUTANEO: NORMALE CIANOTICO ROSSASTRO PALLIDO
 PZ. SUDATO SI NO DOL. TORACICO? NO SI → _____
Data e ora d'insorgenza riferita

D (disability) A V P U

DATA E ORA RIFERITA D'INSORGENZA DEI SINTOMI:
 Mimica facciale (fai mostrare i denti al pz. e fallo sorridere):
 Normale: i due lati del volto si muovono bene allo stesso modo. **Anormale**
 Spostamento delle braccia (il pz. chiude gli occhi e distende le due braccia):
 Normale: le due braccia si muovono allo stesso modo. **Anormale**
 Linguaggio (fai dire al pz. "Non puoi insegnare trucchi nuovi a un cane vecchio"):
 Normale: il paziente usa le parole correttamente senza intoppi. **Anormale**

E (exposure) POSIZIONE DEL PZ. ALL'ARRIVO: In piedi Supino Incastrato
 Seduto Prono Sul fianco

PATOLOGIE RIFERITE: _____
 ALLERGIE RIFERITE: Non note Note _____
 RIFERITA ASSUNZIONE DI FARMACI? _____

A = mettere la "X" sulla casella interessata

B = mettere la "X" sulla casella interessata indicare se il paziente respira, indicare come respira, indicare se respiro è rumoroso.
 Scrivere in modo chiaro e leggibile: Saturimetria (%) e saturimetria con Ossigeno terapia in corso (%) indicando a lato anche i litri/minuto dell'ossigeno erogato.

C = mettere la "X" sulla casella interessata
 Scrivere in modo chiaro e leggibile la pressione (**N.B. campo non obbligatorio**) del paziente (max/min), scrivere in modo chiaro e leggibile la frequenza cardiaca rilevata, mettere la "X" sulla casella interessata relativa a emorragie, presenza del polso radiale, regolarità del polso radiale, colorito della pelle, paziente sudato freddo, presenza di dolore toracico. Se dolore toracico presente indicare giorno ed ora di insorgenza dei sintomi e riferirlo puntualmente alla Centrale Operativa ed in Dea.

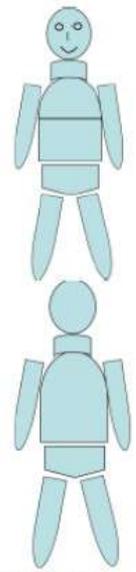
D = mettere la "X" sulla casella interessata (A-V-P-U). In caso di sospetta patologia neurologica indicare giorno ed ora di insorgenza dei sintomi e riferirlo puntualmente alla Centrale Operativa ed in Dea. Completare la parte della mimica facciale, spostamento delle braccia e linguaggio.

E = mettere la "X" sulla casella interessata relativa alla posizione del paziente all'arrivo del mezzo di soccorso. Segnare le **patologie croniche note riferite**, scrivere in modo chiaro e leggibile la presenza o assenza di **allergie riferite** di qualunque tipo. Riportare fedelmente sulla scheda la **terapia in corso riferita** dal paziente.

Sez. 10

MANOVRE EFFETTUATE:

<input type="checkbox"/> Disostruzione vie aeree	<input type="checkbox"/> Immobilizzazione collo
<input type="checkbox"/> Aspirazione secreti	<input type="checkbox"/> Estricazione di incastrato
<input type="checkbox"/> Controllo saturazione ossigeno	<input type="checkbox"/> Utilizzo di K.E.D.
<input type="checkbox"/> Ventilazione con ambu	<input type="checkbox"/> Immobilizzazione arti
<input type="checkbox"/> Somministrazione ossigeno	<input type="checkbox"/> Bendaggio arti
<input type="checkbox"/> Misurazione Pressione Arteriosa	<input type="checkbox"/> Immob. con materasso a dep.
<input type="checkbox"/> Defibrillazione semiautomatica	<input type="checkbox"/> Immob. con tavola spinale
<input type="checkbox"/> R.C.P. di base	<input type="checkbox"/> Prevenzione ipotermia
<input type="checkbox"/> Supporto psicologico	<input type="checkbox"/> Medicazioni varie
<input type="checkbox"/> Gestione pz. in agit. psicomotoria	<input type="checkbox"/> Controllo emorragia esterna
<input type="checkbox"/> Clampaggio cordone ombelicale	<input type="checkbox"/> Medicazione di ustioni
Casco indossato? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Rimozione del casco



GLICEMIA riferita: _____mg/dl	CHIEDI AL PZ. DI MISURARE IL SUO DOLORE CON UN NUMERO TRA 0 E 10: - 0 È ASSENZA DI DOLORE - 10 È IL PEGGIOR DOLORE TOLLERABILE	DOLORE:
----------------------------------	--	----------------

SEGNARE:
 + EMORRAGIA
 # DOLORE
 / USTIONE

Mettere la "X" su ciascuna manovra effettuata dalla squadra sul paziente.

Note:

Defibrillazione semiautomatica : segnare SOLO se si erogano shock

R.C.P. di base : BLS senza applicazione del DAE

Immobilizzazione collo : collare cervicale rigido

Estricazione di incastrato : prevede obbligatoriamente l'intervento dei Vigili del Fuoco con specifiche attrezzature

Casco indossato : segnare SI solo se il casco è ancora indossato al momento dell'arrivo del mezzo di soccorso

Glicemia riferita: segnare il valore riferito dal paziente o dai suoi parenti

Dolore: in caso di dolore chiedere al paziente di misurare il suo dolore da 0 a 10 e segnarlo nell'apposita casella

Segnare **emorragie, dolore o ustione** con gli specifici segnali come da **legenda**.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.4.3	0	10 di 10
<i>DOCUMENTAZIONE INTERVENTI DI SOCCORSO</i> SCHEDA AMBULANZA DI PRIMO SOCCORSO				

Sez. 11

Autista	Equipaggio
---------	------------



Scrivere in **modo chiaro e leggibile** il Cognome per esteso ed il nome (puntato) di tutti gli operatori presenti sul mezzo di soccorso.

RICORDA

LASCIARE SEMPRE UNA COPIA DELLA SCHEDA AL PAZIENTE O IN OSPEDALE

COMPILARE UNA SCHEDA PER OGNI PAZIENTE!!!

TUTTO CIO' CHE NON è SEGNATO EQUIVALE A NON ESEGUITO !!!!!!!!!!!!!

SEGNALA SULLA SCHEDA SOLO QUELLO CHE FAI DIRETTAMENTE TE!!!

Qualora per **stato di necessità**, in via del **TUTTO ECCEZIONALE**, la CO 118 attivasse equipaggi diversi da quanto previsto dalle normative vigenti, la scheda dovrà essere compilata SOLO le sez. 1 – Dati Servizio, sez. 2 – Tipologia mezzo e sede di partenza, sez. 3 – Orari, sez. 4 – Trasporto in Ospedale, sez. 5 – Esito servizio, sez. 7 – Dati missione, Sez. 8 – Dati paziente, Sez. 11 - Equipaggio

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.1	0	1 di 4
NORME OPERATIVE MEZZI ED EQUIPAGGI IN STAND BY RIMBORSATO				

Dipartimento di Emergenza Urgenza			
Struttura Organizzativa Complessa Multidisciplinare Emergenza Sanitaria 118 Firenze Soccorso ed Elisoccorso			
Data	Responsabile Redazione	Responsabile Convalida	Persona o Organismo che approva
1 marzo 2013	Giorgio Giuliani	Claudio Becorpi Simona Casini Massimo Cipriani Giovanni Del Sorbo Susanna Pagliai Lidia Piccini Paolo Pratesi Mario Rugna	Lucia De Vito
Sintesi delle modifiche apportate:			
I Responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura.			

Finalità

Definizione delle norme operative dei mezzi ed equipaggi in stand by.

Applicabilità

Personale operante nella *Struttura Organizzativa Complessa Multidisciplinare Emergenza Sanitaria 118 Firenze Soccorso ed Elisoccorso*

Oggetto e Modalità Operative

Ai sensi dell'Allegato 1 dell'Accordo Integrativo Locale per la regolamentazione dei rapporti fra l'Azienda USL 10 di Firenze, la Confederazione delle Misericordie d'Italia, il Comitato Regionale Toscano dell'Associazione Nazionale delle Pubbliche Assistenze ed il Coordinamento Regionale della Croce Rossa Italiana, per lo svolgimento di attività di trasporto sanitario di emergenza/urgenza vigente:

1. L'Azienda Sanitaria di Firenze affida alle Associazioni di Volontariato ed alla Croce Rossa Italiana lo svolgimento delle attività di trasporto sanitario di emergenza/urgenza, che le medesime si impegnano ad effettuare, con l'utilizzazione dei mezzi e del personale di cui dispongono, nell'assoluto rispetto dell'accordo predetto e secondo le particolari condizioni concordate tra le parti ed indicate nel presente atto.
2. L'attività di emergenza sanitaria territoriale nel territorio dell'Azienda Sanitaria di Firenze rappresenta esclusiva competenza della Azienda Sanitaria di Firenze stessa, che la esercita attraverso la Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso".

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.1	0	2 di 4
NORME OPERATIVE MEZZI ED EQUIPAGGI IN STAND BY RIMBORSATO				

3. Le Associazioni di Volontariato e la Croce Rossa Italiana svolgono i servizi oggetto della presente convenzione con mezzi di soccorso autorizzati all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario ai sensi della L. R. 25/2001.

4. I mezzi di soccorso e gli equipaggi in turno di stand-by rimborsato sono a completa disposizione della Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso", cui è riservata l'attivazione degli stessi.

L'attivazione del mezzo di soccorso è pertanto competenza esclusiva della Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso" sulla base dei protocolli vigenti, anche nel caso in cui la richiesta della Centrale Operativa 118 Firenze Soccorso pervenga in prossimità dell'orario di termine del turno di standby rimborsato stesso, per interventi su tutto l'ambito territoriale di competenza della Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso" ed occasionalmente anche al di fuori di esso.

5. Le Associazioni di Volontariato impegnate in tale tipo di attività forniscono:

- Ambulanze in possesso di regolare autorizzazione regionale al trasporto di soccorso e rianimazione o di primo soccorso ed in regola con quanto previsto dalla Legge Regionale n. 25 del 22-5-2001, e dal Decreto Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Settore Servizi Sanitari territoriali e Percorso Assistenziale n. 3161 del 01-06- 2004;

- Personale dei mezzi di soccorso rispondente a quanto previsto dalla normativa regionale vigente, assicurando la presenza continuativa per tutto il periodo di stand-by rimborsato di una squadra operativa, conforme alle normative vigenti per numero e tipologia.

6. L'operatività in turno di stand-by rimborsato deve essere assicurata con le seguenti tipologie di mezzi di soccorso e con il suddetto personale la cui presenza a bordo è obbligatoria:

- AMBULANZA di tipo A/A1 - Ambulanza di Soccorso e Rianimazione con:

- a) autista con patente di guida di categoria B;
- b) n. 2 soccorritori di livello avanzato;

- AMBULANZA di tipo A/A1 o B - Ambulanza Primo Soccorso con:

- a) autista con patente di guida di categoria B;
- b) n. 1 soccorritore

Entrambi devono essere in possesso di abilitazione di livello avanzato.

7. Le Associazioni di Volontariato e la Croce Rossa Italiana assicurano che, a seguito dell'attivazione da parte della Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso" che la partenza del mezzo di soccorso e del relativo equipaggio avvenga immediatamente, o comunque entro 3 minuti dall'attivazione da parte della Centrale Operativa 118.

8. Lo stazionamento dei mezzi e degli equipaggi in attesa dell'attivazione da parte della Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso", sarà ubicato presso la sede operativa identificata.

L'Associazione, infatti:

- concorderà con l'Azienda ASL 10 di Firenze eventuali modifiche permanenti di sede operativa;
- richiederà formalmente alla Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso" autorizzazione a modifiche transitorie di sede operativa;
- limiterà alle sole necessità strettamente legate all'operatività (es. rifornimento carburante) i periodi

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.1	0	3 di 4
NORME OPERATIVE MEZZI ED EQUIPAGGI IN STAND BY RIMBORSATO				

di assenza dei mezzi ed equipaggi dalla sede operativa.

9. In caso di guasto del mezzo in turno di stand-by rimborsato, l'Associazione di Volontariato o la Croce Rossa Italiana interessata ne darà immediata comunicazione alla Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso" e provvederà ad attivarsi per il tempestivo ripristino dell'operatività, comunicando contestualmente il mezzo sostitutivo con cui si garantisce lo stand-by rimborsato.

10. In osservanza dell'accordo quadro regionale e del codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs. 30/06/03, n. 196) l'Associazione di Volontariato o la Croce Rossa Italiana l'Associazione si impegna, per se e per il proprio personale, a:

- rispettare il dettato del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali";
- non rivelare, in alcun modo ed in qualsiasi forma, notizie o fatti di cui sia venuta a conoscenza in relazione all'attività svolta che comportino la divulgazione di informazioni protette dal citato D. Lgs. 30/06/03, n. 196;
- osservare ed a fare osservare dal proprio personale le prescrizioni di cui ai comma precedenti ed ad adottare nei confronti del personale che violi tali obblighi i provvedimenti previsti dai propri Statuti in relazione alla grave inosservanza.

11. Le Associazioni di Volontariato e la Croce Rossa Italiana si impegnano a:

- utilizzare la scheda telefonica fornita dall'Azienda 10 di Firenze per le comunicazioni operative a mezzo di telefono cellulare in dotazione ai mezzi di soccorso ai sensi del Decreto Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà - Settore Servizi Sanitari territoriali e Percorso Assistenziale n. 3161 del 01-06-2004;
- utilizzare esclusivamente la rete radio UHF per l'emergenza sanitaria territoriale effettuata con ambulanze all'uopo dotate di radiotelefono dall'Azienda Sanitaria di Firenze, a meno di oggettiva impossibilità di comunicazione;

12. Gli equipaggi dei mezzi delle Associazioni di Volontariato e della Croce Rossa Italiana durante l'attività di trasporto di emergenza/urgenza, in tempi immediatamente successivi all'attivazione per un intervento di soccorso (codice rosso, giallo, verde, bianco) da parte della Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso", comunicano alla Centrale Operativa 118 Firenze Soccorso via radio o telefonia cellulare in dotazione l'avvenuta partenza.

Inoltre, tutti gli equipaggi impegnati in interventi di soccorso comunicheranno (come da DM 15 maggio 1992) alla Centrale Operativa "118 Firenze Soccorso" le seguenti informazioni:

- Arrivo sul posto;
- Situazione evento (eventuale richiesta altri mezzi ecc.) e condizioni paziente;
- Partenza verso l'Ospedale di destinazione, identificato dalla Centrale Operativa 118;
- Eventuali modifiche delle condizioni del paziente in itinere;
- Arrivo in Ospedale;
- Ripristino dello stato Libero – Operativo e comunicazione dati identificativi paziente soccorso e/o trasportato;
- Rientro in sede.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.1	0	4 di 4
NORME OPERATIVE MEZZI ED EQUIPAGGI IN STAND BY RIMBORSATO				

Il telefono cellulare in dotazione ai mezzi di soccorso (L.R. 25/2001 e successive tabelle), munito della carta SIM fornita dal Sistema "118 Firenze Soccorso", acceso ed in perfetta efficienza, e l'apparato radio portatile, fornito dal sistema "118 Firenze Soccorso", saranno "indossati" dal soccorritore volontario identificato dall'associazione come il responsabile delle comunicazioni telefoniche e radio per ciascun turno, sia per quanto attiene i contenuti sia per quanto riguarda l'eventuale omissione delle comunicazioni operative previste.

Spetta al personale sanitario 118, eventualmente presente nell'equipaggio di soccorso, verificare che siano state inoltrate alla Centrale Operativa 118 Firenze Soccorso tutte le comunicazioni obbligatorie (D.M. 15 maggio 1992) e le informazioni ritenute necessarie ai fini dell'ottimale espletamento delle missioni di soccorso assegnate

13. Le Associazioni di Volontariato e la Croce Rossa Italiana si impegnano inoltre a:

- garantire la manutenzione ordinaria e straordinaria dei mezzi di soccorso, sia per la parte meccanica che per quella sanitaria, oltre che la pulizia e la sanificazione degli stessi;
- applicare il logo unico regionale del sistema 118 sulle ambulanze di emergenza/urgenza;
- ospitare a bordo dei propri mezzi di soccorso in forma estemporanea o per turni prefissati personale Medico e/o Infermieristico o altro personale dipendente dalle Aziende Sanitarie o con esse convenzionato, su disposizione della C. O. 118. Sarà cura della Centrale Operativa 118 informare circa la presenza di tale personale, al fine di consentire l'ottimale composizione degli equipaggi;
- consentire sui mezzi di soccorso la predisposizione di quanto necessario per realizzare un'ottimale rete di comunicazioni operative, conforme alle normative vigenti;
- non pubblicizzare numeri telefonici di riferimento per il trasporto sanitario di emergenza/urgenza diversi dal numero unico nazionale 118. I numeri telefonici di cui sopra non devono in alcun modo comparire, nei locali pubblici, sull'elenco telefonico, sui giornali etc. Le Associazioni si impegnano inoltre a non attivare e pubblicizzare altre linee telefoniche cui far affluire richieste di emergenza/urgenza;
- osservare scrupolosamente le norme relative alle assicurazioni obbligatorie ed antinfortunistiche, previdenziali ed assistenziali, relative agli eventuali dipendenti. Le AA. VV/CRI sono tenute inoltre ad adottare tutti i provvedimenti e le cautele necessarie per garantire, per quanto possibile, durante l'espletamento degli interventi e delle prestazioni loro richieste, a norma delle convenzioni stipulate con le Aziende, l'incolumità del personale volontario e/o dipendente utilizzato sui mezzi di trasporto e dei terzi trasportati, garantendo, comunque, in caso di danno, l'equo risarcimento del medesimo. La ASL 10 è sollevata da ogni e qualsiasi responsabilità civile per danni eventualmente subiti all'esterno dei propri presidi sanitari e/o articolazioni e durante lo svolgimento di interventi, dal personale e dai trasportati, ovvero per danni provocati a terzi.

14. L'Azienda Sanitaria di Firenze provvede alla fornitura dei farmaci e del materiale sanitario di consumo, necessari per gli interventi di emergenza, secondo le dotazioni sanitarie standard stabilite per i mezzi di soccorso dalla Direzione della Struttura Complessa Multidisciplinare "118 Firenze Soccorso". Le Associazioni di Volontariato e la Croce Rossa Italiana assicurano sui mezzi di soccorso in turno di stand-by rimborsato la presenza della dotazione prevista.

Le Associazioni di Volontariato e la Croce Rossa Italiana provvederanno alla compilazione di appositi modelli di reintegro dotazioni, all'uopo predisposti, all'inoltro delle richieste e direttamente al ritiro dei farmaci e del materiale sanitario presso le sedi di distribuzione aziendale secondo calendario ed orari predefiniti, senza alcun onere aggiuntivo per l'Azienda Sanitaria di Firenze.



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

Nozioni generali sul funzionamento del Sistema 112

NUMERO UNICO EMERGENZA (NUE) 112

Scheda sintetica informativa

Storia e normativa

Con la Decisione 91/396/CEE del 29 luglio 1991 il Consiglio delle Comunità Europee invitava gli Stati Membri ad adottare l' 112 (uno-uno-due) come Numero di emergenza Unico Europeo (NUE).

Il servizio viene effettivamente introdotto con la successiva Direttiva 2002/22/CE del Parlamento e del Consiglio Europeo del 7 marzo 2002, la quale prevede che, oltre alle esistenti numerazioni di emergenza nazionali (113, 112, 115 e 118), tutti gli utenti "possano chiamare gratuitamente i servizi di soccorso digitando il numero di emergenza unico europeo "112"" e che "le imprese esercenti reti telefoniche pubbliche mettano a disposizione delle autorità incaricate dei servizi di soccorso, nella misura in cui sia tecnicamente fattibile, le informazioni relative all'ubicazione del chiamante".

Per inosservanza dell'obbligo di fornire le informazioni sulla localizzazione delle chiamate di emergenza, l'Italia ha subito una procedura di infrazione che, il 15 gennaio 2009, ha portato a una sentenza di condanna della Corte di giustizia europea. La chiusura della procedura di infrazione è stata possibile con l'adozione di una soluzione transitoria, assicurata attraverso le Centrali operative dell'Arma dei Carabinieri, e una soluzione a regime con la realizzazione di un sistema basato su due livelli di risposta, il primo per la ricezione della chiamata e il secondo per la gestione dell'intervento. Dopo un periodo di sperimentazione, è stata definita con la Legge 7 agosto 2015 n. 124 l'istituzione su tutto il territorio nazionale del NUE 112 (uno-uno-due) con centrali operative da realizzare in ambito regionale.

Il modello di funzionamento del Servizio individuato dal legislatore assicura una gestione integrata e coordinata e consente, con il filtraggio delle chiamate "improprie" (ad esempio, quelle effettuate per errore, per informazioni o per scherzo), che gli enti di soccorso si dedichino esclusivamente alle emergenze.

L'attuazione del Servizio NUE 112 (uno-uno-due) avviene secondo le modalità definite con i Protocolli d'Intesa di volta in volta sottoscritti tra il Ministero dell'Interno e le Regioni interessate, in conformità a quanto determinato dalla Commissione consultiva di cui all'art. 75bis, comma 2, del D.lgs. n. 259/2003 (codice delle comunicazioni elettroniche).

Al Ministero dell'Interno, di concerto con il Ministero dello Sviluppo Economico, sono attribuiti poteri di indirizzo e di coordinamento per l'individuazione e l'attuazione delle iniziative per la piena realizzazione del NUE (art. 75 bis, comma 1, codice delle comunicazioni elettroniche).

Funzionamento del NUE 112

Il modello prevede la realizzazione di Centrali Uniche di Risposta (CUR), dove confluiscono tutte le chiamate di soccorso, che poi vengono trasferite all'Ente preposto alla gestione della specifica emergenza (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Vigili del Fuoco, Emergenza Sanitaria).

Il servizio "Emergenza 112" rappresenta un modello unico in Italia di servizio di emergenza così come già avviene in diversi Paesi europei. Tutte le telefonate di emergenza confluiscono in un'unica Centrale Operativa, qualsiasi numero di soccorso il chiamante abbia composto, compreso lo stesso 112.

Gli operatori della CUR smistano le chiamate, dopo aver localizzato il chiamante e individuata l'esigenza, all'ente competente per la gestione: Arma dei Carabinieri, Polizia di Stato (113), Vigili del Fuoco (115), Emergenza Sanitaria(118).

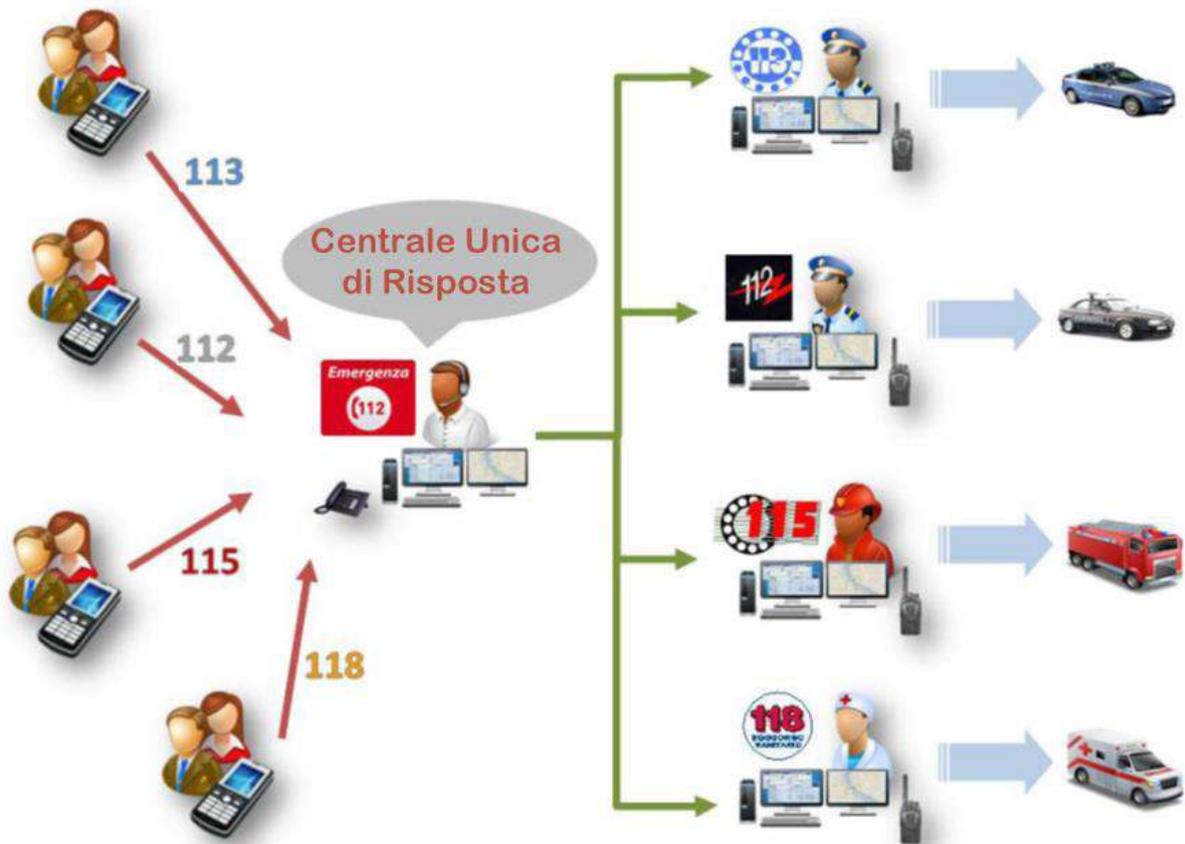
Il progetto è stato avviato il 21 giugno 2010 a Varese ed è stato esteso progressivamente a numerose zone italiane.

Il funzionamento della Centrale Unica di Risposta (CUR) del Servizio NUE 112 (uno-uno-due) è organizzato su due livelli: il primo (CUR – PSAP1 Public Safety Answer Point) riceve la chiamata di soccorso e il secondo (PSAP2- Centrali operative Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Vigili del Fuoco ed Emergenza Sanitaria) gestisce effettivamente la situazione di emergenza.

Qualunque numero nazionale di emergenza si chiami (113, 112, 115 e 118), la telefonata viene ricevuta dalla Centrale Unica di Risposta.

Quando l'operatore della CUR risponde alla chiamata riceve in tempo reale il numero telefonico e la localizzazione del chiamante, che vengono automaticamente inseriti in una scheda in formato digitale (scheda contatto).

La scheda è poi integrata con le informazioni sulla tipologia di soccorso necessario e trasferita, insieme alla chiamata, alla Centrale operativa di secondo livello a cui compete l'intervento (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Vigili del Fuoco ed Emergenza Sanitaria).



In questo modo, si evita che gli scherzi, gli errori o le chiamate improprie (come, ad esempio, le richieste di informazioni) arrivino alle Centrali operative di secondo livello che riceveranno solo le effettive chiamate di emergenza.

La Centrale Unica di Risposta (CUR) è realizzata dalle Regioni, che curano anche il reclutamento e la formazione del personale. L'operatore della CUR assume la qualifica di "incaricato di pubblico servizio" in quanto svolge la propria attività nell'ambito del Servizio pubblico di emergenza NUE 112.

Le Centrali Uniche di Risposta (CUR) sono operative in Friuli Venezia Giulia, Lazio (prefisso telefonico 06), Liguria, Lombardia, Piemonte, Sicilia orientale, Valle d'Aosta e nelle Province Autonome di Trento e Bolzano. Dal 9 dicembre 2020 è attiva la CUR 112 Toscana: l'attività stata avviata inizialmente sui distretti telefonici di Firenze (055) e Prato (0574) e progressivamente verrà estesa a tutta la Regione Toscana, con piena operatività su tutta la regione entro fine aprile 2021. La CUR Toscana è la più grande centrale 112 d'Italia e ha sede a Firenze presso il P.O. Piero Palagi, in Viale Michelangiolo 41, presso l'edificio in cui ha sede anche la Centrale Operativa 118 Firenze-Prato.

Componendo qualsiasi numero dell'emergenza (112, 113, 115, 118) il cittadino entra in contatto con l'operatore della Centrale Operativa Unica del servizio Emergenza 112 che prende in carico la chiamata, se necessario attiva una teleconferenza per la traduzione multilingue e inizia la compilazione della scheda contatto.

Il collegamento con il CED interforze del Viminale consente di raccogliere in pochissimi istanti (2 secondi) i dati identificativi del numero chiamante (per le chiamate da telefono fisso) o la sua localizzazione (per le chiamate da telefono mobile, relativamente alla cella telefonica). Tutte le informazioni raccolte vengono inserite in una scheda elettronica; a quel punto la chiamata, corredata dalla scheda, viene trasferita alle Forze di Pubblica Sicurezza (112 e 113), alla Centrale Operativa dei Vigili del Fuoco (115) o al Soccorso Sanitario (118); viene cioè trasferita all'amministrazione competente per funzione e territorio.

Tutto il traffico telefonico e tutti i dati relativi agli eventi vengono registrati; l'intero processo viene completato in un tempo medio di 40 secondi. L'azione di filtro è pari a circa il 60% delle chiamate in ingresso.

Il numero di chi chiama è sempre visibile all'operatore anche se si utilizza il servizio di "ID Privato" (funzione della rete telefonica di override).

Per le chiamate provenienti da telefono fisso viene visualizzato il punto dove si trova il telefono. Per le chiamate provenienti da telefono cellulare viene visualizzata l'area di copertura della cella telefonica.

I numeri 118, 113 e 115 restano in vigore e dunque il cittadino può continuarli. La chiamata cadrà comunque sul servizio Emergenza 112 e risponderà un operatore della Centrale Operativa Unica (NUE 112).

Il servizio "Emergenza 112" garantisce all'utenza:

- la risposta tempestiva alle chiamate di emergenza/soccorso effettuate da qualunque cittadino utilizzando un telefono fisso o mobile;
- la localizzazione e/o identificazione del chiamante da telefonia fissa e mobile, oppure tramite la app 112 "Where ARE U?";
- l'appropriatezza delle chiamate trasferite alle Centrali di 2° livello, grazie all'azione di filtro sulle chiamate in entrata (circa il 60% delle telefonate ricevute dalle CUR NUE 112);
- il servizio di interpretariato telefonico in tempo reale per la gestione delle chiamate effettuate da cittadini stranieri;
- l'accesso ai cittadini sordi via SMS;
- la centralizzazione della raccolta di tutte le chiamate di soccorso;

- la sicurezza e la tracciabilità della chiamata;
- la gratuità del servizio.

App “Where Are U”

E' una app per l'emergenza collegata alle Centrali Uniche di Risposta del NUE 112. Tale app permette di effettuare una chiamata di emergenza con il contestuale invio della posizione esatta del chiamante. Tale applicazione “dialoga” con il sistema informativo della Centrale Unica di Risposta NUE 112 permettendo una localizzazione puntuale anche nei casi in cui il chiamante non sa o non è in grado di fornire dati precisi sulla sua posizione.

L'app rileva la posizione tramite GPS e/o rete dati e la mostra sul telefono; al momento della chiamata la posizione viene trasmessa tramite rete dati o tramite SMS se la rete dati non è disponibile. Il doppio canale di trasmissione assicura sempre l'invio della posizione ogniqualvolta sia possibile effettuare una telefonata.

L'app consente inoltre di effettuare volontariamente una chiamata muta; con appositi pulsanti è possibile segnalare il tipo di soccorso richiesto.

Where ARE U è disponibile per smartphone iOS, Android e Windows Phone.

Il vantaggio nell'utilizzo della app sta nella possibilità di avere una localizzazione puntuale del chiamante. Per le chiamate ordinarie da telefono mobile infatti il NUE 112, tramite il CED Interforze del Ministero dell'Interno, riesce a conoscere un'area di probabilità in cui si trova l'utente che chiama con cellulare, ma non l'esatta posizione.

Sistema E-Call

La Direttiva 2010/40/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 7 luglio 2010 prevede la predisposizione armonizzata in tutto il territorio dell'Unione Europea di un servizio elettronico di chiamata di emergenza interoperabile denominato e-Call.

In caso di incidente stradale, il sistema e-Call, installato sul veicolo dalla casa automobilistica, contatterà automaticamente la Centrale Unica di Risposta e invierà le informazioni relative alla vettura coinvolta, inclusa l'esatta localizzazione. Contestualmente, il sistema consentirà agli occupanti della vettura, anche qualora incoscienti, un collegamento automatico con la CUR che valuterà il tipo di soccorso da prestare.



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

**Procedura utilizzo terminale di bordo e sistema radio
118 Firenze-Prato**

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	1 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

Dipartimento di Emergenza Urgenza			
Struttura Organizzativa Complessa Multidisciplinare Emergenza Sanitaria 118 Firenze Soccorso ed Elisoccorso			
Data	Responsabile Redazione	Responsabile Convalida	Persona o Organismo che approva
15 Dicembre 2015	Stefano Mangani Lorenzo Selvi	Claudio Becorpi Simona Casini Massimo Cipriani Giovanni Del Sorbo Giorgio Giuliani Susanna Pagliai Lidia Piccini Paolo Pratesi Mario Rugna	Lucia De Vito
Sintesi delle modifiche apportate:			
I Responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura.			

Finalità

Definire il manuale d'uso dei Tablet di bordo, installati sui mezzi di soccorso in stand by per attività di emergenza sanitaria territoriale e le istruzioni operative per gli equipaggi.

Applicabilità

A tutto il personale che opera nella *Struttura Organizzativa Complessa 118 ed Elisoccorso*.

Oggetto e modalità operative

Il Tablet di bordo con navigatore integrato è un presidio informatico che permette le comunicazioni in tempo reale tra la Centrale Operativa 118 ed i mezzi terrestri di soccorso sanitario dotati di tale dispositivo.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	2 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				



Il Tablet di bordo permette la trasmissione, dalla Centrale Operativa 118 ai mezzi di soccorso attivati per ogni singola missione di soccorso, delle seguenti informazioni:

- destinazione mezzo di soccorso: localizzazione evento (target) oppure localizzazione rendez-vous;
- notizie sanitarie acquisite nel corso dell'intervista telefonica;
- topografia e note strada come registrate nella banca dati di centrale operativa;
- logistiche e tecniche, altri mezzi di soccorso e/o enti attivati per quell'emergenza;
- messaggi di annullamento missione;
- coordinate del luogo di intervento (utilizzabili dal navigatore stradale integrato).

Il Tablet di bordo permette inoltre la trasmissione dai singoli mezzi di soccorso verso la centrale operativa 118 delle seguenti informazioni:

- orari e stati di avanzamento della missione (secondo normativa vigente);
- posizione GPS del mezzo.

Il t Tablet di bordo è ancorato al cruscotto del mezzo di soccorso mediante una staffa,



ed è vincolato alla stessa da un galletto e un lucchetto.

**COMPUTER DI BORDO
MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE**



Per bloccare il tablet alla staffa è necessario mettere 4 rondelle (2 tra tablet e staffa e 2 tra staffa e galletto).



Sulla destra dello stesso è presente l'attacco mini-usb

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	4 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				



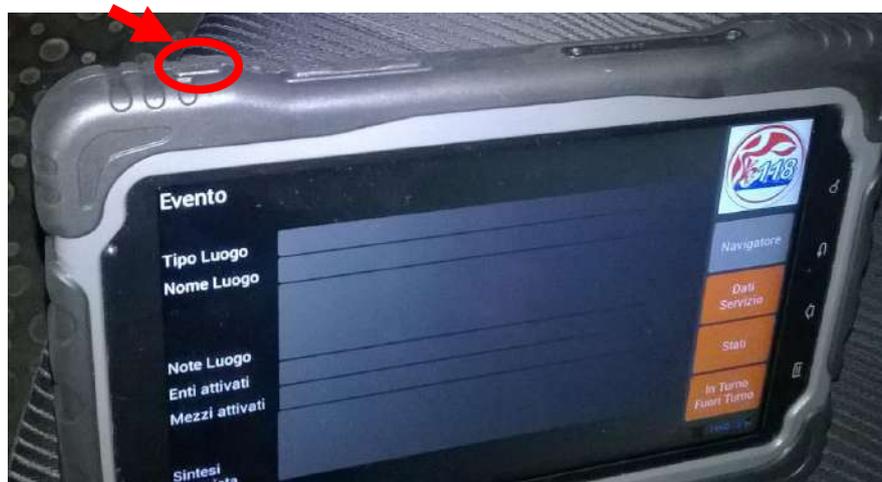
a cui va collegato il cavo di alimentazione elettrica presente sul mezzo di soccorso



	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	5 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

ACCENSIONE

L'interruttore per spegnere e accendere il Tablet di bordo è posto nell'angolo superiore sinistro del dispositivo, una leggera pressione permette l'accensione del dispositivo.



Il Tablet di bordo deve restare sempre acceso, indipendentemente dal fatto che il mezzo sia operativo o meno, in turno di stand-by o in turno di disponibilità estemporanea extra stand-by.

Ogni 48 ore (di regola verso le ore 09,00 dei giorni dispari) **deve essere spento e riacceso per effettuare un riavvio del sistema operativo e permettere il reset della memoria.**

ISTRUZIONI OPERATIVE

TOUCH SCREEN

Tutti gli comandi sono presentati sullo schermo in forma di bottone touch-screen e sono attivabili mediante una leggera pressione del dito sul bottone stesso.

Sono disponibili 4 schermate visualizzabili sul display del Tablet di bordo dopo pressione del corrispondente bottone:

- Navigatore (abilitato solo in caso di missione)
- Dati servizio
- Stati
- In turno / Fuori turno

Nella parte destra dello schermo rimangono sempre visualizzati i 4 bottoni di accesso alle schermate.

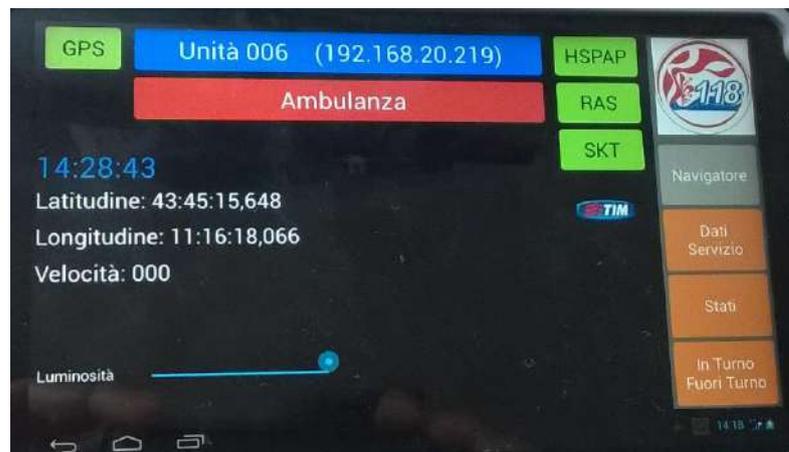
	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	6 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				



CONNESSIONE AL SERVER DI CENTRALE OPERATIVA

Dopo l'accensione e l'avvio del sistema operativo si realizza in automatico la connessione al server di centrale operativa del Tablet di bordo, se questo si trova in un'area coperta da segnale di telefonia mobile (indicatore segnale HSPA Verde), il tutto avviene indipendentemente dalla ricezione del segnale GPS, quindi anche con indicatore segnale GPS Giallo.

L'avvenuta connessione al server di centrale del Tablet di bordo risulta segnalato dal colore verde assunto da tutti e 3 gli indicatori (HSPA + RAS + SKT).



	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	7 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

All'invio della prima missione nel box centrale verrà visualizzata SIGLA OPERATIVA e IP associati a quel computer di bordo.



TRASMISSIONE DATI DI MISSIONE

L'attivazione di un mezzo per una missione di soccorso avviene, di norma, mediante telefonata da parte della Centrale Operativa 118. Se il mezzo è in sede la telefonata viene inoltrata al numero di telefonia fissa. Se il mezzo si trova al di fuori della propria sede la comunicazione viene inoltrata al numero di telefonia mobile (cellulare di servizio) o via radio.

Contemporaneamente via GPRS viene effettuata la trasmissione dei dati di intervento sul Tablet di bordo .

L'arrivo di un "messaggio di attivazione" innesca un allarme acustico(differente a seconda del codice colore di attivazione), disattivabile premendo il simbolo del 118 (lampeggiante) in alto a destra.

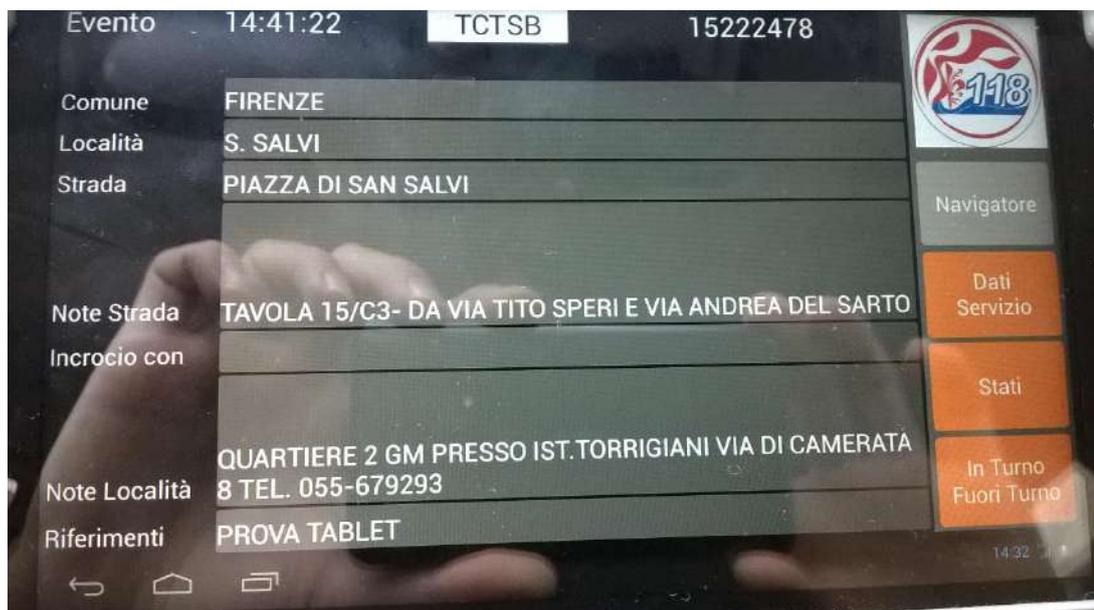


Il Tablet di bordo si posiziona in automatico sulla schermata "**Dati servizio**". Questa visualizzerà i seguenti campi:

- Ora di attivazione;
- Codifica missione – Giudizio di sintesi (secondo DM 15 Maggio 1992);
- Numero progressivo della missione;
- Comune;
- Località;
- Strada ed eventuale numero civico;

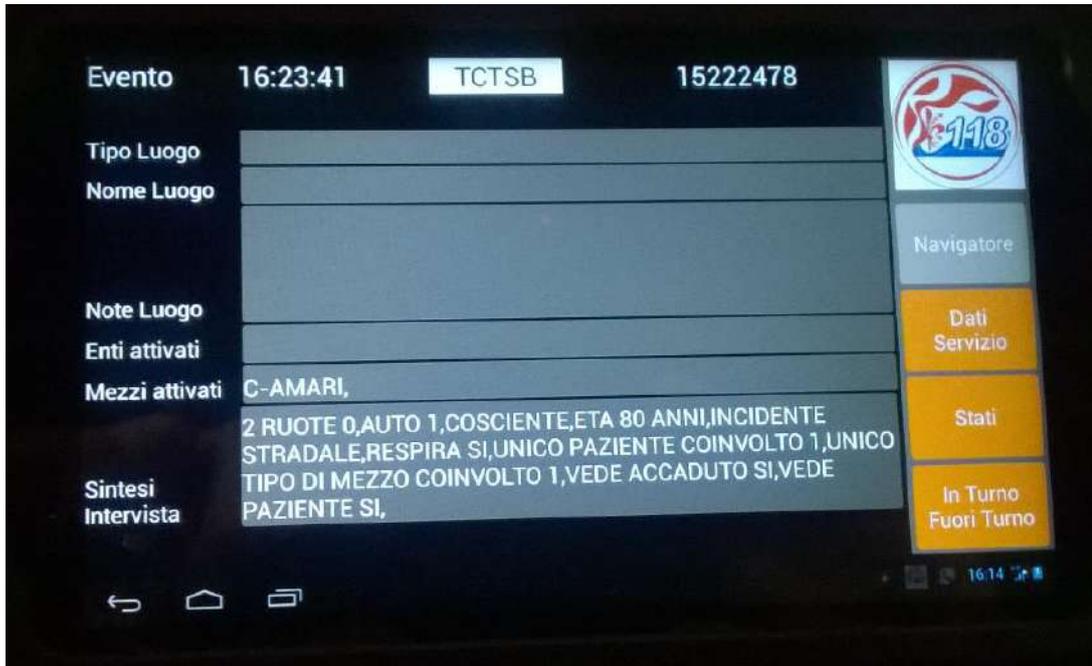
	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	8 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

- Note Strada: note relative alla strada oggetto dell'intervento (dati registrati nella banca dati del software di Centrale Operativa 118);
- Incrocio con (eventuale): se sul software di Centrale Operativa 118 è stata definita una seconda strada che incrocia la strada definita come target della missione;
- Note località: dati registrati nella banca dati del software di Centrale Operativa 118;
- Riferimenti: es. cognome sul campanello e/o altre informazioni reputate utili per l'individuazione del target;
- Tipo Luogo (dati registrati nella banca dati del software di Centrale Operativa 118: tipo ospedale, centro commerciale, stabilimento, punti di RV cantieri, casa di riposo, ecc.);
- Nome del luogo (dati registrati nella banca dati del software di Centrale Operativa 118: es. "casa di riposo" "la chiocciola");
- Note Luogo: note relative allo specifico luogo. Di particolare importanza è evidenziare che in questo campo si possono visualizzare istruzioni specifiche presenti in eventuali piani di emergenza in vigore
- Enti non sanitari attivati o informati dell'evento
- Altri mezzi 118 attivati per quella missione
- Sintesi dei dati raccolti durante l'intervista sanitaria col chiamante

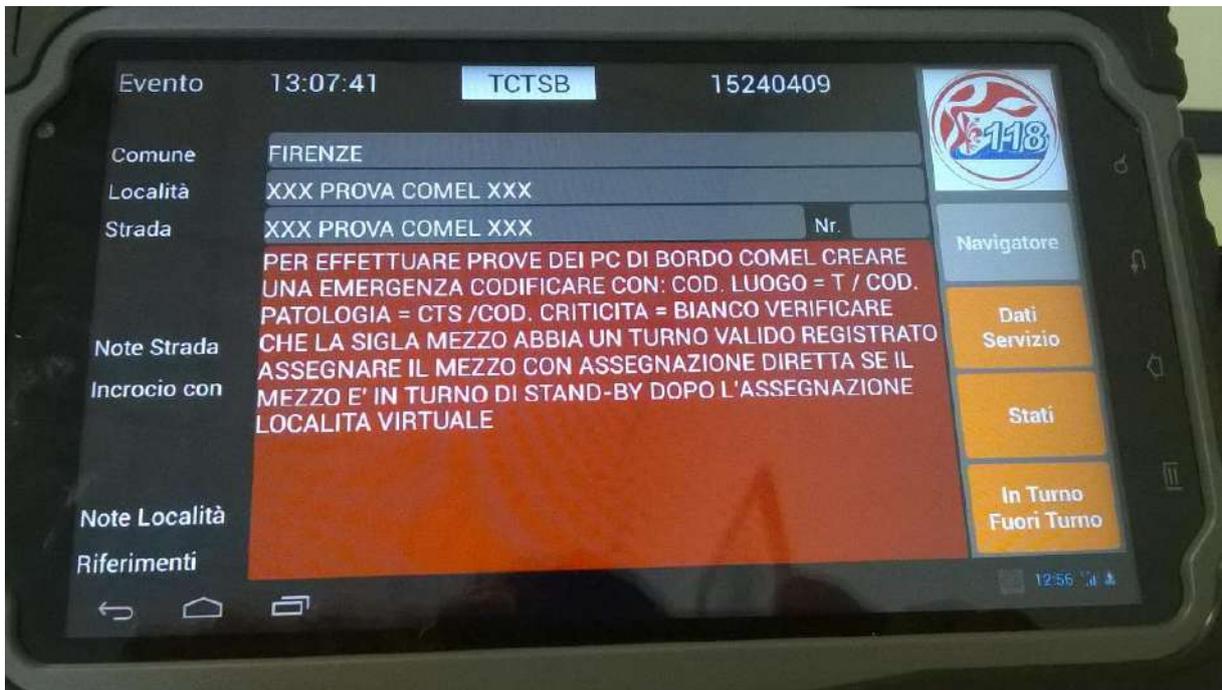


Titolo	Codice	Revisione	Pagina
LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	9 di 18

**TABLET DI BORDO
MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE**



Se un campo dati è troppo piccolo per contenere tutte le informazioni, basta toccarlo A LUNGO per raddoppiare lo spazio. Il campo diventa rosso scuro.



	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	10 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

INIZIO INTERVENTO DI SOCCORSO

Una volta visualizzati i dati di missione, l'equipaggio quindi provvederà tempestivamente a:

trasmettere alla Centrale Operativa la comunicazione di inizio missione, premendo il tasto "In partenza" (vedere paragrafo "TRASMISSIONE STATI OPERATIVI");

comunicare alla Centrale Operativa via telefono cellulare:

- Sigla del mezzo
- In partenza per (codice intervento)
- Nome del Comune
- Nome della strada

N.B.: la comunicazione telefonica con la Centrale Operativa è indispensabile per la verifica della correttezza della trasmissione e ricezione dei dati trasmessi

TRASMISSIONE STATI OPERATIVI

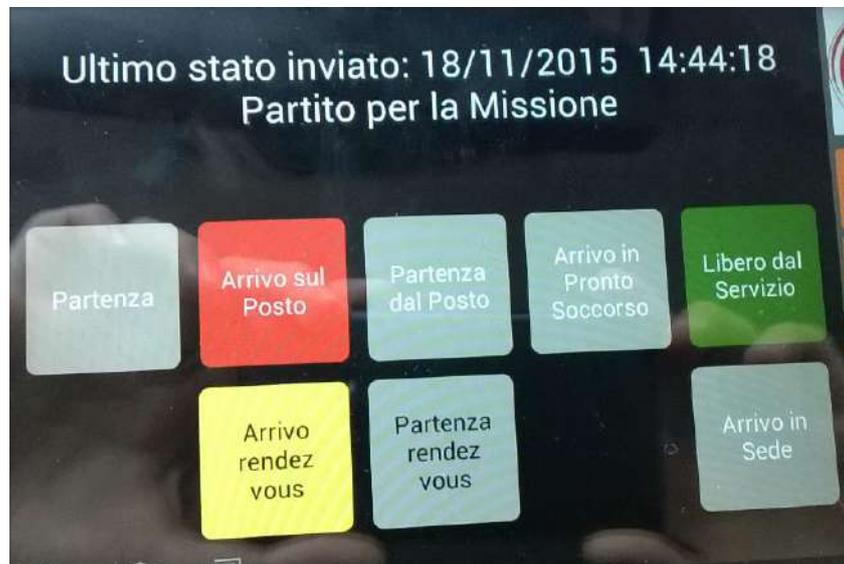
Mediante il Tablet di bordo è possibile la registrazione degli stati operativi direttamente sul terminale e la simultanea trasmissione alla Centrale Operativa qualora il tablet di bordo sia connesso e si trovi in un'area coperta da segnale GSM; in assenza di copertura GSM l'orario viene registrato sul terminale e la trasmissione avverrà al ripristino della copertura GPRS.

La registrazione degli orari degli stati operativi dei mezzi di soccorso è un obbligo previsto dalla normativa vigente.

Nel Tablet di bordo i comandi per la trasmissione degli stati operativi del mezzo sono raggruppati nella schermata denominata "Stati". L'accesso a tale schermata avviene dal comando "Stati".

Nella parte in alto della schermata "Stati" viene visualizzato l'orario dell'ultimo stato registrato sul Tablet di bordo.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	11 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				



- Partenza (inizio missione);
- Arrivo sul posto (luogo intervento);
- Arrivo rendez vous (quando è definito dalla centrale l'incontro con altro mezzo di soccorso in un luogo diverso dal luogo dell'intervento)
- Partenza dal posto (da luogo intervento verso ospedale)
- Partenza da rendez vous (quando un mezzo inizia il trasporto del paziente dopo averlo prelevato da un altro mezzo di soccorso in luogo diverso dal luogo dell'intervento)
- Arrivo in Pronto Soccorso/Ospedale di destinazione
- Libero dal servizio (fine missione)
- Arrivo in sede.

Si ricorda che i bottoni di trasmissione si attivano e si disabilitano in maniera logica; quindi non è possibile passare da uno stato a quello precedentemente trasmesso (ad esempio dopo che è stato trasmesso lo stato "Arrivo sul posto" sarà impossibile trasmettere il messaggio "Partenza").

Sequenza di trasmissione di uno stato operativo.

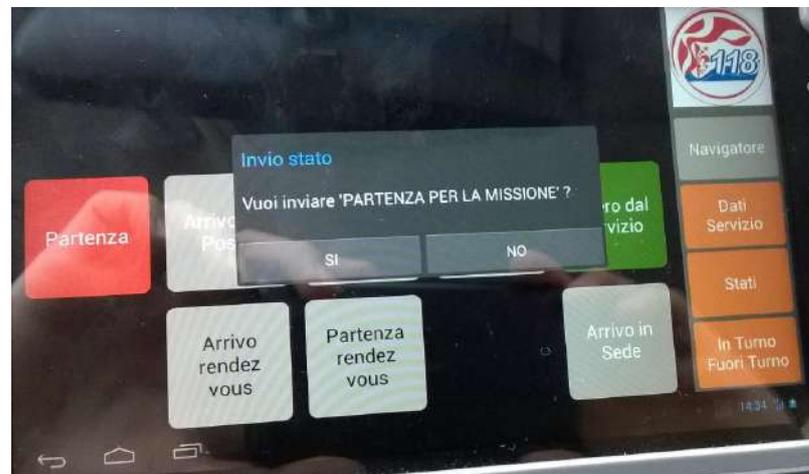
- 1 - Accedere alla schermata "Stati"
- 2 - Premere il bottone corrispondente allo stato operativo appropriato

Sullo schermo compare la richiesta di conferma invio trasmissione con 2 tasti di scelta:

NO: premendo questo bottone non verrà trasmesso alcun messaggio e si tornerà alla schermata "Stati"

SI: premendo il bottone SI il messaggio di stato operativo verrà registrato e trasmesso alla Centrale Operativa.

 Servizio Sanitario della Toscana	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	11 di 18
COMPUTER DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				



L'avvenuta registrazione sul terminale di bordo sarà evidenziata:

- dall'abilitazione dei bottoni successivi a tale stato
 - dalla variazione della barra che indica orario ed ultimo messaggio registrato dal Computer di bordo.
- L'avvenuta trasmissione alla Centrale sarà evidenziata da un singolo avviso sonoro ("ping" di risposta).

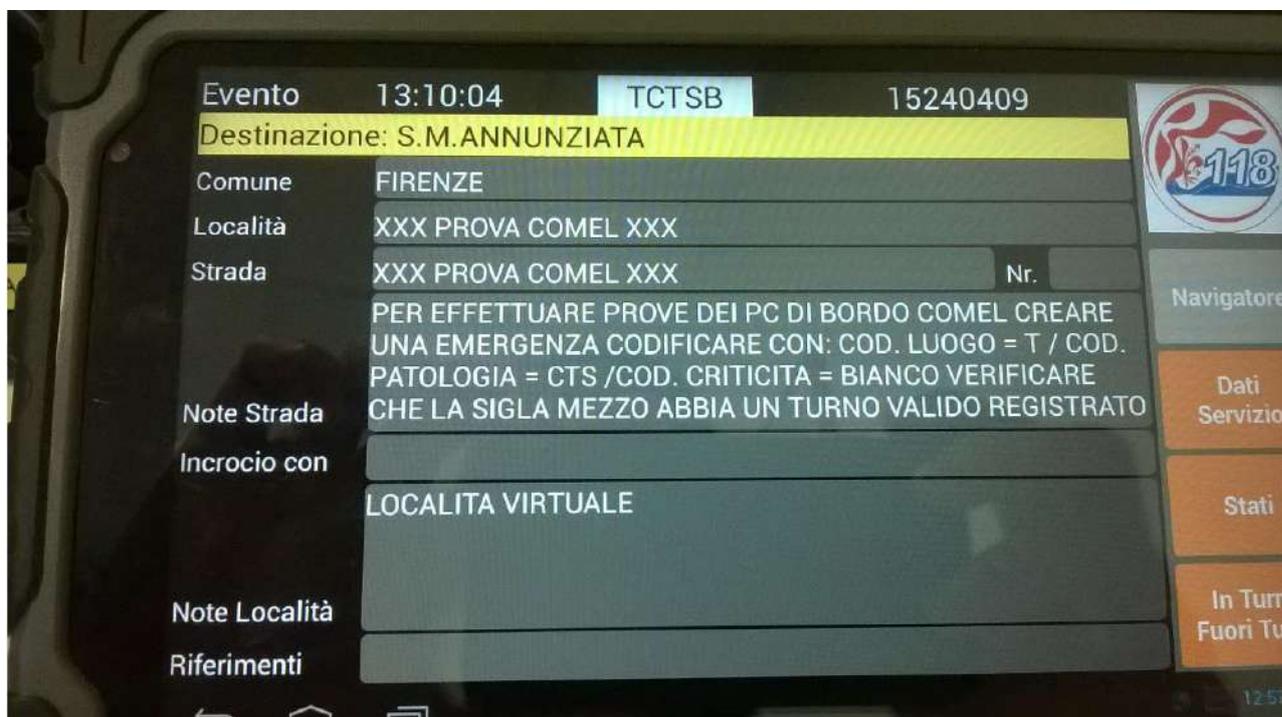
N.B. : In caso di assenza del "ping" di risposta da parte del server di centrale operativa entro 5 secondi dall'invio comunicare il messaggio a voce contattando la Centrale 118 mediante cellulare di servizio oppure mediante radio. Anche se il dato non viene immediatamente trasmesso, lo stesso viene comunque registrato sul Computer di bordo e ritrasmesso automaticamente al ripristino della connessione.

Si ricorda che prima di iniziare il trasporto verso l'ospedale l'equipaggio deve sempre chiamare la Centrale 118 mediante cellulare di servizio per comunicare le condizioni del paziente e ricevere l'indicazione dell'ospedale di destinazione.

INDICAZIONE OSPEDALE DESTINAZIONE

Dopo la trasmissione dello stato di **"Partenza dal posto"** e appena dalla centrale 118 viene assegnato al paziente trasportato da quel mezzo l'ospedale di destinazione il Tablet di bordo lo mostra sulla schermata **"Dati Servizio"**:

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	12 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				



Alla ricezione dell'ospedale si attiva il bottone di Navigatore che **permette di utilizzare la modalità "Navigazione assistita" (vedi di seguito) fino all'ospedale**

AGGIORNAMENTO / MODIFICA DATI MISSIONE

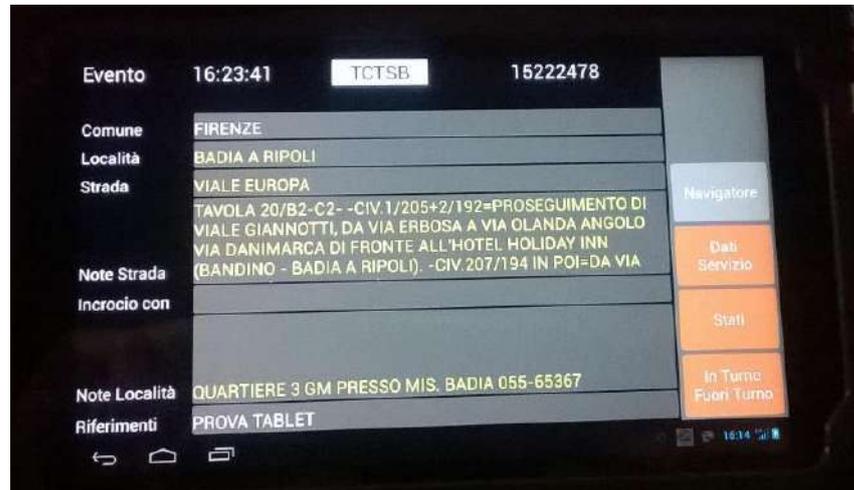
Successivamente alla "trasmissione di attivazione" dalla Centrale Operativa 118 è possibile trasmettere ai Tablet di bordo modifiche ai dati già trasmessi oppure integrare le informazioni trasmesse con ulteriori dati registrati successivamente all'attivazione del mezzo qualora questo si trovi in un'area in cui sia presente copertura di segnale GPRS.

Ogni trasmissione di aggiornamento e modifica dei dati di missione sovrascrive i dati precedentemente trasmessi.

L'arrivo di una trasmissione di aggiornamento e modifica dei dati di missione posiziona in automatico il terminale sulla schermata "**Dati servizio**" e viene segnalato all'equipaggio mediante l'attivazione di un

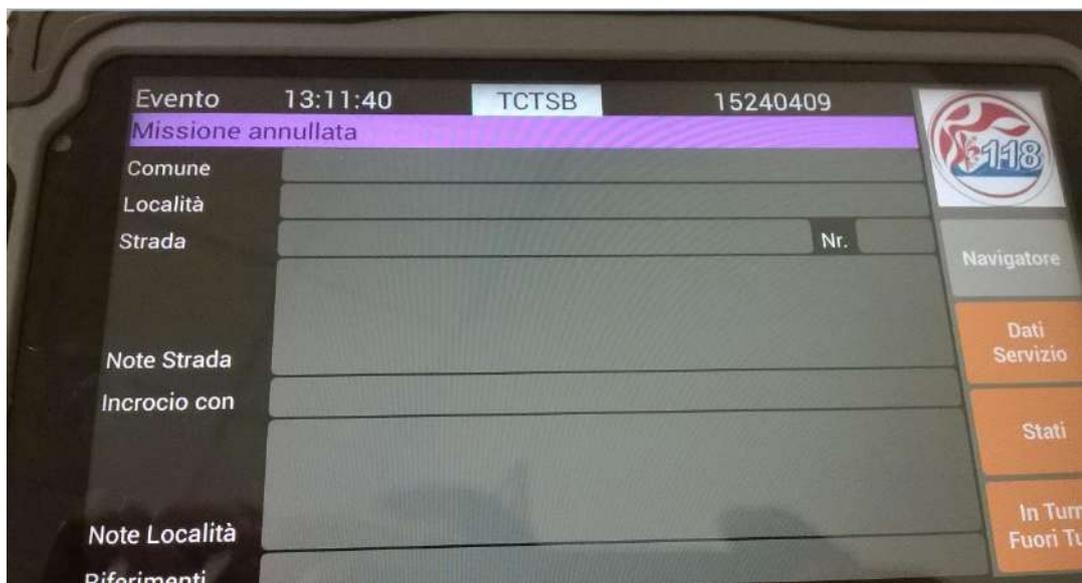
	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	13 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

avviso sonoro ("aggiornamento missione"). L'avviso sonoro è disattivabile premendo il logo del 118 lampeggiante in alto a destra. I campi oggetti di aggiornamento o modifica vengono presentati di colore giallo.



ANNULLAMENTO MISSIONE

L'arrivo della comunicazione "**Missione Annullata**" sul Tablet di bordo viene segnalato all'equipaggio mediante l'attivazione di un avviso sonoro e posiziona il Tablet di bordo su una schermata dedicata. L'avviso sonoro è disattivabile premendo il bottone "**Conferma**".



	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	14 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

Di norma la trasmissione al Tablet di bordo del messaggio di “missione annullata” da parte della Centrale 118 è preceduto da una comunicazione telefonica sul cellulare di servizio in dotazione al mezzo. In caso di ricezione di messaggio “Missione Annullata” senza alcuna comunicazione telefonica in fonìa da parte della Centrale 118 l'equipaggio deve:

Contattare la centrale operativa 118

Identificarsi con la sigla operativa del mezzo

Chiedere conferma dell'annullamento missione ed attenersi alle eventuali istruzioni comunicate al momento.

NB: la comunicazione telefonica con la Centrale Operativa è indispensabile per minimizzare gli effetti di possibili errori di trasmissione di tale messaggio.

NAVIGATORE STRADALE INTEGRATO NEL COMPUTER DI BORDO.

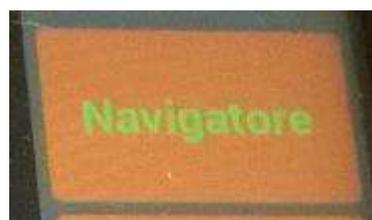
Il Tablet di bordo è dotato di un navigatore stradale integrato. La schermata, denominata “Navigatore” è accessibile dopo l’attivazione per una missione e solo finchè non è stato trasmesso lo stato di "Arrivo sul Posto".

Uso del navigatore con mezzo attivato per missione.

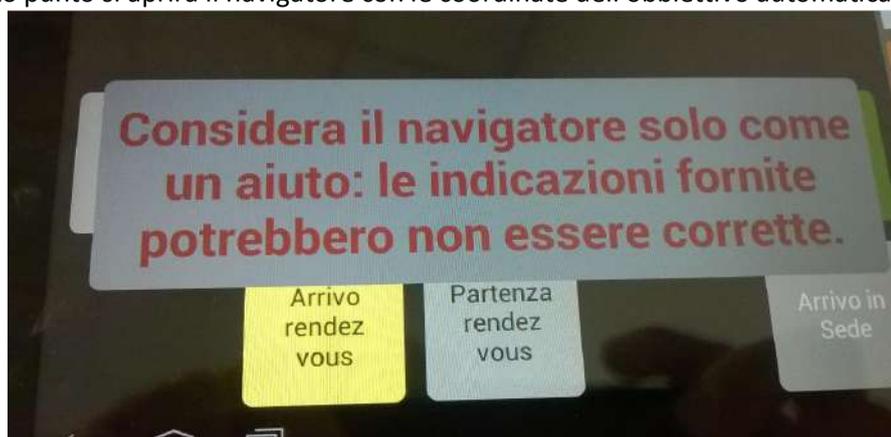
Quando viene effettuata la trasmissione dei dati di attivazione da parte della Centrale Operativa vengono inviate al Tablet di bordo anche le coordinate GPS (derivate dal software cartografico di Centrale Operativa) che vengono utilizzate come “punto di arrivo” per il navigatore integrato nel Computer di bordo.

Ricevuta una trasmissione dati di attivazione il Tablet si posiziona in automatico sulla schermata “Dati servizio”.

Per avviare la navigazione assistita premere il bottone "Navigatore"



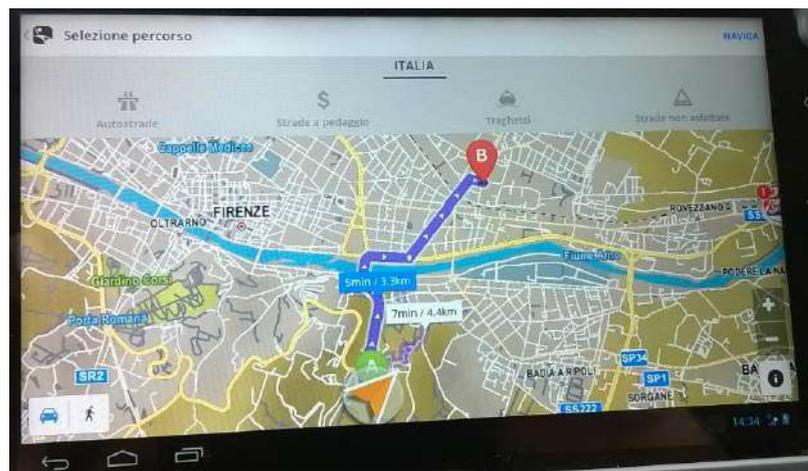
A questo punto si aprirà il navigatore con le coordinate dell'obbiettivo automaticamente inserite.



	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	15 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				



All'avvio viene presentato il percorso proposto dal software come percorso ottimale:



	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	16 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

Per avviare la navigazione basta iniziare a muoversi con il veicolo o si può premere il tasto "Naviga" in alto a destra.



Indipendentemente dall'attivazione della modalità "navigazione assistita", l'operatore può accedere liberamente alle varie schermate "Dati servizio" o "Stati" qualora debba trasmettere uno stato operativo oppure voglia ricontrollare i dati di missione.

N.B. : si ricorda che il software di navigazione è un ausilio alla condotta del veicolo e non un sistema di pilotaggio automatico al quale affidarsi in maniera acritica. L'impiego di tale ausilio non può e non deve sostituire la conoscenza del territorio e l'esperienza sia del conducente che degli altri componenti l'equipaggio.

Attendibilità informazioni per "navigazione assistita".

La corretta rappresentazione della posizione del luogo di intervento (target) dipende dal riscontro tra i dati presenti nel sistema cartografico integrato nel software di centrale e trasmessi al Computer di bordo e i dati geografici presenti nella cartografia utilizzata dal navigatore integrato nel Computer di bordo. L'operazione avviene in automatico.

Il colore del testo del bottone "**Navigatore**" indica la qualità del dato:

tasto verde = dato attendibile: riscontro dati valido fino al livello tratto di strada che include il numero civico o l'incrocio. La localizzazione del luogo di intervento può essere considerata attendibile.

tasto giallo = dato approssimato: riscontro dati valido fino al livello della strada. La localizzazione del luogo di intervento può essere considerata approssimata: il punto di arrivo viene identificato con la metà della lunghezza della strada stessa. ***In caso di strade lunghe potrebbero verificarsi discrepanze sensibili tra il punto di arrivo proposto dal navigatore e la posizione reale dell'obiettivo della missione.***

tasto grigio = dato non valido: mancato riscontro dati stradali. Non permette di attivare la navigazione assistita.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	17 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

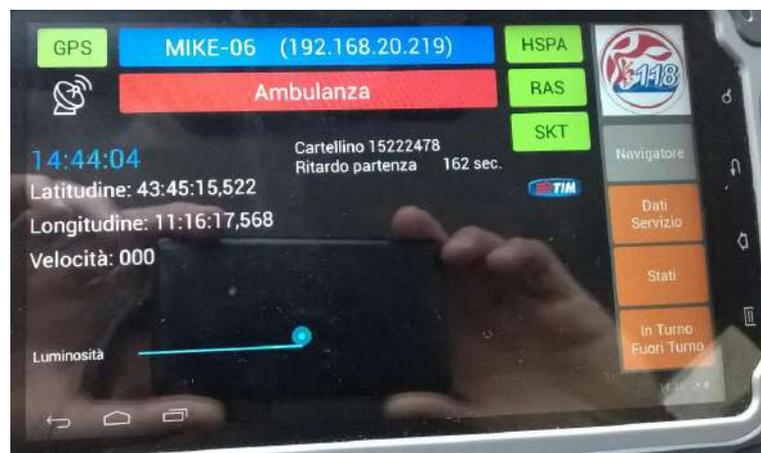
N.B.

Durante le missioni di soccorso è necessario che quanto prima l'equipaggio contatti telefonicamente la Centrale 118 qualora:

- riscontri incongruenze nei dati di missione,
- manifesti dubbi sulla localizzazione dell'obiettivo,
- incontri problemi per il raggiungimento del luogo di intervento.

VERIFICA CONNETTIVITA' DEL COMPUTER DI BORDO (Schermata In turno / Fuori turno)

La schermata "In turno / Fuori turno" visualizza lo stato dei vari apparati necessari per la connettività del terminale.



Lo stato di ogni componente viene rappresentato dai LED visualizzati in questa schermata:

- “HSPA” campo rete telefonia mobile (segnale GPRS).
- “RAS” banda connessione Internet (possibile solo in presenza di segnale GPRS).
- “SKT” connessione al server di centrale operativa (possibile solo con RAS attivo).
- “GPS” ricezione segnale dai satelliti GPS per determinare la posizione del veicolo.

Il colore della casella indica la qualità della funzione o della ricezione del relativo segnale:

- ROSSO = guasto/non funzionante
- GIALLO = in corso di accensione
- VERDE = acceso e funzionante
- AZZURRO = mancanza di SIM o non riconoscimento dell'unità GPS

La presenza di uno o più indicatori di colore diverso da verde comporta l'impossibilità di trasmettere i dati in tempo reale al server di centrale operativa. Tale situazione viene evidenziata anche dal mancato segnale acustico ("ping" di risposta dal server della centrale) da parte del Tablet di bordo in conseguenza del tentativo di trasmissione di uno stato operativo. Il dato non trasmesso viene comunque registrato sul Tablet di bordo e ritrasmesso automaticamente al ripristino della connessione.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.3.1.2	0	18 di 18
TABLET DI BORDO MANUALE D'USO E ISTRUZIONI OPERATIVE				

Al centro della schermata vengono anche visualizzate le coordinate GPS della posizione in cui il mezzo si trova in quel momento. Si ricorda che il dato non è da considerarsi attendibile qualora il LED GPS non fosse verde.

AGGIORNAMENTI SOFTWARE COMPUTER DI BORDO

In caso di aggiornamenti software del terminale ricevuti dal server di Centrale Operativa compare la seguente schermata.

Bisogna dare conferma per l'installazione dell'aggiornamento.

Gli indicatori “GSM”, “RAS” e “SKT” non sono di colore verde:

verificare che il mezzo si trovi in una zona libera da ostacoli verticali (eventualmente spostarlo).

Se gli indicatori non diventano verdi entro 5 minuti: fare un riavvio del Tablet (spegnere e riaccendere l'apparato con l'interruttore nero)

Se, dopo il riavvio, il problema permane: telefonare alla Centrale Operativa per attivare l'assistenza tecnica.

RADIO PORTATILI 118 FIRENZE MOTOROLA DP4801





UTILIZZO SISTEMA RADIO:

Il sistema radio va utilizzato in caso di impossibilità alle comunicazioni operative via cellulare in dotazione.

Tutte le comunicazioni radio con la centrale operativa sono soggette a registrazione.



- Per le Ambulanze di Primo Soccorso, Ambulanze di Soccorso e Rianimazione con Medico o Infermiere l'apparato radio portatile, **acceso** ed in perfetta efficienza, dovrà essere "**indossato**" dal soccorritore volontario identificato dall'Associazione come il responsabile delle comunicazioni telefoniche e radio per ciascun turno, sia per quanto attiene il contenuto sia per quanto riguarda l'eventuale omissione delle comunicazioni operative previste. Spetta al personale sanitario 118, eventualmente presente nell'equipaggio di soccorso, verificare che siano state inoltrate alla Centrale Operativa 118 tutte le comunicazioni obbligatorie (D.M. 15 maggio 1992) e le informazioni ritenute necessarie ai fini dell'ottimale espletamento delle missioni di soccorso assegnate
- Per le Automediche l'apparato radio portatile, **acceso** ed in perfetta efficienza, dovrà essere "**indossato**" dall'Infermiere.



DIRETTIVE UTILIZZO SISTEMA RADIO:

- Prima di comunicare, avere già chiaro in mente ciò che occorre trasmettere (Cosa stai per dire?)
- Accertarsi che nessuno stia già comunicando (E' molto importante: in caso contrario interromperai la trasmissione di qualcun altro)
- Portare la radio a circa 10 cm alla bocca
- Attendere un secondo circa tra la pressione del PTT (push to talk = pulsante per parlare) e l'inizio della comunicazione così come è necessario attendere un secondo circa tra la fine della comunicazione ed il rilascio del PTT stesso;
- **Dopo l'invio della selettiva** dal radiotelefono palmare verso la centrale operativa attendere la risposta "**Avanti per**" seguita dalla propria sigla Operativa per iniziare la comunicazione (es. "*Avanti per Delta zero uno*"): le reti radio analogiche consentono infatti un'unica conversazione per volta;



- Per fare una domanda concludere la frase con la parola "**Interrogativo**";
- Per alternarsi nelle comunicazioni utilizzare il termine: "**Cambio**";
- Per terminare una comunicazione usare "**Chiudo**";
- I numeri devono essere comunicati scandendo le singole cifre (es. *"sei due barra uno" invece di "sessantadue barra uno" oppure "Delta uno due" al posto di "Delta dodici"*)
- Le parole difficili vanno scandite, lettera per lettera, utilizzando l'alfabeto fonetico "ICAO" (vedi oltre)
- Accertarsi sempre che le informazioni trasmesse siano state ricevute e comprese, attendendo la comunicazione di "Ricevuto";
- **NON** afferrare le radio per l'antenna.



CHIAMATE DA E PER LA CENTRALE OPERATIVA

Quando **chiamato in selettiva** dalla centrale, il radiotelefono palmare emette un suono intermittente che cessa con la pressione del PTT (push to talk = pulsante per parlare).

Per chiamare la Centrale Operativa, l'invio della selettiva dal radiotelefono palmare verso la centrale avviene premendo per almeno 2 secondi l'apposito tasto: attendere la dizione "Avanti" seguita dalla sigla Operativa del mezzo autorizzato a comunicare via radio per iniziare la comunicazione.

Quando la radio non viene usata per evitare la pressione dei tasti va attivato il blocco tasti (va premuto il tasto corrispondente per almeno 3 sec



Alfabeto Fonetico ICAO

A	Alpha	N	November
B	Bravo	O	Oscar
C	Charlie	P	Papa
D	Delta	Q	Quebec
E	Echo	R	Romeo
F	Foxtrot	S	Sierra
G	Golf	T	Tango
H	Hotel	U	Uniform
I	India	V	Victor
J	Juliet	W	Whiskey
K	Kilo	X	X-ray
L	Lima	Y	Yankee
M	Mike	Z	Zulu



TERMINI CONVENZIONALI DI UTILIZZO

DA... (seguito dalla propria sigla)	Si utilizza per qualificarsi
AVANTI PER... (seguito dalla sigla operativa del chiamante)	Indica l'autorizzazione alla comunicazione
PASSO (termine alternativo CAMBIO)	Indica la fine della comunicazione e cede la comunicazione all'interlocutore.
RICEVUTO (termini alternativi: ROGER, COPIATO)	Indica la corretta ricezione del messaggio
TORNA AVANTI, NON HO COPIATO	Indica che non si è compreso il messaggio
RIPETO	Si utilizza quando si ripete lo stesso messaggio
CONFERMO	Si
NEGATIVO	No. Deve essere seguito dalla comunicazione corretta
INTERROGATIVO (termine alternativo DOMANDO)	Si utilizza alla fine della comunicazione per indicare che si sta facendo una domanda
ATTENDERE	Per sospendere temporaneamente una comunicazione
RICEVO X SU 5	Si utilizza per indicare all'interlocutore il grado di comprensione della comunicazione radio, sostituendo alla X un numero compreso tra 1 (comunicazione impossibile) a 5 (ricezione perfetta)

FUNZIONAMENTO RADIO PORTATILE MOTOROLA DP4801



La radio per parlare con il 118 deve stare sul **Ch 5**



TIPOLOGIA	SIGLA RADIO
Centrale Operativa 118	118
Automedica	Mike
Ambulanza Medicalizzata	Alpha
Ambulanza Infermieristica	India
Ambulanza BLSD (Convenzione)	Delta
Maxi Emergenze	Maxi

RICARICA BATTERIA RADIO:



NON va tenuta costantemente in carica ma solo quando il livello di carica scende **sotto il 50%**.



INDICATORE DI CARICA	DESCRIZIONE
Verde lampeggiante una sola volta	Accensione corretta del caricatore
Rossa	La batteria è nella modalità caricamento rapido
Verde lampeggiante	Il ciclo di carica rapida è stato completato (> 90%), si passa a carica di mantenimento
Verde	Batteria carica
Arancione lampeggiante	Batteria in attesa di essere caricata
Rosso lampeggiante	La Batteria non può essere caricata o non ha un buon contatto con il caricatore
Arancione	Batteria in ricondizionamento (ci vorranno 8 ore)
Rosso e verde lampeggiante	Batteria vicina alla fine del ciclo di vita

RIMOZIONE BATTERIA:

Per rimuovere la batteria della radio utilizzare la linguetta nella parte inferiore, la batteria ha un inserimento a slitta



CONFIGURAZIONE OPERATIVA:





CHECKLIST SISTEMA RADIO:

- Verificare la presenza dei seguenti componenti:
 1. Radio portatile
 2. Carica batterie
 3. Custodia protettiva
 4. Laccio per tracolla
- Verificare il livello di carica della radio
- La centrale operativa eseguirà quotidianamente prove radio di connettività verso tutte le radio portatili



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

**Nozioni di guida in sicurezza dei mezzi di soccorso e
norme del codice della strada relative alla
conduzione dei veicoli di emergenza e soccorso**

Codice della Strada - Decreto Legislativo 285/1992

Art. 1.

(Principi generali).

1. La sicurezza delle persone, nella circolazione stradale, rientra tra le finalita' primarie di ordine sociale ed economico perseguite dallo Stato.

[OMISSIS]

Art. 140.

Principio informatore della circolazione

1. Gli utenti della strada devono comportarsi in modo da non costituire pericolo o intralcio per la circolazione ed in modo che sia in ogni caso salvaguardata la sicurezza stradale.

2. I singoli comportamenti, oltre quanto gia' previsto nei precedenti titoli, sono fissati dalle norme che seguono.

Art. 141.

Velocita'

1. E' obbligo del conducente regolare la velocita' del veicolo in modo che, avuto riguardo alle caratteristiche, allo stato ed al carico del veicolo stesso, alle caratteristiche e alle condizioni della strada e del traffico e ad ogni altra circostanza di qualsiasi natura, sia evitato ogni pericolo per la sicurezza delle persone e delle cose ed ogni altra causa di disordine per la circolazione.
2. Il conducente deve sempre conservare il controllo del proprio veicolo ed essere in grado di compiere tutte le manovre necessarie in condizione di sicurezza, specialmente l'arresto tempestivo del veicolo entro i limiti del suo campo di visibilita' e dinanzi a qualsiasi ostacolo prevedibile.
3. In particolare, il conducente deve regolare la velocita' nei tratti di strada a visibilita' limitata, nelle curve, in prossimita' delle intersezioni e delle scuole o di altri luoghi frequentati da fanciulli indicati dagli appositi segnali, nelle forti discese, nei passaggi stretti o ingombri, nelle ore notturne, nei casi di insufficiente visibilita' per condizioni atmosferiche o per altre cause, nell'attraversamento degli abitati o comunque nei tratti di strada fiancheggiati da edifici.
4. Il conducente deve, altresì, ridurre la velocita' e, occorrendo, anche fermarsi quando riesce malagevole l'incrocio con altri veicoli, in prossimita' degli attraversamenti pedonali e, in ogni caso, quando i pedoni che si trovino sul percorso tardino a scansarsi o diano segni di incertezza e quando, al suo avvicinarsi, gli animali che si trovino sulla strada diano segni di spavento.
5. Il conducente non deve gareggiare in velocita'.
6. Il conducente non deve circolare a velocita' talmente ridotta da costituire intralcio o pericolo per il normale flusso della circolazione.

[OMISSIS]

Art. 142

Limiti di velocita'

1. Ai fini della sicurezza della circolazione e della tutela della vita umana la velocita' massima non puo' superare i 130 km/h per le autostrade, i 110 km/h per le strade extraurbane principali, i 90 km/h per le strade extraurbane secondarie e per le strade extraurbane locali, ed i 50 km/h per le strade nei centri abitati, con la possibilita' di elevare tale limite fino ad un massimo di 70 km/h per le strade urbane le cui caratteristiche costruttive e funzionali lo consentano, previa installazione degli appositi segnali. Sulle autostrade a tre corsie piu' corsia di emergenza per ogni senso di marcia, dotate di apparecchiature debitamente omologate per il calcolo della velocita' media di percorrenza su tratti determinati, gli enti proprietari o concessionari possono elevare il limite massimo di velocita' fino a 150 km/h sulla base delle caratteristiche progettuali ed effettive del tracciato, previa installazione degli appositi segnali, sempreche' lo consentano l'intensita' del traffico, le condizioni atmosferiche prevalenti ed i dati di incidentalita' dell'ultimo quinquennio. In caso di precipitazioni atmosferiche di qualsiasi natura, la velocita' massima non puo' superare i 110 km/h per le autostrade ed i 90 km/h per le strade extraurbane principali.

[OMISSIS]

Art. 149.

Distanza di sicurezza tra veicoli

1. Durante la marcia i veicoli devono tenere, rispetto al veicolo che precede, una distanza di sicurezza tale che sia garantito in ogni caso l'arresto tempestivo e siano evitate collisioni con i veicoli che precedono.
2. Fuori dei centri abitati, quando sia stabilito un divieto di sorpasso solo per alcune categorie di veicoli, tra tali veicoli deve essere mantenuta una distanza non inferiore a 100 m. Questa disposizione non si osserva nei tratti di strada con due o piu' corsie per senso di marcia.
3. Quando siano in azione macchine sgombraneve o spargitrici, i veicoli devono procedere con la massima cautela. La distanza di sicurezza rispetto a tali macchine non deve essere comunque inferiore a 20 m. I veicoli che procedono in senso opposto sono tenuti, se necessario, ad arrestarsi al fine di non intralciarne il lavoro.

[OMISSIS]

Art. 176.

Comportamenti durante la circolazione sulle autostrade e sulle strade extraurbane principali

1. Sulle carreggiate, sulle rampe e sugli svincoli delle strade di cui all'art. 175, comma 1, e' vietato:

- a) invertire il senso di marcia e attraversare lo spartitraffico, anche all'altezza dei varchi, nonche' percorrere la carreggiata o parte di essa nel senso di marcia opposto a quello consentito;
- b) effettuare la retromarcia, anche sulle corsie per la sosta di emergenza, fatta eccezione per le manovre necessarie nelle aree di servizio o di parcheggio;
- c) circolare sulle corsie per la sosta di emergenza se non per arrestarsi o riprendere la marcia;
- d) circolare sulle corsie di variazione di velocita' se non per entrare o uscire dalla carreggiata.

2. E' fatto obbligo:

- a) di impegnare la corsia di accelerazione per immettersi sulla corsia di marcia, nonche' di dare la precedenza ai veicoli in circolazione su quest'ultima corsia;
- b) di impegnare tempestivamente, per uscire dalla carreggiata, la corsia di destra, immettendosi quindi nell'apposita corsia di decelerazione sin dal suo inizio;
- c) di segnalare tempestivamente nei modi indicati nell'art. 154 il cambiamento di corsia.

3. In occasione di arresto della circolazione per ingorghi o comunque per formazione di code, qualora la corsia per la sosta di emergenza manchi o sia occupata da veicoli in sosta di emergenza o non sia sufficiente alla circolazione dei veicoli di polizia e di soccorso, i veicoli che occupano la prima corsia di destra devono essere disposti il piu' vicino possibile alla striscia di sinistra.

4. In caso di ingorgo e' consentito transitare sulla corsia per la sosta di emergenza al solo fine di uscire dall'autostrada a partire dal cartello di preavviso di uscita posto a cinquecento metri dallo svincolo.

5. Sulle carreggiate, sulle rampe e sugli svincoli e' vietato sostare o solo fermarsi, fuorché in situazioni d'emergenza dovute a malessere degli occupanti del veicolo o ad inefficienza del veicolo medesimo; in tali casi, il veicolo deve essere portato nel piu' breve tempo possibile sulla corsia per la sosta di emergenza o, mancando questa, sulla prima piazzola nel senso di marcia, evitando comunque qualsiasi ingombro delle corsie di scorrimento.

6. La sosta d'emergenza non deve eccedere il tempo strettamente necessario per superare l'emergenza stessa e non deve, comunque, protrarsi oltre le tre ore. Decorso tale termine il veicolo puo' essere rimosso coattivamente e si applicano le disposizioni di cui all'art. 175, comma 10.

7. Fermo restando il disposto dell'art. 162, durante la sosta e la fermata di notte, in caso di visibilita' limitata, devono sempre essere tenute accese le luci di posizione, nonche' gli altri dispositivi prescritti dall'art. 153, comma 5.

8. Qualora la natura del guasto renda impossibile spostare il veicolo sulla corsia per la sosta di emergenza o sulla piazzola d'emergenza, oppure allorche' il veicolo sia costretto a fermarsi su tratti privi di tali appositi spazi, deve essere collocato, posteriormente al veicolo e alla distanza di almeno 100 m dallo stesso, l'apposito segnale mobile. Lo stesso obbligo incombe al conducente durante la sosta sulla banchina di emergenza, di notte o in ogni altro caso di limitata visibilita', qualora siano inefficienti le luci di posizione.

9. Nelle autostrade con carreggiate a tre o piu' corsie, salvo diversa segnalazione, e' vietato ai conducenti di veicoli adibiti al trasporto merci, la cui massa a pieno carico supera le 5 t, ed ai conducenti di veicoli o complessi veicolari di lunghezza totale superiore ai 7 m di impegnare altre corsie all'infuori delle due piu' vicine al bordo destro della carreggiata.

10. Fermo restando quando disposto dall'art. 144 per la marcia per file parallele e' vietato affiancarsi ad altro veicolo nella stessa corsia.

[OMISSIS]

13. I conducenti di cui al comma 12, nell'effettuare le manovre, che devono essere eseguite con la massima prudenza e cautela, devono tenere in funzione sui veicoli il dispositivo supplementare di segnalazione visiva a luce gialla lampeggiante.

14. Sono esonerati dall'osservanza del divieto di effettuare le manovre di cui al comma 12 anche i conducenti degli autoveicoli e motoveicoli adibiti a servizi di polizia, antincendio e delle autoambulanze, che tengano in funzione il dispositivo supplementare di segnalazione visiva a luce blu lampeggiante.

15. Il personale in servizio sulle autostrade e loro pertinenze e' esonerato, in caso di effettive esigenze di servizio e con l'adozione di opportune cautele, dall'osservanza del divieto di circolazione per i pedoni.

[OMISSIS]

Art. 177.

Circolazione degli autoveicoli e dei motoveicoli adibiti a servizi di polizia o antincendio, di protezione civile e delle autoambulanze

1. L'uso del dispositivo acustico supplementare di allarme e, qualora i veicoli ne siano muniti, anche del dispositivo supplementare di segnalazione visiva a luce lampeggiante blu e' consentito ai conducenti degli autoveicoli e motoveicoli adibiti a servizi di polizia o antincendio e di protezione civile come individuati dal Ministero delle infrastrutture e dei trasporti su proposta del Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri, a quelli del Corpo nazionale soccorso alpino e speleologico del Club alpino italiano, nonche' degli organismi equivalenti, esistenti nella regione Valle d'Aosta e nelle province autonome di Trento e di Bolzano a quelli delle autoambulanze e veicoli assimilati adibiti al trasporto di plasma ed organi, solo per l'espletamento di servizi urgenti di istituto. I predetti veicoli assimilati devono avere ottenuto il riconoscimento di idoneita' al servizio da parte del Dipartimento per i trasporti terrestri. L'uso dei predetti dispositivi e' altresì consentito ai conducenti delle autoambulanze, dei mezzi di soccorso anche per il recupero degli animali o di vigilanza zoofila, nell'espletamento dei servizi urgenti di istituto, individuati con decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti. Con il medesimo decreto sono disciplinate le condizioni alle quali il trasporto di un animale in gravi condizioni di salute puo' essere considerato in stato di necessita', anche se effettuato da privati, nonche' la documentazione che deve essere esibita, eventualmente successivamente all'atto di controllo da parte delle autorita' di polizia stradale di cui all'articolo 12, comma 1. Agli incroci regolati, gli agenti del traffico provvederanno a concedere immediatamente la via libera ai veicoli suddetti.

2. I conducenti dei veicoli di cui al comma 1, nell'espletamento di servizi urgenti di istituto, qualora usino congiuntamente il dispositivo acustico supplementare di allarme e quello di segnalazione visiva a luce lampeggiante blu, non sono tenuti a osservare gli obblighi, i divieti e le limitazioni relativi alla circolazione, le prescrizioni della segnaletica stradale e le norme di comportamento in genere, ad eccezione delle segnalazioni degli agenti del traffico e nel rispetto comunque delle regole di comune prudenza e diligenza.

3. Chiunque si trovi sulla strada percorsa dai veicoli di cui al comma 1, o sulle strade adiacenti in prossimita' degli sbocchi sulla prima, appena udito il segnale acustico supplementare di allarme, ha l'obbligo di lasciare libero il passo e, se necessario, di fermarsi. E' vietato seguire da presso tali veicoli avvantaggiandosi nella progressione di marcia.

4. Chiunque, al di fuori dei casi di cui al comma 1, fa uso dei dispositivi supplementari ivi indicati e' soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma **((da € 85 a € 338))**. (19) (29) (43) (52) (64) (80) (89) (101) (114) **((124))**

5. Chiunque viola le disposizioni del comma 3 e' soggetto alla sanzione amministrativa del pagamento di una somma **((da € 41 a € 169))**. (19) (29) (43) (52) (64) (80) (89) (101) (114) **((124))**



COMPORAMENTO ALLA GUIDA.

In avvicinamento al luogo dell'intervento

La scelta del percorso ottimale deve avvenire in maniera rapida e sicura. La premessa per la buona riuscita di un intervento è, infatti, la localizzazione immediata del luogo d'intervento con relativa elaborazione mentale del percorso ideale.

Il soccorritore autista deve dunque possedere buone nozioni di lettura della carta (sia 1:25000 sui piani cittadini o comunali) e buone nozioni di toponomastica (conoscenza del territorio delle vie).

Nell'elaborazione dell'itinerario si deve tener conto anche di altri fattori: suscettibilità di influenzare i tempi di percorrenza come il luogo di partenza, l'orario, le condizioni meteo, eventuali lavori stradali, interruzioni, deviazioni, particolari avvenimenti (interventi in concomitanza con la fine di un concerto o di un avvenimento sportivo) e quanto altro ancora possa incidere negativamente al raggiungimento del target.

Influssi esercitati dalla guida sul paziente e sull'equipaggio

I passeggeri di un'ambulanza, soprattutto in caso di interventi primari, si trovano all'interno di essa in posizione di estrema precarietà, in piedi intenti nelle cure del paziente non attenti a quanto succede fuori dall'abitacolo sanitario.

Come evidenziato in altri manuali, differenti fattori possono influenzare fisicamente lo stato del paziente, forze dovute all'accelerazione, spostamento, masse instabili, compressione degli organi, repentine accelerazioni/decelerazioni, forze meccaniche, spostamento laterale del paziente in curva, sobbalzi, rumore, difficoltà di rilevazione parametri, difficoltà di comunicazione, ansia tutti fattori di disturbo per il paziente e per l'equipaggio .

Bisogna considerare che il paziente viaggia sdraiato in posizione contraria al senso di marcia che dinamicamente è la posizione migliore: il paziente è vicino al baricentro del veicolo, situazione indubbiamente sicura, ma non piacevole in quanto si ottiene una maggior sensibilità alle asperità stradali e senso di nausea dovuto alla mancanza di visuale sull'esterno.

Alcune particolari patologie (tipo il politrauma), manovre di rianimazione o semplicemente mal d'auto, impongono all'autista una maggiore accortezza in ogni manovra, la guida dovrà risultare il più uniforme possibile, senza scossoni o repentini cambi di direzione, il massimo della fluidità.

Anche un trasporto "in urgenza" con il paziente, non va assolutamente inteso come



trasporto alla massima velocità permessa, bensì va improntato alla massima scorrevolezza e fluidità, ad una velocità tale da permettere ai soccorritori di operare in sicurezza sul paziente (es.: circa 40/50 km orari mantenuti con il massimo della scorrevolezza).

Lo stato del paziente deve inoltre essere tenuto in considerazione anche nel caso di trasferimenti a lunga distanza; nel caso vi sia la possibilità di scegliere tra differenti percorsi, l'autista privilegerà quello che presenta meno incognite e maggiori spazi di manovra, anche se questo ultimo può risultare più lungo.

Sul luogo dell'intervento

Intervento in abitazione

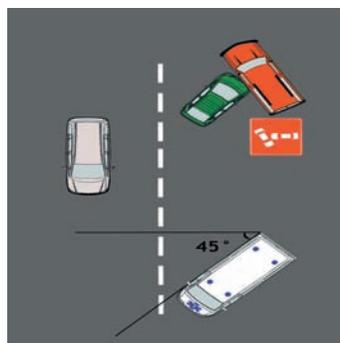
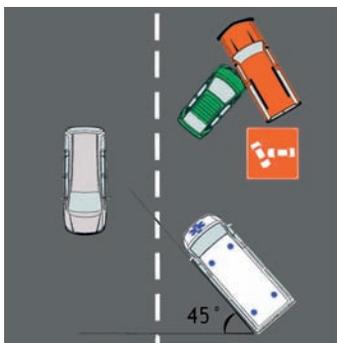
Sul luogo dell'intervento, nel limite del possibile, posteggiare l'ambulanza fuori dal campo stradale senza intralciare né la circolazione né le vie d'accesso private, spegnere segnali prioritari e luci, disporre il veicolo in maniera da caricare agevolmente il paziente evitando manovre, dopo averlo fatto salire lasciare inseriti i segnalatori di emergenza del veicolo, quattro frecce, come previsto dal Codice della Strada.

Intervento sul campo stradale

Disporre l'ambulanza in modo da proteggere la scena dell'evento ad una distanza commisurata al limite massimo di velocità e mai inferiore ai dieci metri, posta a 45° rispetto al senso di marcia dei veicoli nel rispetto della regola delle 3P ovvero:

Proteggere, Predisporre, Prevenire, evitando di impedire l'accesso o la rapida evacuazione ad altri mezzi di soccorso giunti prima di noi.

Lasciare accesi i lampeggianti blu e le quattro frecce di veicolo fermo in





emergenza, lasciare acceso il motore, lasciare le ruote sterzate in senso opposto a quello dove si sta effettuando il soccorso.

Intervento in autostrada

In autostrada, così come nei luoghi ad alta densità e scorrevolezza di traffico, i pericoli si decuplicano pertanto è bene adottare particolari accorgimenti: dove ciò è possibile, lasciare una via di scorrimento, assicurandosi che ciò non faccia venire meno la regola delle 3 P, farsi coadiuvare dagli organi di Polizia Stradale intervenuti oppure dagli operatori dell'assistenza traffico, sempre mantenendo fede alla regola delle 3P, magari illustrandola anche a chi in quel momento non è propenso ad attuarla.

Il veicolo va reso visibile al massimo quindi: motore e tutti i dispositivi luminosi accesi e massima attenzione ad ogni manovra.

In caso che il nostro veicolo vada in panne occorre fermarsi il prima possibile, sempre in condizione di sicurezza, controllare spie e manometri, effettuare una valutazione sommaria del guasto presentatosi e valutare unitamente alla centrale operativa la possibilità di evacuare il paziente concordando le modalità.

Se il guasto riscontrato è di poco conto ed è possibile proseguire la marcia fare rientro in sede, altrimenti attendere l'arrivo del carro soccorso.

Ricordando che è vietato dal C.di S. trainare i veicoli si rammenta che i veicoli con cambio automatico non possono assolutamente essere trainati.

Accorgimenti stagionali

Accogliere un paziente in ambulanza è di per sé una operazione semplice, pensate però in inverno, una persona ammalata o che ha subito un trauma, sicuramente si aspetterà di entrare in ambulanza e trovare un ambiente confortevole; allo scopo è bene far sì che ciò si concretizzi.

Nel periodo invernale è consigliabile riscaldare il vano sanitario dell'ambulanza prima della partenza, con appositi dispositivi di pre riscaldamento o riscaldatori autonomi; durante le soste non tenere aperte porte, finestrini e portelloni poiché il calore accumulato si disperde.

Ricordate che il vano sanitario è autonomo rispetto al vano guida pertanto esiste la possibilità di regolare due temperature diverse.

Nel periodo estivo l'ambulanza parcheggiata al sole raggiunge temperature da forno pertanto è consigliabile raffreddare l'ambiente in modo opportuno; chiaramente dovrete creare un ambiente confortevole con una temperatura leggermente inferiore a quella esterna, così da far trarre giovamento a chi vi sale senza creare uno shock termico. Dato che raffreddare l'ambulanza costa in termini di energia più che riscal-



darla, è bene non sprecare l'aria fredda e cercare di conservarla il più possibile limitando l'apertura delle porte e dei finestrini.

Situazioni particolari

Un autista deve avere una conoscenza ed una preparazione a largo spettro relativa alle situazioni che si potrebbero prospettare, deve essere in grado di valutare le situazioni adeguando la propria guida alle condizioni di traffico, alle necessità dei trasportati ed alle condizioni meteo.

La neve

Durante la stagione invernale è consuetudine equipaggiare i veicoli con pneumatici invernali.

Il pneumatico invernale, per la forma del suo battistrada e per la mescola della gomma con la quale è prodotto, permette di aumentare il coefficiente di aderenza sul manto stradale; questo è vero se le temperature esterne rimangono in un range che va da -40 a +8 gradi; diversamente la gomma si scalda, il veicolo diventa "gommoso" nelle reazioni, inducendo il conducente a pensare che venga meno la tenuta di strada.

L'indice di velocità massima consentita per questo tipo di pneumatico è Q 160 km/h; da tenere in considerazione, che quando si marcia in autostrada, il rumore di rotolamento di questa gomma è superiore a quello delle gomme tradizionali ed aumenta con l'aumentare delle temperature.

Sulla neve, indipendentemente dalla gomma utilizzata, si deve tenere una guida dolce priva di reazioni ed azioni brusche; l'eccessivo utilizzo dello sterzo può generare reazioni e contro reazioni improvvise non sempre facili da controllare, l'acceleratore va usato con estrema dolcezza, le frenate saranno dolcissime e limitate al massimo, tutti i rallentamenti dovranno essere fatti con il freno motore avendo cura di non rilasciare bruscamente la frizione.

Se la disavventura è quella di perdere aderenza, un modo efficace di ripristinarla consiste nell'innestare una marcia alta, rilasciare la frizione con dolcezza e, sfruttando il sobbalzo del veicolo, riprendere la marcia dosando poi con dolcezza il gas; inutili accelerate a fondo vi faranno solamente scivolare di più, magari con la conseguenza di piantare il veicolo nella neve fino a farlo toccare con il sotto, situazione che richiede inevitabilmente il traino.

Sulla neve fresca con manto consistente, si possono montare le catene da neve sulle ruote motrici, che consentono una buona trazione, ma se le ruote motrici non sono



quelle direttrici si rischia di fare dei dritti in curva, perciò fare molta attenzione e soprattutto toglietele appena riacquistate aderenza, in quanto la catena su asfalto genera vibrazioni estremamente dannose per gli organi di trasmissione.

La pioggia e l'aquaplaning

Quando piove il coefficiente di aderenza del fondo stradale diminuisce in maniera significativa, in funzione del tipo di asfalto e della quantità d'acqua che scende.

Sappiamo che le prime gocce d'acqua dopo un lungo periodo di siccità sono le più pericolose, perché le insidie dei depositi lasciati dai vari veicoli e non ancora dilavate si sommano a quelle della pioggia su asfalto.

Con un coefficiente di aderenza ridotto, gli spazi di frenata si allungano considerevolmente e la tenuta di strada del veicolo è inferiore al normale.

Non potremmo, di conseguenza, pretendere di percorrere le curve alla stessa velocità di quando abbiamo il massimo di aderenza o aspettarci frenate pari all'asciutto.

Senza ABS la tendenza al bloccaggio delle ruote in frenata aumenta notevolmente e anche di questo dobbiamo tenere conto.

Il limite di tenuta di strada è molto variabile, proprio in funzione alle condizioni esterne.

Un asfalto che drena l'acqua permetterà di avere maggiore sicurezza rispetto ad una superficie stradale che accumula uno strato d'acqua sopra di essa; con asfalti drenanti la visibilità non viene compromessa dalla nuvola d'acqua sollevata dal veicolo che ci precede.

Eccedere in prudenza comunque non guasta, perché sul bagnato gli spazi di frenata aumentano considerevolmente a pari velocità.

Il fenomeno dell'aquaplaning avviene, quando lo pneumatico perde l'aderenza e ciò è causato dal velo d'acqua che si interpone tra pneumatico ed asfalto.

La sensazione che si percepisce in aquaplaning è quella che il nostro veicolo sull'asfalto: niente panico, basta togliere il piede dall'acceleratore, tenere saldamente lo sterzo e la diminuzione della velocità ristabilirà la condizione di aderenza.

Componenti fondamentali dell'aquaplaning sono l'usura dei pneumatici e l'alta velocità, una raccomandazione importante: mai frenare quando si è in aquaplaning, sicuramente perderemo il controllo del veicolo. Durante le prime fasi della pioggia avviene un altro strano fenomeno definito visco planino.

In pratica durante i primi momenti di pioggia la poca acqua caduta fa affiorare dalle micro cavità dell'asfalto tutte le sostanze residue depositate (gomma, polvere, olio ed altre sostanze) che affiorando, formano una sostanza saponosa che consiste in quella schiuma che vediamo sull'asfalto rendendolo molto scivoloso.

In questa circostanza dobbiamo tenere una condotta di guida pari a quella sulla neve, il fenomeno si risolve dopo circa tre minuti di pioggia, quando l'asfalto sarà lavato.



La nebbia

L'unica regola da adottare in caso di nebbia è quella di mantenere una velocità adeguata alla visuale; se all'improvviso ci si presenta davanti un ostacolo, dobbiamo essere in grado di fermarci e per fare ciò l'unica condizione è quella di avere spazio a sufficienza. I sorpassi vanno eseguiti con il massimo della cautela, solo se strettamente necessari.

Mai tenere lo sguardo fisso nella nebbia, il nostro occhio si assuefa e dopo poco non vedrà altro che bianco: non avendo riferimenti cerca un accomodamento continuo stancandosi in breve tempo.

Dobbiamo scrutare attraverso la nebbia al fine di vedere più in profondità che possiamo muovendo lo sguardo.

Quest'operazione di sguardo avanti è sicuramente facilitata da un parabrezza ben pulito, tergilavanti efficienti; non utilizzare fari abbaglianti poiché le particelle microprismatiche di cui è composta la nebbia riflettono la luce ed il faro abbagliante va a creare un muro di luce di fronte a noi limitando ulteriormente la visibilità, pertanto solo luci anabbaglianti o fendinebbia e retronebbia accesi.

La fatica

Guidare in emergenza è fonte di notevole stress psicofisico pertanto quando è nostra intenzione prendere servizio è bene farlo nella migliore condizione possibile, evitare pasti abbondanti, evitare di prendere servizio dopo un turno di lavoro stancante o magari dopo aver festeggiato qualche evento.

Va poi ricordato che bere è un'attività attualmente bandita per gli autisti dei mezzi di soccorso.

Se vi sentite improvvisamente stanchi fermatevi, rinfrescatevi e prendete un caffè, magari vi aiuta.

Non sottovalutate la stanchezza, vi sopraffà all'improvviso e basta considerare che ad una velocità di 50Km/h si percorrono circa 14 metri il secondo per immaginare cosa può provocare una chiusura degli occhi.

Ostacoli sulla carreggiata

Le strade italiane sono piene di insidie, quasi come se ci trovassimo nella foresta, il fondo stradale è dei peggiori e spesso sulla corsia di marcia troviamo materiali caduti da mezzi pesanti, fascioni di pneumatici, animali morti ed altro ancora, a tal proposito è bene mettere in atto alcuni accorgimenti.



Mantenendo una giusta distanza dal veicolo che ci precede (distanza minima di sicurezza), avremmo sicuramente la possibilità di fermarci in tempo o quanto meno di evitare l'ostacolo. Se questo è molto grande andrà schivato ma mai sul lato sinistro o andremo ad invadere l'altra corsia di marcia; se ci è possibile occorre serrare a destra oppure (valutando opportunamente), cambiare corsia di marcia.

Se l'ostacolo è molto piccolo e può passare sotto l'ambulanza fatelo passare sotto il centro del veicolo mai salire con i pneumatici sopra oggetti non ben definiti.

Guida notturna

L'alba e il tramonto sono le ore più pericolose per la guida, la luce assume una intensità che fa perdere la definizione degli oggetti, confonde i colori e falsa le distanze, inoltre ciò avviene in orari nei quali ci siamo appena svegliati o non siamo in perfetta forma, oppure siamo stanchi da una giornata di lavoro e pertanto la nostra concentrazione non è al massimo; consideriamo poi che le persone con problemi di vista in queste condizioni hanno maggiore difficoltà nella guida.

Nelle ore di buio totale il rischio maggiore è quello dell'abbagliamento: perdita del senso di profondità e di delimitazione dei contorni.

Pertanto prima di intraprendere servizio in ore notturne assicuratevi il corretto funzionamento delle luci del veicolo, assicuratevi che il sistema antiappannamento funzioni correttamente, guidate più adagio di quanto fareste di giorno, non fissate le luci dei veicoli che incontrate, mantenete gli occhi in movimento, abbassate le luci 200 metri prima se vedete un veicolo sopraggiungere e 100 metri prima di raggiungere il veicolo che vi precede; evitate voi stessi di abbagliare gli altri conducenti.

Viene naturale a questo punto dare delle indicazioni al fine di prevenire ed evitare un sinistro stradale ed incidenti durante la marcia, per fare ciò cataloghiamo le situazioni in tipologie standard.

Davanti a noi

La reazione del conducente che si vede alle spalle un mezzo di soccorso è del tutto imprevedibile, nella maggior parte dei casi il fattore sorpresa provoca reazioni inconsulte ed involontarie, pertanto: fate attenzione ai segnali in funzione o ad eventuali manovre.

Il conducente che vi precede potrebbe improvvisamente cambiare idea e compiere una manovra opposta a quella da voi attesa: osservate attentamente l'autista che non ha effettuato alcuna segnalazione o non ha intrapreso alcuna manovra.



Può non avervi udito e, vedendovi nello specchietto retrovisore, potrebbe frenare bruscamente.

Non concentratevi unicamente sul veicolo immediatamente davanti a voi, ma osservate tutta la colonna che vi precede, mantenete una distanza di sicurezza da chi vi precede, decelerate appena avvertite una situazione di potenziale pericolo, considerate una via di fuga, esercitando la tecnica dello sguardo (mantenere gli occhi in movimento e non concentrarsi su singoli particolari aiuta a visualizzare più soluzioni contemporaneamente).

Al fine di limitare al minimo quelle che potrebbero essere le conseguenze disastrose di un tamponamento, si può attuare, durante la marcia, la tecnica della guida disassata, ovvero, con il veicolo ci si posiziona il più vicino possibile alla linea di mezzzeria rimanendo così fuori, per circa due terzi, dalla sagoma del veicolo che ci precede, questo modo di avanzare ci consente una migliore visibilità su quello che accade oltre chi ci precede, inoltre consente ai veicoli che provengono in senso contrario di vedere il nostro mezzo di soccorso.

Dietro di noi

Anche chi segue potrebbe essere un problema per noi. Infatti, un automobilista che non rispetta le distanze di sicurezza corre (e fa correre agli altri) dei pericoli; molti sono gli automobilisti che seguono la scia del veicolo di soccorso per avvantaggiarsi nel traffico, altri per mera curiosità, tutte e due le tipologie di conducenti sono molto pericolose per la nostra andatura, poiché avendo la visuale coperta dal nostro mezzo di soccorso viaggiano alla cieca.

Unica soluzione che possiamo adottare per tenerli a debita distanza è quella di far accendere le luci di Stop con una leggera pressione sul pedale simulando la frenata, questo dovrebbe farli allontanare almeno delle poche altrimenti il consiglio è di rallentare e accostare a destra, magari vi sorpassano ma soprattutto se prevedete di fermarvi, iniziate a farlo gradualmente e con un certo anticipo.

In senso opposto

Lo scontro frontale è quanto di più disastroso possa verificarsi durante la marcia. La somma delle velocità dei veicoli produce danni irreparabili anche a basse velocità. Nella maggior parte dei casi avviene quando uno dei due veicoli è in fase di sorpasso, nei rettilinei soprattutto nelle condizioni di visibilità limitata, dossi o curve.

Nei rettilinei procedere in modo “disassato” può essere di aiuto (più avanti sviluppe-



remo tale tecnica); ciò consente a chi proviene di fronte di notarvi con molto anticipo e chi vi precede sarà in un certo qual modo costretto a darvi strada. Nell'affrontare curve o dossi è consigliabile restare all'interno della propria corsia di marcia.

Gli incroci

La statistica vede gli incroci come causa di sinistri stradali per il 33%, pertanto diventa importante affrontarli in modo corretto.

Per fare ciò come primo passo si devono dividere mentalmente gli di incroci in due grandi categorie, gli incroci coperti, dove i conducenti dei veicoli riescono a vedersi solamente dopo aver impegnato l'intersezione stradale e gli incroci scoperti, dove i conducenti dei veicoli riescono a vedersi con un buon margine, almeno 100 metri di anticipo rispetto all'impegno dell'intersezione stradale.

Gli incroci coperti si affrontano con estrema prudenza, arrestandosi in prossimità della linea di Stop (se è posto sulla direttrice di marcia, oppure avanzando in prima marcia) e con estrema cautela se si ha la precedenza; è importante sapere che gli ostacoli non inibiscono solamente la visuale ma anche i suoni perciò chi proviene dalla parte opposta ed è coperto da palazzi sicuramente sentirà la nostra sirena nel momento in cui ci vede perciò a voi le considerazioni.

Gli incroci scoperti consentono di essere affrontati con un buon margine di sicurezza, poiché si riesce a vedere chi sta impegnando l'incrocio prima del l'arrivo e si riesce a valutare sé ci concederà la precedenza oppure no.

Comunque anche in questo caso moderare la velocità, affrontare l'incrocio in seconda marcia sollevando il piede dall'acceleratore.

Le rotonde sono da considerarsi incroci scoperti.





Quando vi fermate ad un incrocio e intendete svoltare a sinistra, mantenete le ruote dritte fino a quando non siete pronti per partire.

In caso di tamponamento non rischiate così di invadere pericolosamente la corsia di contromano. Inoltre è molto importante segnalare le proprie intenzioni tramite le frecce direzionali.

Anche se ad un incrocio avete la precedenza è bene prestare la massima attenzione e rallentare per accertare che il passo vi sia concesso; nell'affrontare intersezioni con strade alla vostra destra dovrete mantenervi il più lontano possibile dal margine destro della carreggiata in maniera che gli automobilisti che provengono da tale strada possano avere il tempo di vederci e noi abbastanza spazio per manovre di emergenza.

Nel caso in cui due veicoli di soccorso impegnino contemporaneamente un incrocio dovranno essere rispettati i principi della precedenza dettati dal Codice della strada.

Quando sorpassiamo:

Prima del sorpasso controllate il traffico in arrivo; più alta è la vostra velocità, minore è il tempo che passa prima dell'incrocio con il veicolo che proviene in senso opposto.

Osservate il flusso di traffico nel vostro senso di marcia; dovete sempre garantire un rientro nella vostra corsia che sia fluida e regolare; inutile tentare di rientrare all'ultimo momento e bruscamente, ciò comporta degli spostamenti di carico bruschi che oltremodo riducono il confort di marcia del paziente.

Mostrate determinazione nell'esecuzione delle manovre di sorpasso facendovi vedere con anticipo evitando slalom tra i veicoli.

Evitate di ostacolare gli altri automobilisti con manovre avventate o partenze affrettate, perdetevi tre secondi in più per osservare le situazioni di traffico prima di procedere.

Quando rallentate spostatevi sulla vostra destra in modo da facilitare il sorpasso a chi vi segue.

In questa circostanza si rivela fondamentale l'apporto che può fornire il soccorritore seduto alla vostra destra che dovrà concentrarsi sulla ricerca dell'obiettivo lasciando all'autista il solo compito di guidare.

Mentre si procede in emergenza gli occhi non devono mai stare fermi o meglio fissi davanti a voi, ma devono muoversi continuamente guardando oltre il veicolo che vi precede ma anche a destra e sinistra al fine di individuare eventuali vie di fuga e spazi necessari a manovre d'emergenza.

Nel percorrere le curve tenete lo sguardo sul bordo destro della carreggiata eviterete così di finire con le ruote fuori strada.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.7.1	01	1 di 4
USO DISPOSITIVI DI ALLARME ACUTICO E LUMINOSO- SERVIZI URGENTI DI ISTITUTO				

Dipartimento di Emergenza Urgenza			
Struttura Organizzativa Complessa Multidisciplinare Emergenza Sanitaria 118 Firenze Soccorso ed Elisoccorso			
Data	Responsabile Redazione	Responsabile Convalida	Persona o Organismo che approva
20 aprile 2015	Stefano Mangani	Claudio Becorpi Simona Casini Giovanni Del Sorbo Giorgio Giuliani Susanna Pagliai Paolo Pratesi	Lucia De Vito  Firmato da DE VITO LUCIA
Sintesi delle modifiche apportate:			
I Responsabili delle strutture organizzative sono responsabili operativi dell'applicazione della procedura.			

Finalità

Definire criteri di impiego dei dispositivi di allarme acustico in corso di servizi urgenti di istituto

Applicabilità

A tutto il personale che opera nella *Struttura Organizzativa Complessa Multidisciplinare Emergenza Sanitaria 118 Firenze Soccorso ed Elisoccorso*.

Oggetto e modalità operative

Considerato quanto previsto da:

A) Art. 177 del Codice della Strada:

- l'uso del dispositivo acustico supplementare di allarme e del dispositivo supplementare di segnalazione visiva a luce lampeggiante blu è consentito ai conducenti dei mezzi di soccorso sanitario e dei veicoli assimilati adibiti al trasporto di plasma ed organi, **solo per l'espletamento di servizi urgenti di istituto;**
- I conducenti dei veicoli, nell'espletamento di servizi urgenti di istituto, qualora usino **congiuntamente** il dispositivo acustico supplementare di allarme e quello di segnalazione visiva a luce lampeggiante blu, non sono tenuti a osservare gli obblighi, i divieti e le limitazioni relativi alla circolazione, le prescrizioni della segnaletica stradale e le norme di comportamento

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.7.1	01	2 di 4
USO DISPOSITIVI DI ALLARME ACUTICO E LUMINOSO- SERVIZI URGENTI DI ISTITUTO				

in genere, ad eccezione delle segnalazioni degli agenti del traffico e **nel rispetto comunque delle regole di comune prudenza e diligenza.**

B) DM 15 maggio 1992 - Criteri e requisiti per la classificazione degli interventi di emergenza:

- a tutti gli interventi di emergenza la Centrale Operativa deve attribuire un codice di criticità fra i quattro previsti: bianco, verde, giallo, rosso. Solo in caso di attribuzione all'evento di un codice bianco (non critico), il servizio con ragionevole certezza non ha necessità di essere espletato in tempi brevi
- giunto il personale di soccorso sul luogo dell'evento, sarà attribuito un codice di valutazione sanitaria. Di seguito i valori previsti:
 - 0 = soggetto che non necessita di intervento
 - 1 = soggetto affetto da forma morbosa di grado lieve
 - 2 = soggetto affetto da forma morbosa grave
 - 3 = soggetto con compromissione delle funzioni vitali
 - 4 = deceduto

1) nell'espletamento di interventi di emergenza sanitaria territoriale, durante il percorso per raggiungere l'obiettivo comunicato dalla Centrale Operativa **è autorizzato l'uso congiunto dei segnalatori acustici e luminosi del mezzo di soccorso** in caso di eventi cui sia stato attribuito dalla Centrale Operativa:

- **Codice rosso**
- **Codice giallo**
- **Codice verde**

N.B. Non è prevista attivazione dei segnalatori acustici e luminosi in corso di interventi in codice bianco.

2) E' autorizzato l'uso congiunto dei segnalatori acustici e luminosi durante il trasporto verso l'Ospedale di destinazione di pazienti in codice 2 e 3, a meno di specifica indicazione in tal senso da parte della Centrale Operativa.

L'uso dei soli segnalatori luminosi pur non essendo aprioristicamente escluso dal Codice della Strada non consente di derogare ad alcuna delle norme di comportamento e, quindi, di sicurezza della circolazione stradale: se ne raccomanda pertanto l'uso solo come strumento di segnalazione di mezzo fermo in corso di intervento di soccorso, avendo unicamente lo scopo di segnalare la presenza del veicolo di soccorso nei casi in cui sia necessaria una maggiore visibilità del medesimo.

In caso di uso congiunto dei segnalatori acustici e luminosi, comunque, si raccomanda agli autisti, di **mantenere un massimale livello di prudenza e di diligenza** adeguando la propria guida alle condizioni concrete della strada e di traffico; ad esempio:

- tenendo velocità che non costituiscano pericolo sia per l'equipaggio di soccorso e l'eventuale paziente trasportato sia per gli altri utenti della strada, con particolare riferimento ai centri abitati, in prossimità di scuole, giardini pubblici, cantieri stradali etc.;

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.7.1	01	3 di 4
USO DISPOSITIVI DI ALLARME ACUTICO E LUMINOSO- SERVIZI URGENTI DI ISTITUTO				

- accertandosi, soprattutto in prossimità di incroci o immissioni di strade collaterali, che gli altri utenti della strada abbiano percepito i segnalatori acustici e luminosi e che siano nella possibilità di arrestarsi o di agevolare in sicurezza il transito del mezzo di soccorso;
- evitando sorpassi in prossimità di curve o di dossi e comunque in caso di visibilità limitata,
- limitando la circolazione contromano ai casi di inderogabile necessità e l'inversione di marcia su autostrade o assimilate in assenza di specifica autorizzazione in tal senso da parte della centrale operativa (seguendone tutte le specifiche istruzioni) o della polizia stradale presente sul luogo;
- attraversando incroci con dispositivi semaforici disposti al rosso o in cui normalmente ci si dovrebbe arrestare per dare la precedenza a bassissima velocità, addirittura arrestandosi se necessita verificare con certezza che tutti gli altri conducenti, accortisi dei dispositivi di allarme, si siano tempestivamente arrestati;
- utilizzando il dispositivo di allarme acustico in modo continuativo dal momento che solo la continuità del suono garantisce la massimale percezione dello stesso, ponendo particolare attenzione a non azionare i sistemi acustici di allarme in eccessiva prossimità di un altro veicolo, onde evitare che l'autista dello stesso possa, spaventandosi, causare incidenti.

⚠ si ricorda che un comportamento è contrario alla comune prudenza e diligenza quando è prevedibile dall'uomo medio che esso possa generare un danno a persone o cose, o quando è possibile affermare che il danno poteva comunque essere evitato senza grave pregiudizio per il servizio svolto.

	Titolo	Codice	Revisione	Pagina
	LA RETE TERRITORIALE DI EMERGENZA SANITARIA	3.7.1	01	4 di 4
USO DISPOSITIVI DI ALLARME ACUTICO E LUMINOSO- SERVIZI URGENTI DI ISTITUTO				

Lista di diffusione

Figura professionale	Data invio PEC
DIRETTORE SANITARIO	
DIRETTORE DIPARTIMENTO EMERGENZA/URGENZA	
MEDICI, INFERMIERI e OSS 118	
COORDINAMENTO AAVV/CRI AREA FIORENTINA	

L'originale risulta custodito presso la Direzione della Struttura Organizzativa Complessa Multidisciplinare Emergenza Sanitaria Territoriale 118 Firenze Soccorso ed Elisoccorso sita in Viale Michelangiolo n. 41, Firenze.



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

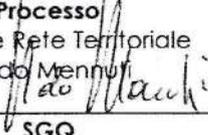
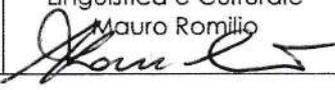
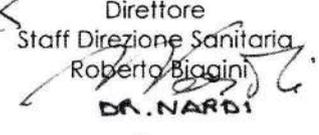
MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

**Procedura amministrativa inerente i trasporti
sanitari e relative modalità di rendicontazione
(Procedura Azienda USL Toscana Centro ed ex
Accordo Quadro Regionale Trasporti Sanitari)**

	Dipartimento Rete territoriale	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Trasporti Sanitari Ordinari	PA.DRST.01	0	1 di 5

Procedura Aziendale Trasporti Sanitari Ordinari

Data	Redazione	Verifica	Approvazione
13/09/2017	Referente Gruppo di redazione Silvia Guarducci 	Processo Direttore Rete Territoriale Nedo Mennuni  SGQ S.O.S.D. Documentazione Sanitaria e Mediazione Linguistica e Culturale Mauro Romilio 	Direttore Staff Direzione Sanitaria Roberto Biggini  DR. NARDI Commissario Azienda USL Toscana Centro Emanuele Gori 

Gruppo di redazione

- Umberto Atzori (UOC Servizi Amministrativi per l'Erogazione delle Prestazioni - Servizi Amministrativi - Attività terzo settore)
- Silvia Guarducci (Staff Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale)
- Lidia Lamoglie (UOC Servizi Amministrativi per l'Erogazione delle Prestazioni - Servizi Amministrativi - Attività terzo settore)
- Anna Mannini (SOC Gestione del Privato Accreditato)
- Enrico Simoncini (Medico in formazione specialistica - Igiene e Medicina Preventiva Università degli studi di Firenze)
- Patrizia Stranges (UOC Servizi Amministrativi per l'Erogazione delle Prestazioni - Servizi Amministrativi - Attività terzo settore)

Parole chiave: trasporti sanitari

	Dipartimento Rete territoriale	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Trasporti Sanitari Ordinari	PA.DRST.01	0	2 di 5

Indice

1. Premessa	2
2. Scopo/ Obiettivi.....	2
3. Campo di applicazione	2
4. Glossario e Definizioni.....	2
5. Responsabilità e descrizione delle attività.....	2
6. Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione	4
7. Monitoraggio e controllo	5
8. Revisione.....	5
9. Allegati.....	5
10. Riferimenti.....	5
11. Indice revisioni.....	5
12. Lista di diffusione	5

1. Premessa

Il trasporto sanitario ordinario a carico del Servizio Sanitario Regionale è rivolto a tutti i cittadini **residenti** nella Regione Toscana oltre che qui domiciliati ed iscritti in una delle Aziende Sanitarie Toscane (il domicilio sanitario non è condizione sufficiente se la residenza è fuori regione), intrasportabili con i comuni mezzi, in quanto barellati o portatori di inabilità temporanea o permanente, che necessitano quindi di ambulanza o mezzo attrezzato.

2. Scopo/ Obiettivi

Lo scopo della procedura è quello di definire e unificare le modalità per la richiesta dei trasporti sanitari al fine di facilitare l'utenza e i medici prescrittori in applicazione della normativa vigente.

3. Campo di applicazione

La procedura si rivolge ai Medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, Medici Specialisti.

4. Glossario e Definizioni

SSR: Servizio Sanitario Regionale
 PDF: pediatra di famiglia
 ACOT: Agenzia Continuità Ospedale Territorio
 AQR: Accordo Quadro Regionale

5. Responsabilità e descrizione delle attività

Il trasporto sanitario ordinario all'interno della Regione Toscana, presso ospedali pubblici e/o strutture sanitarie private convenzionate in costanza di prestazioni a carico del SSR, può essere concesso nei seguenti casi:

- ricoveri in struttura;
- dimissioni ospedaliere;
- visite specialistiche;
- esami diagnostici;
- trattamenti terapeutici singoli;
- cicli di trattamenti riabilitativi;
- trattamenti radioterapici e chemioterapici;
- trattamenti dialitici;
- altre prestazioni previste dai LEA.

Requisiti

Il trasporto sanitario è possibile soltanto:

	Dipartimento Rete territoriale	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Trasporti Sanitari Ordinari	PA.DRST.01	0	3 di 5

- mediante ambulanza (soggetti barellati cioè coloro ai quali in ragione della patologia da cui sono affetti o della condizione clinica, va garantito il trasferimento in posizione supina, per esempio casi di allettamento cronico, immunodepressione grave, sintomi invalidanti correlati a malattia oncologica etc...);
- mediante mezzo attrezzato (dotato cioè di pedana mobile) solo per "soggetti obbligati in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente";
- mediante auto con soccorritore per soggetti in particolari condizioni cliniche che necessitino di assistenza sanitaria durante il trasporto, soltanto su richiesta dello specialista pubblico per i cicli di chemio/radio, dialisi, o per pazienti ricoverati che devono essere trasferiti o trasportati in altre strutture per esami, trattamenti.

Come si ottiene l'autorizzazione al trasporto

Per i trattamenti terapeutici singoli, ricoveri, esami diagnostici, visite, anche ossigenoterapia in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate, occorre la richiesta di trasporto rilasciata dal Medico di Medicina Generale/PDF e/o dal Medico Specialista di struttura pubblica, esclusivamente con ambulanza e/o con mezzo attrezzato.

Per i trattamenti ripetuti occorre la richiesta di trasporto rilasciata dallo Specialista Pubblico che dispone il piano terapeutico, in particolare:

- Nel caso di necessità di trasporti sanitari per riabilitazione di patologie moto neuropatiche in fase post acuta, si rimanda alla procedura specifica dell'Azienda PS.DRIAB.01 del 14 marzo 2017.
- Per cicli di trattamenti ripetuti per chemio e radioterapia, la richiesta di trasporto sanitario deve essere rilasciata dal medico specialista della struttura pubblica presso la quale il paziente è seguito.
- Per la dialisi la richiesta di trasporto sanitario deve essere rilasciata dal medico specialista della struttura pubblica presso la quale il paziente è seguito (Nefrologia e Dialisi).
I servizi di trasporto per i soggetti dializzati e per i soggetti affetti da morbo di Hansen che devono recarsi rispettivamente presso il Centro Dialisi e presso la struttura di erogazione delle terapie, devono essere assicurati anche ai senza fissa dimora ed agli immigrati irregolari, con oneri a carico del SSR. I medesimi soggetti se residenti fuori Regione, non essendo stato attivato il flusso informativo che permette le compensazioni tra Regioni, non hanno diritto al trasporto sanitario con oneri a carico del SSR.
Per i trasporti in costanza di dialisi, l'assistito che utilizzi i propri mezzi o si trovi in vacanza fuori Regione Toscana ha inoltre diritto al rimborso di parte della spesa sostenuta per il trasporto; in questi casi la struttura pubblica che ha in carico il paziente deve preventivamente rilasciare la richiesta per quello specifico periodo (il rimborso è pari a 1/5 del costo benzina super a chilometro percorso, come da Delib. G.R.1061/2000).
- Per cicli di terapia non compresi nei punti precedenti (per esempio ciclo di medicazioni, ossigenoterapia iperbarica nelle patologie previste a carico del SSN, prestazioni specialistiche ambulatoriali previste nei LEA e follow up di patologie croniche di cui al DM 329/99 e successive modificazioni), occorre la richiesta di un medico specialista pubblico.

N.B. La prescrizione del trasporto sanitario deve essere rilasciata dallo stesso medico che prescrive l'esame/terapia; il medico di medicina generale o pediatra di famiglia non possono rilasciare una serie di certificati singoli in sostituzione alla richiesta dello specialista, e non possono trascrivere/prescrivere trasporti proposti da altri.

Richieste di trasporto

Le richieste per il trasporto sanitario sono prodotte su ricettario regionale o su apposito modulo interno e devono riportare:

- i dati dell'assistito (cognome, nome, data e luogo di nascita, residenza, domicilio, codice fiscale, codice libretto sanitario);
- il mezzo di trasporto: ambulanza o mezzo attrezzato (o auto con soccorritore solo nei casi contemplati dalla normativa);

	Dipartimento Rete territoriale	Codice	Revisione	Pagina
	Procedura Aziendale Trasporti Sanitari Ordinari	PA.DRST.01	0	4 di 5

- la prestazione da effettuare;
- la struttura di destinazione;
- la data del rilascio (deve essere antecedente a quella del trasporto);
- il timbro (recante nome, cognome e codice regionale del medico prescrittore);
- la firma leggibile del medico prescrittore.

Le richieste per trasporti sanitari ripetuti, oltre quanto già stabilito sopra, devono riportare:

- il numero dei trasporti e i giorni del mese e/o mesi in cui saranno effettuati.

Trasporto Fuori Regione

Per i trasporti per e da altre Regioni (art. 14 dell'Accordo Quadro Regionale), oltre alla richiesta del Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta o dello Specialista, idoneamente motivata in ordine alla necessità di ricorso alla struttura pubblica (e non struttura privata convenzionata) fuori Regione e da cui si rilevi la necessità di trasporto in ambulanza, occorre l'autorizzazione preventiva da idonea struttura individuata da ogni azienda ASL (Distretti, Centrale Operativa del 118 come da normativa, ACOT, ecc). Non sono ammessi i trasporti in costanza di cicli di trattamenti.

Per i trasporti da altra Regione in caso di dimissione occorre la richiesta rilasciata dai sanitari del presidio di degenza pubblico in cui sia chiaramente richiesto il trasporto in ambulanza, oltre all'autorizzazione preventiva rilasciata dalla struttura di cui sopra.

N.B. Per le zone di confine con altre Regioni, come previsto dall'art. 12.2 dell'Accordo Quadro, non si prevede autorizzazione dal momento che gli spostamenti da determinati luoghi possono risultare più agevoli e meno costosi tra Regioni diverse anziché all'interno della Toscana.

Non a carico del SSR

Non sono a carico del Servizio Sanitario Regionale:

- i trasporti richiesti in ragione dei disagi di natura sociale e/o familiare dell'utente (es. mancanza di familiari che possano accompagnare l'assistito alle visite);
- le richieste mediche a trasporto avvenuto;
- le richieste in caso di paziente autosufficiente e/o deambulante, principio che vale anche per il soggetto dializzato che si reca ad effettuare la terapia (vedi "Come si ottiene l'autorizzazione al trasporto" al punto "c").

Non sono previsti inoltre i trasporti a carico del SSR per:

- cure termali;
- visite medico-legali;
- riconoscimento di invalidità;
- visite ed esami effettuati in libera professione o comunque a carico dell'assistito;
- impianti di protesi ed ausili protesici (esclusi gli ausili per arti inferiori);
- dimissioni o trasferimenti effettuati per volontà dell'utente stesso;
- ricoveri da domicilio a RSA e viceversa;
- dimissioni/trasferimenti fra RSA;
- trasporti ripetuti per trattamenti fuori regione (escluse zone di confine);
- richieste relative a ipotesi non contemplate nell'AQR.

Nei casi di trasporto non a carico del SSR l'onere rimane a carico del paziente trasportato.

6. Diffusione/conservazione/consultazione/archiviazione

Responsabile della **diffusione**: Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale

- il luogo di conservazione dell'originale: Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale
- luogo di consultazione se cartaceo, oppure link sul sito aziendale

	Dipartimento Rete territoriale	Codice PA.DRST.01	Revisione 0	Pagina 5 di 5
	Procedura Aziendale Trasporti Sanitari Ordinari			

- diffusione via mail aziendale

7. Monitoraggio e controllo

Il monitoraggio avviene a trasporto avvenuto ed è a cura della SOC Accordi contrattuali e convenzioni privato accreditato sanitario e socio sanitario.

8. Revisione

Il presente documento verrà revisionato ogni volta che intervengano sostanziali modifiche organizzative o eventuali variazioni nella normativa cogente o di altri documenti ufficiali presi a riferimento e comunque entro 3 anni dalla data di applicazione.

9. Allegati

- Allegato 1: Trasporti sanitari
- Allegato 2: Trasporto sanitario per dimissioni
- Allegato 3: Trasporto sanitario per chemioterapia o radioterapia
- Allegato 4: Trasporto sanitario per Dialisi
- Allegato 5: Trasporto sanitario Fuori Regione

10. Riferimenti

- Accordo Quadro Regionale per la regolamentazione dei rapporti tra le Aziende Unità Sanitarie Locali ed Ospedaliere e le associazioni del volontariato e la Croce Rossa Italiana per lo svolgimento dell'Attività di Trasporto Sanitario, 2004

11. Indice revisioni

Revisione n°	Data emissione	Tipo modifica	Titolo
0	13/09/2017	PRIMA EMISSIONE	

12. Lista di diffusione

Direttore Sanitario
Dipartimento Rete Sanitaria Territoriale
Rete Ospedaliera
Dipartimento delle Specialistiche chirurgiche
Dipartimento delle Specialistiche mediche
Dipartimento Oncologico
Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione
Dipartimento del Decentramento
SOC Accordi contrattuali e convenzioni privato accreditato sanitario e socio sanitario



Oggetto: Trasporto sanitario di urgenza (ex ordinario) – Indicazioni

Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie

e p.c. Al Legale rappresentante
della Federazione regionale delle Misericordie
della Toscana

Al Legale rappresentante
dell' A.N.P.AS. – Comitato regionale toscano

Al legale rappresentante
del Comitato regionale della CRI

In relazione a quanto trattato e stabilito nel corso delle ultime riunioni della Conferenza regionale permanente ex art. 76 septies l.r. 40/2005, presiedute dall'Assessore Saccardi, si rappresentano, di seguito, le determinazioni assunte in merito all'attività di trasporto sanitario di urgenza.

- Dimissioni di pazienti toscani verso un domicilio diverso dal proprio domicilio sanitario.

Il servizio di trasporto di pazienti toscani per dimissioni da struttura pubblica o privata convenzionata verso un domicilio diverso dal proprio domicilio sanitario, identificato nel domicilio di un *caregiver* che, a causa delle condizioni cliniche del paziente, ne cura l'assistenza, è a carico del SSR qualora il diverso domicilio sia nell'ambito del territorio regionale.

Le Aziende UU.SS.LL., attraverso i Comitati di Coordinamento di cui all'art. 76 octies della l.r. 40/2005, sono tenute a monitorare il numero di servizi annui al fine di verificare l'esigenza di eventuali interventi correttivi, da sottoporre alla valutazione della Conferenza regionale permanente.

- Appropriata prescrivibilità.

Le Aziende UU.SS.LL. sono tenute a porre in essere ogni azione necessaria affinché i professionisti medici (specialisti dipendenti e convenzionati, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) siano opportunamente edotti in merito alla corretta ed appropriata modalità prescrittiva dei servizi di trasporto sanitario ordinario.

Particolare attenzione deve essere posta alla residenza -i trasporti sanitario ordinari sono garantiti a carico del SSR solo per i pazienti residenti in Toscana- e alle condizioni cliniche del paziente che comportino la necessità di essere trasportati in ambulanza (barellati e non trasportabili con i comuni mezzi) o mediante mezzo attrezzato (soggetti in carrozzina ortopedica portatori di inabilità temporanea o permanente).

Parimenti le Associazioni di Volontariato ed i Comitati della CRI, in quanto parti integranti del servizio sanitario regionale ai sensi della l.r. 40/05, sono tenute alle opportune verifiche ed alla segnalazione tempestiva di eventuali situazioni di difformità e di non rispetto della normativa vigente.

Si invita ad affrontare ed approfondire il tema in oggetto nell'ambito dei Comitati di coordinamento per il trasporto sanitario di emergenza-urgenza di cui all'art. 76 octies della l.r. 40/2005, che rappresentano la sede più idonea per addivenire alle necessarie intese.

Ciò premesso, tutti i servizi già svolti dalle Associazioni di Volontariato e dai Comitati della CRI in presenza di certificazione medica e, ad oggi, oggetto di contestazione a motivo di certificazioni incomplete, difformi o inappropriate, devono essere riconosciuti e soggetti a rimborso.

Nel raccomandare la massima diffusione e applicazione della presente nota, ringrazio in anticipo per la collaborazione e porgo cordiali saluti.

Il Responsabile del Settore
(Dr. Lorenzo Roti)

Trasporti Sanitari

Chi ha diritto

Il trasporto sanitario ordinario a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) è rivolto a tutti i cittadini **residenti** nella Regione Toscana, oltre che qui domiciliati ed iscritti in una delle Aziende Sanitarie Toscane (**il domicilio sanitario non è condizione sufficiente se la residenza è fuori regione**), intrasportabili con i comuni mezzi, in quanto barellati o portatori di inabilità temporanea o permanente, che necessitano quindi di ambulanza o mezzo attrezzato.

Mezzi Concessi

- Ambulanza (soggetti barellati cioè coloro ai quali in ragione della patologia da cui sono affetti o della condizione clinica, va garantito il trasferimento in posizione supina, per esempio casi di allettamento cronico, immunodepressione grave, sintomi invalidanti correlati a malattia oncologica etc...)
- Mezzo attrezzato (dotato cioè di pedana mobile) solo per "soggetti obbligati in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente"
- Auto con soccorritore per soggetti in particolari condizioni cliniche che necessitino di assistenza sanitaria durante il trasporto, soltanto su richiesta dello specialista pubblico per i cicli di chemio/radio, dialisi, o per pazienti ricoverati che devono essere trasferiti o trasportati in altre strutture per esami, trattamenti.

Come accedere al servizio

- **Per trattamenti terapeutici singoli**, ricoveri, esami diagnostici, visite, anche ossigenoterapia in strutture sanitarie pubbliche o private convenzionate è necessaria la richiesta di trasporto rilasciata dal Medico di Medicina Generale/PDF e/o dal Medico Specialista di struttura pubblica, esclusivamente con ambulanza e/o con mezzo attrezzato.
- **Per i trattamenti ripetuti** occorre la richiesta di trasporto rilasciata dallo Specialista Pubblico che richiede la pretazione, in particolare:
 - a) per cicli di trattamenti ripetuti per **chemio e radioterapia**, la richiesta di trasporto sanitario deve essere rilasciata dal medico specialista della struttura pubblica presso la quale il paziente è seguito;
 - b) per la dialisi la richiesta di trasporto sanitario deve essere rilasciata dal medico specialista della struttura pubblica presso la quale il paziente è seguito (Nefrologia e Dialisi);
 - c) nel caso di necessità di trasporti sanitari per **riabilitazione** di patologie moto neuropatiche in fase post acuta, la richiesta deve essere sempre rilasciata dal medico specialista della struttura pubblica che richiede il trattamento (per ulteriori dettagli si rimanda alle informazioni fornite presso il Servizio di Riabilitazione).

Tipologia di trasporti concessi

Il trasporto sanitario ordinario all'interno della Regione Toscana, presso ospedali pubblici e/o strutture sanitarie private convenzionate in costanza di prestazioni a carico del SSR, può essere concesso nei seguenti casi:

- ricoveri in struttura
- dimissioni ospedaliere
- visite specialistiche
- esami diagnostici
- trattamenti terapeutici singoli
- cicli di trattamenti riabilitativi
- trattamenti radioterapici e chemioterapici
- trattamenti dialitici
- altre prestazioni previste dai LEA

NB: La prescrizione del trasporto sanitario deve essere rilasciata dallo stesso medico che prescrive l'esame/terapia; il medico di medicina generale o pediatra di famiglia non possono rilasciare una serie di certificati singoli in sostituzione alla richiesta dello specialista, e non possono trascrivere/prescrivere trasporti proposti da altri.

Tipologia di trasporti non concessi dal SSR:

- **trasporti richiesti in ragione dei disagi di natura sociale e/o familiare dell'utente** (es. mancanza di familiari che possano accompagnare l'assistito alle visite)
- richieste mediche a trasporto avvenuto
- richieste in caso di paziente autosufficiente e/o deambulante

Non sono previsti inoltre i trasporti a carico del SSR per:

- cure termali non LEA
- visite medico-legali
- riconoscimento di invalidità
- visite ed esami effettuati in libera professione o comunque a carico dell'assistito
- impianti di protesi ed ausili protesici (esclusi gli ausili per arti inferiori)
- dimissioni o trasferimenti effettuati per volontà dell'utente stesso
- ricoveri da domicilio a RSA e viceversa
- dimissioni/trasferimenti fra RSA
- trasporti per trattamenti fuori regione (escluse zone di confine)
- richieste relative a ipotesi non contemplate nell'Accordo Quadro Regionale DGRT 379/2004

Tabella riassuntiva estratto dall'Accordo Quadro Regionale

Delibera Regione Toscana 379/2004 (art. 12)

Tipologia trasporti	Autorizzazione (1)	Ambulanza	Mezzo attrezzato (singolo o collettivo)	Auto AA.VV. (singolo o collettivo)	Pulmino AA.VV. (3 o più persone)
Ricoveri in struttura pubblica o privata convenzionata da domicilio (2)	certificato M.M.G., P.L.S.	Soggetti barellati	sogg. in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente	NO	NO
Dimissioni da struttura pubblica o privata convenzionata verso il domicilio	certificato medico U.O. di competenza	soggetti barellati	sogg. in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente	NO	NO
Trasferimenti tra strutture pubbliche o private convenzionate	certificato medico U.O. di competenza	soggetti barellati	sogg. in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente	SI	SI
Trasporto degenti nelle strutture pubbliche o private convenzionate per visite specialistiche, esami diagnostici e/o tratt. terapeutici singoli, non eseguibili nella struttura di degenza	certificato medico U.O. competenza	soggetti barellati	sogg. in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente	SI	SI
Trasporti da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per visite specialistiche, esami diagnostici e/o trattamenti terapeutici singoli	certificato CORD o altra unità operativa di struttura pubblica o M.M.G. o P.L.S.	soggetti barellati	sogg. in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente	NO	NO
Trasporto da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per trattamenti di dialisi o per trattamenti per pazienti affetti da morbo di Hansen	certificato UO pubblica di competenza	soggetti barellati	sogg. in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente	SI	SI
Trasporti da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per cicli di Chemio e/o radio, anche in regime di day hospital	certificato CORD o altra unità operativa	soggetti barellati	sogg. in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente	SI*	SI*
Trasporti da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per cicli x riabilit.patologie moto-neuropatiche in fase post-acuta	certificato Fisiatra o special.pubbl. di competenza	soggetti barellati	sogg. in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente	NO Dal 2007	NO Dal 2007
Trasporti da domicilio a struttura pubblica o privata convenzionata per prestaz.specialis.ambulatoriali ripetitive previste nei LEA e follow-up di patologie croniche di cui al DM 329/99 e successive modificazioni	certificato Specialista pubbl. interessato	soggetti barellati	sogg. in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente	SI*	SI*

(1) L'autorizzazione si sostanzia esclusivamente nella certificazione medica descritta in tabella per le singole fattispecie di trasporto

(2) per domicilio si intende il domicilio sanitario (esclusi coloro con residenza fuori regione)

* per soggetti che necessitano di assistenza sanitaria durante il trasporto garantibile da un soccorritore. Il CORD o altra Unità operativa o lo specialista pubblico di competenza certificano la necessità del trasporto con soccorritore congiuntamente alla predisposizione del piano terapeutico.

Trasporto Sanitario per Dialisi

Chi ha diritto al servizio

Hanno diritto a tale servizio tutti i cittadini **residenti** nella Regione Toscana oltre che qui domiciliati ed iscritti in una delle Aziende Sanitarie Toscane (il domicilio sanitario non è condizione sufficiente se la residenza è fuori regione), che devono recarsi presso il Centro Dialisi e risultano intrasportabili con i comuni mezzi. Il servizio deve essere assicurato anche ai senza fissa dimora ed agli immigrati irregolari.

I medesimi soggetti se residenti fuori Regione, non essendo stato attivato il flusso informativo che permette le compensazioni tra Regioni, non hanno diritto al trasporto sanitario con oneri a carico del SSR.

Richiesta di trasporto

La richiesta di trasporto sanitario deve essere rilasciata dal medico specialista della struttura pubblica presso la quale il paziente è seguito (Nefrologia e Dialisi).

NB: La prescrizione del trasporto sanitario deve essere rilasciata dallo stesso medico che prescrive la terapia; il medico di medicina generale o pediatra di famiglia non possono rilasciare una serie di certificati singoli in sostituzione alla richiesta dello specialista, e non possono trascrivere/prescrivere trasporti proposti da altri.

L'autorizzazione viene rilasciata per periodi di tempo non superiori all'anno ed è rivedibile secondo le indicazioni dello specialista di cui sopra in base ai cambiamenti che possono intervenire nella valutazione dell'autosufficienza del soggetto.

Forme di trasporto

Per i residenti nel territorio della Regione Toscana, oltre al trasporto sanitario effettuato dalle associazioni di volontariato con:

- ambulanza (soggetti barellati cioè coloro ai quali in ragione della patologia da cui sono affetti o della condizione clinica, va garantito il trasferimento in posizione supina, per esempio casi di allettamento cronico, immunodepressione grave, sintomi invalidanti correlati a malattia oncologica etc...),
- mezzo attrezzato (dotato cioè di pedana mobile) solo per "soggetti obbligati in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente",
- auto con soccorritore per soggetti in particolari condizioni cliniche che necessitino di assistenza sanitaria durante il trasporto
- pulmino (in modo collettivo),

sono previste anche forme autonome di trasporto. Infatti, l'Azienda USL per i propri cittadini residenti autosufficienti che si avvalgono dei mezzi propri per raggiungere il Centro Dialisi ha previsto l'erogazione di un contributo per le spese di trasporto sostenute. Lo stesso contributo l'Azienda Asl lo eroga ai propri cittadini residenti che si trovano temporaneamente assistiti presso altri centri dialitici, pubblici o privati di altre Asl, anche di altre regioni o nazioni.

I trasporti in forma autonoma si suddividono in:

1. trasporti extraurbani (compresi le frazioni del comune del centro dialitico)

dove l'Asl riconosce un contributo pari a 1/5 del costo della benzina super per ogni km percorso in andata e in ritorno, calcolato all'inizio di ciascun mese, con riferimento ai prezzi medi nazionali mensili della benzina senza piombo rilevati dal Ministero dello Sviluppo Economico, compreso il rimborso delle spese documentate per pedaggi autostradali, in alternativa il paziente può chiedere l'erogazione del contributo forfetario previsto per i viaggi urbani;

2. trasporti urbani

dove è previsto un contributo, sia che si effettui con mezzo privato, sia con mezzo pubblico ad un costo forfetario annuale pari a L. 780.00 (€ 33.57 mensili) se i trattamenti settimanali sono 3, di L. 520.000 (€ 22.38 mensili) se i trattamenti sono 2 e di L. 260.000 (€ 11.20 mensili) in presenza di un solo trattamento settimanale.

Trasporto Sanitario fuori Regione

Per i trasporti per e da altre Regioni (art. 14 dell'Accordo Quadro), oltre alla richiesta del Medico di medicina generale o pediatra di famiglia o dello Specialista, idoneamente motivata in ordine alla necessità di ricorso alla struttura **pubblica** fuori Regione e da cui si rilevi la necessità di trasporto **in ambulanza**, occorre l'autorizzazione preventiva da idonea struttura individuata da ogni azienda ASL (Distretti, Centrale Operativa del 118 come da normativa, ACOT ecc).
Non sono ammessi i trasporti in costanza di cicli di trattamenti.

Per i trasporti da altra Regione, in caso di dimissione, occorre la richiesta rilasciata dai sanitari del presidio di degenza pubblico in cui sia chiaramente richiesto il trasporto in ambulanza, oltre all'autorizzazione preventiva rilasciata dalla struttura di cui sopra.

NB: per le zone di confine con altre Regioni, come previsto dall'art. 12.2 dell'Accordo Quadro, non si prevede autorizzazione dal momento che gli spostamenti da determinati luoghi possono risultare più agevoli e meno costosi tra Regioni diverse anziché all'interno della Toscana.

Il trasporto sanitario è possibile soltanto mediante ambulanza (soggetti barellati cioè coloro ai quali in ragione della patologia da cui sono affetti o della condizione clinica, va garantito il trasferimento in posizione supina, per esempio casi di allettamento cronico, immunodepressione grave, sintomi invalidanti correlati a malattia oncologica etc...).

Chi non ha diritto al servizio

Il servizio di trasporto fuori Regione è a totale carico del paziente nei seguenti casi:

1. trasporto di soggetto non barellato;
2. trasporto non autorizzato preventivamente dalla struttura ASL/Centrale Operativa 118;
3. in caso di dimissioni volontarie (non per decisione sanitaria);
4. per ragione di disagi di natura socio-economica e/o familiare;
5. dimissione da struttura non pubblica;
6. trasporto ripetuto;
7. trasporto all'estero tranne nei casi di cure programmate preventivamente autorizzate dall'Azienda USL (art. 15 dell'Accordo Quadro).

Trasporto Sanitario per dimissioni

Il trasporto sanitario per dimissione da struttura sanitaria pubblica o privata convenzionata a carico del Servizio Sanitario Regionale è garantito solo ai residenti nella Regione Toscana (per i fuori regione il domicilio sanitario non è condizione sufficiente).

Come si richiede il trasporto per dimissione

Il medico del reparto ospedaliero o del Pronto soccorso o quello della struttura pubblica o privata convenzionata, accertata la condizione del paziente:

1. di soggetto barellato (cioè colui al quale in ragione della patologia da cui è affetto o della condizione clinica, va garantito il trasferimento in posizione supina, per esempio casi di allettamento cronico, immunodepressione grave, sintomi invalidanti correlati a malattia oncologica ecc...),
2. di soggetto non deambulante, portatore di inabilità temporanea o permanente in carrozzina ortopedica obbligata,

rilascia la richiesta di trasporto sanitario per la dimissione in ambulanza o con il mezzo attrezzato.

Nel caso di dimissioni da fuori regione, sono ammesse a carico del SSR solo le richieste fatte dalle strutture pubbliche, e solo in ambulanza, previa autorizzazione preventiva da parte della struttura ASL/centrale operativa 118 di competenza.

NB: per le zone di confine con altre Regioni, come previsto dall'art. 12.2 dell'Accordo Quadro, non si prevede autorizzazione dal momento che gli spostamenti da determinati luoghi possono risultare più agevoli e meno costosi tra Regioni diverse anziché all'interno della Toscana.

Chi non ha diritto al servizio

Il trasporto sanitario per dimissioni non viene concesso nei seguenti casi:

1. paziente autosufficiente
2. paziente non assistito dal servizio sanitario regionale toscano
3. paziente che si dimette volontariamente (non per decisione sanitaria)
4. paziente con problemi di natura socio-economica o familiare
5. paziente ricoverato presso strutture private o anche convenzionate se dimessi da Fuori Regione

Trasporto sanitario per chemioterapia o radioterapia

Chi ha diritto al servizio

Hanno diritto a tale servizio tutti i cittadini **residenti** nella Regione Toscana oltre che qui domiciliati ed iscritti in una delle Aziende Sanitarie Toscane (**il domicilio sanitario non è condizione sufficiente se la residenza è fuori regione**), intrasportabili con i comuni mezzi, in quanto barellati o portatori di inabilità temporanea o permanente.

In particolare il trasporto sanitario è possibile:

- mediante ambulanza (soggetti barellati cioè coloro ai quali in ragione della patologia da cui sono affetti o della condizione clinica, va garantito il trasferimento in posizione supina, per esempio casi di allettamento cronico, immunodepressione grave, sintomi invalidanti correlati a malattia oncologica etc...);
- mediante mezzo attrezzato (dotato cioè di pedana mobile) solo per "soggetti obbligati in carrozzina portatori di inabilità temporanea o permanente";
- mediante auto con soccorritore per soggetti in particolari condizioni cliniche che necessitino di assistenza sanitaria durante il trasporto.

Come avviene la richiesta

La richiesta di trasporto sanitario deve essere rilasciata dal medico specialista della struttura pubblica presso la quale il paziente è seguito.

NB: La prescrizione del trasporto sanitario deve essere rilasciata dallo stesso medico che prescrive l'esame/terapia; il medico di medicina generale o pediatra di famiglia non possono rilasciare una serie di certificati singoli in sostituzione alla richiesta dello specialista, e non possono trascrivere/prescrivere trasporti proposti da altri.

Trasporti fuori Regione Toscana

Non sono ammessi i trasporti in costanza di cicli di trattamenti.

Per le zone di confine con altre Regioni, come previsto dall'art. 12.2 dell'Accordo Quadro, non si prevede autorizzazione dal momento che gli spostamenti da determinati luoghi possono risultare più agevoli e meno costosi tra regioni diverse anziché all'interno della Toscana.

Chi non ha diritto al servizio

Il servizio di trasporto per prestazioni di chemioterapia e/o radioterapia è a totale carico del paziente sia nel reperimento del mezzo che nei costi nei seguenti casi:

- **trasporti richiesti in ragione dei disagi di natura sociale e/o familiare dell'utente** (es. mancanza di familiari che possano accompagnare l'assistito alle visite);
- richieste mediche a trasporto avvenuto;
- richieste in caso di paziente autosufficiente e/o deambulante.



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

Conoscenze di base riguardo le previsioni della legge regionale Toscana 22 maggio 2001 n. 25, relativo regolamento di attuazione e tabelle inerenti le dotazioni obbligatorie dei mezzi di soccorso e i profili formativi del personale soccorritore; conoscenze di base riguardo le previsioni della legge regionale Toscana 30 dicembre 2019, n. 83

15.03.1996, n. 18, art. 3, comma 2, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

Il Direttore Generale
Elisabetta Meucci

Direzione Generale Avvocatura

DECRETO 3 giugno 2004, n. 3130
certificato il 07-06-2004

Atto di citazione al Giudice di Pace di Piombino proposto da Biagi Daniele - risarcimento danni causati da fauna selvatica (10935). Costituzione in giudizio mediante Avvocatura regionale.

IL DIRETTORE GENERALE

Omissis

DECRETA

di costituirsi in ogni stato e grado del giudizio di cui in narrativa, nonché di promuovere, se ricorreranno i presupposti, la relativa azione esecutiva per la ripetizione delle spese che verranno eventualmente tassate nelle sentenze a favore dell'Amministrazione regionale.

Il Presidente pro-tempore della Giunta Regionale Toscana si costituirà nel giudizio pendente avanti al competente organo giudiziario, eleggendo domicilio nel comune ove ha sede il medesimo, affidando la rappresentanza e la difesa degli interessi della Regione all'Avvocatura Regionale, che provvederà mediante Legali iscritti nell'elenco speciale di cui all'art. 3 del R.D.L. 27.11.1933, n. 1578, con facoltà di eleggere domiciliatario e di farsi da questo eventualmente sostituire.

Il presente decreto, ai sensi della L.R. 20.01.1995, n. 9, art. 41, comma 1 lett. a), è soggetto a pubblicità in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale ed è pubblicato per estratto, ai sensi della L.R. 15.03.1996, n. 18, art. 3, comma 2, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

Il Direttore Generale
Elisabetta Meucci

Direzione Generale Avvocatura

DECRETO 3 giugno 2004, n. 3131
certificato il 07-06-2004

Ricorso al Tribunale di Lucca promosso da Ters-

gni Pasquale - indennizzo L. 210/92 per contagio epatite post-trasfusionale (10937). Costituzione in giudizio mediante Avvocatura regionale.

IL DIRETTORE GENERALE

Omissis

DECRETA

di costituirsi in ogni stato e grado del giudizio di cui in narrativa, nonché di promuovere, se ricorreranno i presupposti, la relativa azione esecutiva per la ripetizione delle spese che verranno eventualmente tassate nelle sentenze a favore dell'Amministrazione regionale.

Il Presidente pro-tempore della Giunta Regionale Toscana si costituirà nel giudizio pendente avanti al competente organo giudiziario, eleggendo domicilio nel comune ove ha sede il medesimo, affidando la rappresentanza e la difesa degli interessi della Regione all'Avvocatura Regionale, che provvederà mediante Legali iscritti nell'elenco speciale di cui all'art. 3 del R.D.L. 27.11.1933, n. 1578, con facoltà di eleggere domiciliatario e di farsi da questo eventualmente sostituire.

Il presente decreto, ai sensi della L.R. 20.01.1995, n. 9, art. 41, comma 1 lett. a), è soggetto a pubblicità in quanto conclusivo del procedimento amministrativo regionale ed è pubblicato per estratto, ai sensi della L.R. 15.03.1996, n. 18, art. 3, comma 2, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana.

Il Direttore Generale
Elisabetta Meucci

Direzione Generale Diritto alla Salute e Politiche di Solidarietà

Settore Servizi Sanitari Territoriali e Percorsi Assistenziali

DECRETO 1 giugno 2004, n. 3161
certificato il 08-06-2004

Modifica, ai sensi dell'art. 7, L.R. 22/05/2001, n. 25, delle tabelle relative ai requisiti del personale ed alle attrezzature tecniche delle ambulanze, approvate con decreto 4/10/2001, n. 5371.

IL DIRIGENTE

Premesso

- che la Legge Regionale 22 maggio 2001, n. 25 :
"Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'at-

tività di trasporto sanitario”, all’art. 7 stabilisce che, con Decreto del Dirigente del competente ufficio regionale siano approvate le tabelle con le quali sono individuati i requisiti del personale delle ambulanze, in relazione all’attività di trasporto sanitario di primo soccorso ed ordinario ed all’attività di trasporto sanitario di soccorso e di rianimazione e le tabelle con le quali sono definite le attrezzature tecniche ed il materiale sanitario di cui devono essere dotate le ambulanze in corrispondenza alle predette tipologie;

- che con Decreto del 4 ottobre 2001, n. 5371, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana n. 42 del 17 ottobre 2001, sono state approvate le tabelle attualmente in vigore;

- che il Protocollo d’intesa fra Regione Toscana ed Aziende UU.SS.LL. da una parte e Confederazione delle Misericordie, A.N.P.A.S Regionale, Croce Rossa Italiana dall’altra, di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 268 del 28 marzo del 2003, ha previsto la proroga dell’Accordo Quadro regionale per lo svolgimento del trasporto sanitario sino al 31.12.2003 e la costituzione di un organismo di concertazione per la stesura del nuovo accordo e per la complessiva rivisitazione della organizzazione del trasporto sanitario sul territorio;

- che tale organismo ha istituito, fra gli altri, un apposito gruppo di lavoro formato da esperti delle Aziende UU.SS.LL., delle Misericordie, dell’A.N.P.A.S., della C.R.I. e del Settore Servizi Sanitari Territoriali e Percorso Assistenziale della Direzione Generale del Diritto alla Salute della Regione Toscana, con l’incarico di seguito riportato: “Il sistema territoriale di emergenza-urgenza: omogeneizzazione delle attività e dei modelli organizzativi ed utilizzo appropriato delle risorse e per la revisione delle tabelle ex L.R. 25/2001”;

- che tale gruppo ha attivato al proprio interno un gruppo di lavoro ristretto al fine di adeguare le Tabelle in vigore per il personale e per le attrezzature delle ambulanze alle modalità operative in corso di ridefinizione;

- che le Tabelle modificate sono state fatte proprie dall’organismo di concertazione, nella formulazione di seguito specificata:

- Tabella n. 1, contenente i requisiti per il personale a bordo delle ambulanze, comprensivi delle modalità organizzative e dei contenuti dei corsi di formazione per il personale di soccorso;

- Tabella n. 2, contenente l’elenco delle attrezzature tecniche e del materiale sanitario di cui devono essere dotate le ambulanze, sia secondo le caratteristiche tecniche di tipo “A”, di tipo “A1” o di tipo “B”, sia secondo l’attività di trasporto sanitario consentita, come di seguito specificato:

- trasporto di soccorso e rianimazione
- trasporto di primo soccorso

- trasporto sanitario ordinario.

Visto l’art. 3 della L.R. 17.3.2000, n. 26 e successive modificazioni;

Vista la Legge Regionale 5 agosto, 2003, n. 44 “Ordinamento della dirigenza e della struttura operativa della Regione. Modifiche alla L.R. 17.3.2000, n. 26 “Riordino della legislazione regionale in materia di organizzazione e personale” ed in particolare l’art. 8;

Visto il decreto n. 7369 del 3.12.2003, con il quale la sottoscritta è stata nominata Dirigente Responsabile del Settore “Servizi sanitari territoriali e percorso Assistenziale”;

Vista la necessità di rendere operativi sul territorio regionale i requisiti di personale ed attrezzature, come previsti dalle nuove Tabelle sopra descritte;

Visto che le Tabelle 1 e 2 sono allegate al presente provvedimento, di cui fanno parte integrante e sostanziale;

DECRETA

- di modificare le tabelle relative ai requisiti del personale ed alle attrezzature tecniche delle ambulanze, approvate con Decreto Dirigenziale del 4 ottobre 2001, n. 5371, ai sensi dell’art. 7, Legge Regionale 22 maggio 2001, n.25;

- di approvare la tabella contenente i requisiti e la formazione per il personale a bordo delle ambulanze e la tabella contenente l’elenco delle attrezzature tecniche e del materiale sanitario in dotazione ai diversi tipi di ambulanze, Tabelle 1 e 2, che si allegano al presente provvedimento, di cui sono parte integrante e sostanziale;

- di stabilire che le suddette Tabelle siano applicate entro il termine massimo del 15 settembre 2004, in armonia con le modalità attuative dell’Accordo Quadro per il trasporto sanitario.

Il presente provvedimento è soggetto a pubblicazione integrale, compresi gli allegati, sul Bollettino Ufficiale della Regione Toscana. ai sensi del comma i), art. 2, Legge Regionale 15 marzo 1996, n. 18.

Il Dirigente
Laura Tramonti

SEGUONO ALLEGATI

TABELLA 1**REQUISITI PER IL PERSONALE A BORDO DELLE AMBULANZE****Ambulanza di trasporto ordinario**

In caso di trasporto ordinario è obbligatoria la presenza a bordo di:

- un autista, con patente di guida di categoria B;
- almeno un soccorritore di livello di base.

Ambulanza di primo soccorso e di supporto all'automedica

In caso di trasporto di primo soccorso è obbligatoria la presenza a bordo di:

- un autista, con patente di guida di categoria B;
- almeno un soccorritore;

Entrambi devono essere in possesso di abilitazione al livello avanzato.

Ambulanza di soccorso e rianimazione

In caso di trasporto di soccorso e rianimazione e/o di trasporto assistito è obbligatoria la presenza a bordo di:

- un autista, con patente di guida di categoria B;
- due soccorritori di livello avanzato;
- un medico dipendente dall'Azienda sanitaria o convenzionato con la stessa, in possesso dei requisiti previsti dalle normative nazionali e regionali vigenti in materia oppure
- un infermiere professionale dipendente dell'Azienda sanitaria, che abbia superato il percorso formativo appositamente definito dal Coordinamento dei direttori di Centrale Operativa 118.

In caso di trasporto assistito gestito direttamente da un'associazione del volontariato o da una sezione della C.R.I.,ferme restando per l'equipaggio le caratteristiche di cui sopra, il medico può non essere dipendente o convenzionato con il S.S.N., ma deve, ovviamente , essere in possesso dei requisiti di legge .

Abilitazioni

I corsi verranno svolti con le modalità ed i contenuti dei protocolli formativi: **n. 1 A)** per il livello di base, **n. 1 B)** per il livello avanzato, anche con l'ausilio dei formatori, di cui al protocollo **n.1 C)**.

La Regione Toscana predispone le linee guida, nel rispetto di quelle internazionali, relativamente alle manovre di BLS – BLS-D – P-BLS – SVT e APPROCCIO ALL'ELISOCORSO. Le suddette linee guida, contenute negli Allegati 1A,1B,1C, sono il riferimento per tutte le attività attinenti alla formazione nel soccorso e trasporto sanitario, ivi comprese la pubblicazione e la diffusione di materiale didattico da parte degli Organismi Federativi.

Gli Organismi Federativi delle associazioni trasmettono annualmente, ai Responsabili delle C.O.118 territorialmente competenti, i nominativi dei soccorritori con l'indicazione dell'abilitazione in possesso.

L'iter formativo del personale sia volontario sia dipendente della C.R.I., stabilito dal Regolamento istitutivo dell'Ente, risulta conforme a quello previsto per il livello avanzato.

La relativa certificazione viene rilasciata dalla Direzione Sanitaria Regionale della C.R.I.

NORMA FINALE

Soccorritori provenienti da altre regioni, in possesso di abilitazione equivalente a quelle di cui ai successivi Protocolli 1A e 1B potranno essere utilizzati nelle attività di trasporto e di soccorso sanitario, occasionalmente e per periodi di tempo limitati, se in possesso di idonea documentazione, che dovrà essere acquisita dal Rappresentante legale dell'Associazione utilizzatrice.

N. 1 A)

**PROTOCOLLO FORMATIVO DEI SOCCORRITORI VOLONTARI DI
LIVELLO BASE**

MODALITA' ORGANIZZATIVE

CORSI DI FORMAZIONE

I corsi di formazione sono organizzati dalle associazioni iscritte nel Registro Regionale del volontariato, di cui alla L. 266/91 ed alla L.R. 28/93 (e successive modificazioni) che svolgono servizio di soccorso.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE AI CORSI

Ai corsi si può accedere al compimento del 16° anno di età, previa presentazione di attestazione medica di idoneità psicofisica al servizio rilasciata in data non antecedente a tre mesi.

RESPONSABILE DEL CORSO

Il responsabile del corso, della sua organizzazione, nonché della valutazione finale è il Presidente dell'associazione promotrice, o suo delegato.

DURATA DEL CORSO

20 ore complessive.

ABILITAZIONE

Iscrizione agli appositi registri presso gli Organismi Federativi di riferimento. Il mantenimento in tali elenchi sarà subordinato alla certificazione biennale, da parte della associazione di appartenenza, dello status di volontario attivo.

Possono essere abilitati, in deroga a quanto sopra prescritto, i Laureati in Medicina e Chirurgia ed i Diplomati in Scienze Infermieristiche.

CONTENUTI DEL CORSO

- conoscenza attivazione sistemi emergenza;
- approccio corretto col cittadino infermo o infortunato;
- valutazione stato del paziente e supporto vitale di base;
- tecniche di barellaggio;
- procedure amministrative.

N. 1 B)**PROTOCOLLO FORMATIVO DEI SOCCORRITORI VOLONTARI DI LIVELLO AVANZATO****MODALITA' ORGANIZZATIVE DEL CORSO***ORGANIZZAZIONE*

I corsi di formazione sono organizzati dalle Associazioni iscritte nel Registro Regionale del volontariato, di cui alla L.266/91 ed alla L.R. 28/93 (e successive modificazioni), che svolgono servizio di trasporto sanitario di soccorso.

REQUISITI PER L'AMMISSIONE

Al corso si può accedere al compimento del 18 anno di età, previa presentazione di attestazione medica di idoneità psicofisica al servizio rilasciata in data non antecedente a tre mesi.

DIREZIONE

Il Direttore del corso è un Medico o un'Infermiere, designato dall'Associazione promotrice del corso.

DOCENTI

I docenti sono scelti dal direttore del corso in base a criteri di competenza specialistica e di efficacia didattica.

DURATA

La durata del corso è di 95 ore, così suddivise: 25 di teoria, 40 di pratica e 30 di tirocinio; a quest'ultimo si accede solo dopo lo svolgimento delle lezioni teorico pratiche relative alle tecniche di barellaggio.

COMMISSIONE D'ESAME

E' costituita dal direttore del corso, da un delegato dell'Organismo Federativo di appartenenza e dal responsabile medico della C.O. 118 territorialmente competente (o suo delegato). La commissione entro i successivi 15 gg. Concorda con l'Associazione la data e la sede di svolgimento degli esami.

A partire dai 15 giorni precedenti il termine del corso l'Associazione richiede i nominativi dei componenti la commissione al responsabile medico della C.O. 118 territorialmente competente ed agli Organismi Federativi di appartenenza, che li comunicano entro 15 gg. dal ricevimento della richiesta.

ESAME FINALE

La sessione d'esame deve prevedere un numero di candidati non inferiore a dieci. Per numeri inferiori di candidati può essere previsto un accorpamento di sessioni fra le Associazioni presenti sul territorio dell'Azienda U.S.L. Per l'ammissione all'esame il direttore del corso deve verificare la partecipazione del candidato ad almeno l'80% delle ore previste per teoria ed esercitazioni. Le eventuali assenze devono essere recuperate in momenti strutturati in accordo con i docenti.

In deroga, anche senza la partecipazione al corso, possono essere ammessi all'esame gli aspiranti :

- in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia o del diploma di Scienze Infermieristiche
- Soccorritori trasferiti da altra Regione .

L'esame finale è composto da una prova scritta ed una prova pratica.

- Prova scritta: 20 test a risposte multiple, estratti da una serie di quiz predisposti a livello regionale, riguardanti gli argomenti trattati nel programma; la prova è superata con almeno l'80% di risposte esatte.

- Prova pratica: esecuzione di tecniche manuali inerenti le manovre del supporto vitale di base e di tecniche strumentali inerenti le manovre del supporto vitale nel trauma, secondo i criteri di valutazione dettati dai protocolli internazionali. Per l'espletamento della prova pratica la Commissione può avvalersi di ulteriore personale sanitario e/o tecnico operante nel sistema dell'emergenza.

Al termine della sessione la Commissione redige apposito verbale in triplice copia, con i nominativi dei soccorritori che, per valutazione unanime della Commissione stessa, hanno superato l'esame. Il delegato dell'Organismo Federativo ed il responsabile medico 118 (o suo delegato) trasmettono agli enti di appartenenza copia del verbale in base al quale gli Organismi federativi potranno rilasciare i conseguenti attestati di idoneità, con validità biennale.

Gli aspiranti che non supereranno l'esame dovranno nuovamente frequentare il corso prima di ripresentarsi.

RETRAINING

Su indicazione degli Organismi Federativi di appartenenza ciascuna Associazione effettuerà, obbligatoriamente ogni due anni, una apposita verifica sul mantenimento da parte dei soccorritori della qualificazione in possesso, da integrare – quando necessario – con attività di “riaddestramento”. Degli esiti sarà informato l'Organismo federativo di riferimento, che conseguentemente riconfermerà l'attestato di idoneità per il livello avanzato per altri due anni, oppure lo revocherà o lo modificherà, limitandolo al solo livello di base.

NORME TRANSITORIE

Sono confermati i soccorritori volontari di livello di base, di livello avanzato ed i formatori soccorritori già iscritti nei registri di pertinenza, nel rispetto di quanto prescritto per il retraining di ciascun livello.

Sono confermati i Medici e gli Infermieri che hanno usufruito della deroga all'abilitazione di cui alla Tabella 1 ex decreto n.5371 del 4.10.2001.

OBIETTIVI E CONTENUTI DEL CORSO

Gli operatori del volontariato vogliono perseguire la finalità di una completa integrazione nel sistema di soccorso in emergenza-urgenza mirando alla sua ottimale funzionalità nel rispetto dei seguenti obiettivi generali:

OBIETTIVI GENERALI

- acquisire la consapevolezza del ruolo sociale del volontario;
- saper rilevare i bisogni del cittadino utente ed operare per il loro soddisfacimento;
- possedere gli elementi per la piena conoscenza delle azioni e delle tecniche complesse che interagiscono nelle missioni di soccorso;
- saper coordinare l'intervento dei soccorsi, per quanto di propria competenza;
- saper collaborare nell'ambito di una équipe di soccorso con il personale sanitario.

RUOLO DEL VOLONTARIATO

(1 ora – teoria)

- Cosa vuol dire essere volontari;
- Finalità e ruolo della propria organizzazione;
- La struttura locale, regionale e nazionale della propria organizzazione.

ASPETTI RELAZIONALI NELL'APPROCCIO AL PAZIENTE

(2 ore – teoria + 2 ore lavoro di gruppo)

- le necessità primarie dei pazienti nei momenti di pericolo;
- i problemi dell'individuo connessi al passaggio repentino da uno stato di benessere allo stato di malattia (II dolore la morte);
- possibili schemi di comportamento che sviluppino la comunicazione e l'autocontrollo.

L'ORGANIZZAZIONE DEI SISTEMI D'EMERGENZA

(4ore – teoria)

- conoscere i protocolli operativi del sistema di emergenza-urgenza;
- definire l'importanza del concetto di "catena dei soccorsi";
- definire l'importanza del coordinamento del soccorso, dal punto di vista sociale;
- conoscere le componenti del sistema d'emergenza;
- definire i ruoli degli operatori presenti all'interno dei sistema di emergenza;
- conoscere le risorse del territorio;
- comprendere il significato dell'integrazione delle varie componenti il sistema.

ASPETTI LEGISLATIVI DELL' ATTIVITA' DEL SOCCORRITORE VOLONTARIO

1 ora – teoria)

- La responsabilità penale;
- La responsabilità civile;
- Le leggi regionali e nazionali che regolano l'attività di soccorso.

II SUPPORTO VITALE DI BASE E NORME ELEMENTARI DI PRIMO SOCCORSO

(2 ore teoria + 6 ore pratica)

- Basi di anatomia e fisiologia applicate alle situazioni di emergenza non traumatiche;
- Definire il concetto di morte improvvisa;
- La catena della sopravvivenza;
- Valutazione dello stato di coscienza;
- Valutazione attività respiratoria – respirazione artificiale;
- Valutazione circolazione – massaggio cardiaco esterno;
- Manovra a due soccorritori;
- Ostruzioni delle vie aeree da corpo estraneo;
- Manovre di disostruzione delle vie aeree;
- Posizione laterale di sicurezza;
- Supporto vitale di base in situazioni particolari: folgorazione, annegamento, ustioni, trauma, distermia.

II SUPPORTO VITALE DI BASE PEDIATRICO

(2 ore teoria + 6 pratica)

- Elencare le principali emergenze pediatriche nel lattante e nel bambino;
- Definire le cause di A.C.R. nel lattante e nel bambino;
- Valutazione dello stato di coscienza;
- Valutazione attività respiratoria – respirazione artificiale;
- Valutazione circolazione – massaggio cardiaco esterno nel lattante e nel bambino;
- Manovra a due soccorritori;
- Ostruzioni delle vie aeree da corpo estraneo;
- Manovre di disostruzione delle vie aeree.

**TRAUMATOLOGIA E TRATTAMENTO DELLE LESIONI
SUPPORTO VITALE NEL TRAUMA**

(4 ore teoria + 16 pratica)

- Basi di anatomia e fisiologia applicate alle situazioni di emergenza traumatica;
- Catena della sopravvivenza nelle emergenze traumatiche;
- I protocolli che disciplinano l'arrivo sul posto della squadra di soccorso;
- Valutazione primaria;
- Valutazione secondaria;
- I sistemi di immobilizzazione e trasporto;
- Esercitazioni per simulazione.

LE ATTREZZATURE IN EMERGENZA SANITARIA

(1 ore teoria + 2 pratica)

- Le apparecchiature elettromedicali: conoscenza e modalità d'impiego;
- L'impiego pratico di tutti i presidi in interventi complessi.

II SUPPORTO VITALE AVANZATO CON ATTREZZATURE SPECIFICHE

(2 ore totali + 8 pratica)

- Il supporto vitale avanzato;
- Le attrezzature particolari utilizzate nel supporto vitale avanzato;
- Definire i protocolli operativi del supporto vitale avanzato;
- Sapere applicare, sotto controllo del medico, i protocolli internazionali del supporto vitale avanzato ed operare in équipe secondo modalità adeguate;
- Esercitazioni per simulazione.

PROBLEMATICHE DEL SOCCORSO IN SITUAZIONI SPECIFICHE SOCIO-SANITARIE

(1 ore – teoria)

Titoli:

- riconoscimento delle evenienze specifiche :
 - psichiatria
 - tossicodipendenza
 - alcoolismo
- Approccio mirato al paziente
- Normative vigenti

**I MEZZI DI SOCCORSO
IGIENE E PREVENZIONE NEL SOCCORSO E SULLE AMBULANZE**

(1 ore)

- conoscere le caratteristiche tecniche dei mezzi di soccorso;
- identificare le problematiche relative alla trasmissione interumana di malattie infettive durante le attività di soccorso;
- conoscere le procedure necessarie al mantenimento dell'igiene ambientale dei mezzi di soccorso.

PREVENZIONE ANTINFORTUNISTICA

(2 ora teoria)

- La prevenzione antinfortunistica negli interventi di soccorso;
- Le norme di comportamento e le procedure necessarie alla prevenzione degli infortuni durante il soccorso.

L' INTERVENTO A SUPPORTO DELL' ELISOCCORSO

(2 ore teoria)

- I ruoli ed i compiti dell'elisoccorso;
- La tipologia del servizio;
- I criteri per la scelta e messa in sicurezza delle zone di atterraggio;
- Sapere utilizzare correttamente i mezzi di comunicazione:
 - - ambulanza > centrale 118 > elicottero
 - - ambulanza > elicottero
- I fattori di rischio nell'intervento in appoggio all'elisoccorso.

N. 1 C)

PROTOCOLLO FORMATIVO **PER SOCCORRITORI VOLONTARI FORMATORI**

MODALITA' ORGANIZZATIVE DEL CORSO

ORGANIZZAZIONE

Il corso è organizzato dagli Organismi Federativi delle Associazioni del Volontariato iscritte nel Registro Regionale di cui alla L. 266/91 ed alla L.R. 28/93 (e successive modificazioni) che svolgono servizio di trasporto sanitario.

ACCESSO

L'ammissione al corso di formazione è consentita ai volontari in possesso di attestato di "soccorritore di livello avanzato" conseguito da almeno tre anni, proposti dall'Associazione di appartenenza e selezionati dagli Organismi Federativi.

In parziale deroga è consentita l'ammissione al corso, anche in mancanza di tale requisito, ai Laureati in Medicina e Chirurgia ed ai Diplomatici in Scienze Infermieristiche.

DIRETTORE

Rappresentante dell'Organismo Federativo promotore del corso.

DOCENTI

Esperti della comunicazione e psicologi, con specifica esperienza nel campo dell'emergenza, formatori regionali volontari nel settore sanitario, medici e infermieri professionali, designati dal coordinamento delle C.O. 118.

DURATA

La durata del corso è di 39 ore, comprensive di teoria ed esercitazioni pratiche.

ESAME FINALE

L'ammissione all'esame finale è subordinata al giudizio di idoneità formulato dai docenti del corso in seguito alle valutazioni da loro effettuate durante le lezioni stesse.

L'esame sarà articolato in due sessioni:

- sanitaria con la presentazione di una microlezione, di dieci minuti di esposizione;
- relazionale.

COMMISSIONE D'ESAME

E' costituita da un rappresentante dell'Organismo Federativo, da un rappresentante dei docenti e da un rappresentante del Coordinamento delle Centrali Operative 118.

Solo il superamento di entrambe i moduli del corso consentirà il rilascio dell'attestato di Soccorritore Formatore, da parte dagli Organismi Federativi e congiuntamente al Coordinamento delle Centrali Operative 118.

I volontari che risulteranno idonei saranno iscritti nel Registro Regionale dei Formatori Volontari nel Settore Sanitario, gestito congiuntamente dagli Organismi Federativi di riferimento.

RETRAINING

Il Registro regionale verrà aggiornato dagli Organismi Federativi ogni due anni a seguito del superamento di un retraining obbligatorio.

B.L.S.D.

Qualora il Dirigente della CO 118 ritenga necessario attivare Istruttori BLS-D laici, come previsto dalla Deliberazione della Giunta Regionale n. 762 del 22/07/2002, questi saranno individuati, dallo Organismo Federativo di appartenenza, all'interno del Registro Regionale dei Formatori Volontari Soccorritori

CONTENUTI DEL CORSO**ASPETTI RELAZIONALI**

DURATA: 11 h

- la relazione: il rapporto con l'Associazione, con i volontari, con il paziente in una operazione di soccorso;
- la distinzione fra le necessità sanitarie e psicologiche di un intervento;
- l'ascolto: le esigenze della squadra di soccorso e dell'infortunato;
- la rielaborazione: ogni situazione prima di essere "archiviata" va analizzata per assimilare le azioni positive e non ripeterne eventuali errori;
- l'approccio relazionale al volontario in formazione;
- fondamenti dell'apprendimento.

GLI ASPETTI GIURIDICI

DURATA: 2h

- le leggi nazionali e regionali in materia di soccorso;
- la responsabilità giuridica;
- la responsabilità penale;
- la responsabilità civile.

I PROTOCOLLI FORMATIVI NELLA NORMATIVA REGIONALE

DURATA: 2h

- i requisiti necessari all'Associazione per l'organizzazione dei corsi sanitari;
- i requisiti necessari al cittadino per essere ammesso ai corsi sanitari;
- i requisiti e le attribuzioni del Direttore Sanitario del corso;
- gli argomenti da trattare nei corsi di formazione;
- la durata dei corsi;
- le modalità di svolgimento degli esami (composizione commissione, compilazione del verbale d'esame);
- le modalità di richiesta del membro ASL per la commissione d'esame;
- le modalità di comunicazione dell'esito dell'esame agli organi competenti.

BLS E PBLs

DURATA: 10 h

prima parte 3 ore teoria (lezione plenaria)

- retraining teorico e pratico 1 ora
- fondamenti del processo di apprendimento: 1 ora
 - definizione di apprendimento
 - condizioni che influenzano l'apprendimento
 - le aree di apprendimento
 - la definizione degli obiettivi educativi
- strutturare una lezione 30'
- gestire una simulazione 30'

seconda parte 6 ore pratica (gruppi di 4/5 persone)

- le diapositive del bls e blsd 2 ore
- esposizione di una microlezione 1 ora
- addestramento alla gestione dell'isola di training 3 ore

terza parte 1 ora – valutazione.

- valutazione all'esposizione 30'
- valutazione alla gestione del training 30'

SVT

DURATA: 14 h

prima parte 4 ore teoria (lezione plenaria)

- il programma e la struttura del corso svt 1 ora
- le diapositive del corso 1 ora
- come gestire le tecniche semplici e il megacode 1 ora
- la valutazione del corso svt 1 ora

seconda parte 8 ore (gruppi 4/5 persone)

- la gestione delle isole di training 6 ore
obiettivo: ogni gruppo ruoterà sulle isole predisposte come per il corso esecutori ed effettuerà l'addestramento nel ruolo di istruttore.
- la gestione del megacode 2 ore
l'istruttore proverà e discuterà le problematiche della gestione del megacode. gli scenari dei megacode faranno parte del corredo del materiale dell'istruttore

terza parte 2 ore - valutazione

- valutazione all'esposizione 1 ora
- valutazione alla gestione del training 1 ora

(GRUPPI MAX 15 PERSONE – RAPPORTO ALLIEVI / ISTRUTTORE 5:1)

TABELLA 2

ATTREZZATURE TECNICHE E MATERIALE SANITARIO IN DOTAZIONE ALLE AMBULANZE

Trasporto di soccorso e rianimazione

(Ambulanza Tipo "A" e Tipo "A 1")

Trasporto sanitario di emergenza ed urgenza con modello organizzativo "ambulanza con medico a bordo" o "ambulanza con infermiere"

Materiale in dotazione**Punto 1**

- fumogeni e torce a vento;
- forbici tipo Robin;
- faro estraibile;
- estintore;
- kit utensili :
 - cesoie;
 - piede di porco;
 - seghetto a ferro;
 - martello;
 - guanti da lavoro (secondo norma EN 420);
 - fettuccia bianco-rossa;
- dotazione di almeno 4000 litri di ossigeno. Nel caso in cui ci siano 2 bombole da 2000 litri ciascuna, una si deve intendere in esercizio e l'altra piena (di scorta); nel caso invece di tre o più bombole si intende una in esercizio e le altre piene (di scorta). Le bombole si intendono con riduttore di pressione, manometro con due attacchi di 02 a parete, con almeno due flussometri (con marcatura CE secondo normative UNI-9507);
- dotazione di ossigeno con bombole portatili con una capacità totale di almeno 5 litri, di cui una bombola in esercizio e le restanti piene (di scorta);
- barella autocaricante o non;
- barella a cucchiaio con cinture di sicurezza;
- contenitore aghi usati;
- contenitore rifiuti sanitari;
- padella e pappagallo;
- telo portaferti con maniglie;
- coperte e lenzuoli di ricambio;
- serie collari cervicali (*);
- serie steccobende (*);
- laccio da emostasi;
- tavola spinale radiotrasparente completa di ferma capo, frontale, mentoniera e ragno (*);
- ricetrasmittente veicolare;
- ricetrasmittente portatile(**vedi elenco allegato**);
- telefono cellulare (**vedi elenco allegato**);
- 2 aspiratori endocavitari, di cui almeno uno portatile elettrico e a batteria;
- monitor ECG più DEF, con registrazione su carta, portatile a batteria (**vedi elenco allegato**);
- elettrocardiografo portatile a batteria (**vedi elenco allegato**);
- pulsossimetro portatile a batteria, con sonda per adulti e pediatrica (**vedi elenco allegato**);
- frigorifero per conservazione farmaci (**vedi elenco allegato**);
- minimo 3 attacchi coassiali 12 V;

- materasso a depressione (uno per soggetto autorizzato);
- estricatore di sicurezza;
- respiratore automatico (facoltativo, fatti salvi accordi locali);
- pompa da infusione a siringa (facoltativa, fatti salvi accordi locali).

Punto 2

- set suture;
- 2 pinze di Klemmer;
- ove previsti, secondo indicazione del Responsabile della C.O.: farmaci, mandrini (per adulti e pediatrici), minitrach, tubi O.T. e filtri (per adulti e pediatrici) saranno predisposti, controllati e reintegrati dal personale del 118 (*);
- kit di rianimazione per adulti;
 - sfigmomanometro per adulti;
 - fonendoscopio;
 - pallone di ambu per adulti completo di maschere;
 - 1 laringoscopio per adulti, con 3 lame;
 - pinza di magill;
 - cannule orofaringee;
- kit di rianimazione neonatale – pediatrica;
 - sfigmomanometro pediatrico;
 - 1 laringoscopio con lame pediatriche-neonatali, 3 curve e 3 rette;
 - pinza di magill;
 - 1 pallone di ambu neonatale-pediatrico con maschere pediatriche e neonatali;
 - cannule orofaringee.

Punto 3

Descrizione specifica del materiale di consumo:

O ossigeno ()**

- fumogeni e torce a vento;
- telo sterile
- telo termoisolante;
- maschera a percentuale variabile O₂;
- guanti non sterili monouso;
- kit di medicazione;
 - ◆ set monouso medicazioni;
 - ◆ bende;
 - ◆ set suture ;
- kit per la determinazione della glicemia;
- sondini aspirazione;
- sondini nasogastrici;
- cateteri vescicali;
- sacchetti raccoglitori;
- sistema drenaggio toracico di emergenza;
- sistema cosiddetto “va e vieni” per adulti e pediatrico;
- guanti sterili;
- cannule orofaringee (per adulti e pediatriche);
- farmaci;
- mandrini (per adulti e pediatrici);
- minitrach;
- tubi orotracheali;
- filtri (per adulti e pediatrici);

- materiale per infusione;
- elettrodi monitoraggio ECG (per adulti e pediatrici);
- gel conduttore.

Elenco attrezzature per le quali è consentita la proporzione minima

- Defibrillatore;
- Elettrocardiografo;
- Pulsossimetro;
- Telefono cellulare attivo;
- Zaini e/o borse per la custodia dei farmaci e del materiale sanitario e dispositivi medici di cui al "Punto 2" (*);
- Ricetrasmittente portatile;
- Frigorifero per conservazione farmaci.

Proporzione minima consentita per ambulanze di Tipo "A" e "A1"

Numero Ambulanze di Tipo "A" e di tipo "A1" per Associazione	Numero Attrezzature obbligatorie corrispondenti per Associazione
1	1
2	2
3	2
4	2
5	3
6	3
7	4
8	4
9	4
10	5
11	5
12	5
13	6
14	6
15	6
16	7

Trasporto di primo soccorso ed ordinario (Ambulanza Tipo "A", "A1", "B")

Trasporto di primo soccorso

Trasporto sanitario di emergenza ed urgenza con modello organizzativo che non prevede a bordo medico o infermiere (es. ambulanza in rendez-vous).

Materiale in dotazione

Punto 1

- fumogeni e torce a vento;
- forbici tipo Robin;
- faro estraibile;
- estintore;
- kit utensili:
 - cesoie;
 - piede di porco;
 - seghetto a ferro;
 - martello;
 - guanti da lavoro (secondo norma EN 420);
 - fettuccia bianco-rossa;
- aspiratore endocavitario portatile elettrico e a batteria;
- dotazione di almeno 2000 litri di ossigeno con due o più bombole di cui una in esercizio e l'altra/e piena/e (di scorta). Le bombole si intendono con riduttore di pressione, manometro con due attacchi di O₂ a parete, con almeno due flussometri (con marcatura CE secondo normative UNI-9507);
- dotazione di ossigeno con bombola/e portatile/i con capacità complessiva di almeno 3 litri;
- barella autocaricante o non;
- barella a cucchiaio con cinture di sicurezza;
- contenitore aghi usati;
- contenitore rifiuti sanitari;
- padella e pappagallo;
- pallone di ambu completo di maschere (2 per adulti, 1 pediatrica);
- telo portaferti con maniglie;
- coperte e lenzuoli di ricambio;
- serie collari cervicali(*);
- serie steccobende(*);
- laccio da emostasi;
- tavola spinale radiotrasparente completa di ferma capo, frontale, mentoniera e ragno(*);
- ricetrasmittente veicolare;
- pulsossimetro portatile a batteria, con sonda per adulti e pediatrica;
- minimo 2 attacchi coassiali 12 V.

Punto 2

Descrizione specifica del materiale di consumo:

- ossigeno (**)
- fumogeni e torce a vento;
- 4 cannule orofaringee di varie misure;
- telo sterile;
- telo termoisolante;
- maschera a percentuale variabile O₂;

- guanti non sterili monouso;
- kit di medicazione:
 - ◆ bende;
 - ◆ set monouso medicazioni;
 - ◆ cerotti a nastro;
 - ◆ garze piccole e grandi, sterili e non;
 - ◆ disinfettanti.

Trasporto ordinario

Materiale in dotazione

Punto 1

- estintore;
- aspiratore endocavitario;
- dotazione di almeno 2000 litri di ossigeno con due o più bombole di cui una in esercizio e l'altra/e piena/e (di scorta). Le bombole si intendono con riduttore di pressione, manometro con due attacchi di O₂ a parete, con almeno due flussometri (con marcatura CE secondo normative UNI-9507);
- dotazione di ossigeno con bombola/e portatile/i con capacità complessiva di almeno 3 litri;
- barella autocaricante o non;
- barella a cucchiaio con cinture di sicurezza;
- contenitore aghi usati;
- contenitore rifiuti sanitari;
- padella e pappagallo;
- pallone di ambu completo di maschere (2 per adulti, 1 pediatrica);
- telo portafertiti con maniglie;
- coperte e lenzuoli di ricambio;
- serie collari cervicali(*);
- serie steccobende(*);
- laccio da emostasi;
- ricetrasmittente veicolare;
- minimo 2 attacchi coassiali 12 V.

Punto 2

Descrizione specifica del materiale di consumo:

- ossigeno (**)
- 4 cannule orofaringee di varie misure;
- telo sterile;
- telo termoisolante;
- maschera a percentuale variabile O₂;
- guanti non sterili monouso;
- kit di medicazione:
 - ◆ bende;
 - ◆ set monouso medicazioni;
 - ◆ cerotti a nastro;
 - ◆ garze piccole e grandi, sterili e non;
 - ◆ disinfettanti.

Nota N. 1

- a) il materiale di consumo viene inizialmente fornito dall'Azienda U.S.L. e, successivamente, erogato soltanto ai soggetti in possesso dell'autorizzazione al trasporto sanitario che abbiano stipulato, con l'Azienda U.S.L., la convenzione. Il reintegro di tale materiale avverrà solamente in base all'effettivo e dimostrato consumo, oppure alla scadenza del prodotto;
- b) (***) le modalità per la fornitura dell'ossigeno saranno stabilite a livello di Area Vasta e/o mediante appositi accordi a livello locale.

Nota N. 2

Il materiale così evidenziato: (*) è definito dal Responsabile di ciascuna Centrale Operativa.

Nota n. 3

Le apparecchiature elettromedicali e l'impianto elettrico devono essere conformi alle norme tecniche CEI – UNI ed alle direttive europee riferite al settore.

Nota n. 4

Per quanto riguarda la compatibilità elettromagnetica dei dispositivi elettromedicali si applicano i requisiti prescritti dal Decreto Legislativo 12 Novembre 1996, n.615, dal D.M. del 18 Maggio 1999 e dalla Direttiva CEE 54/95.

Nota n. 5

Per quanto riguarda l'impianto di erogazione dei gas medicali deve essere presente apposita segnalazione di esaurimento degli stessi, visibile dal vano sanitario.

Nota n. 6

Il titolare dell'autorizzazione produrrà i resoconti degli esiti della verifica periodica degli apparecchi elettromedicali, su richiesta della Commissione di Vigilanza dell'Azienda U.S.L.

Nota n. 7

Non è consentito lo stoccaggio di farmaci né di presidi medico-chirurgici termolabili all'interno delle ambulanze.

Nota n. 8

Il rappresentante legale della singola Associazione, al momento del sopralluogo ai fini della verifica dei requisiti (per prima autorizzazione e/o per successive modifiche) dovrà rilasciare alla Commissione di Vigilanza apposita dichiarazione specificando espressamente, in relazione ad ogni singola ambulanza, se intende esercitare solo il trasporto ordinario oppure solo il primo soccorso o invece entrambi i tipi di trasporto, in conformità con la richiesta inviata al Comune di competenza.

Legge regionale 30 dicembre 2019, n. 83

Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario.

(Bollettino Ufficiale n. 1, parte prima, del 10.01.2020)

PREAMBOLO

Il Consiglio regionale

Visto l'articolo 117, comma terzo, della Costituzione;

Visto l' articolo 4, comma 1, lettera c), dello Statuto;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421);

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale);

Visto il regolamento emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 4 gennaio 2012, n. 1/R (Regolamento di attuazione dell'articolo 76 undecies della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" in tema di riorganizzazione del sistema sanitario di emergenza urgenza);

Visto il parere favorevole del Consiglio delle autonomie locali espresso nella seduta del 2 aprile 2019;

Considerato quanto segue:

1. La legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'esercizio del trasporto sanitario) ed il suo regolamento attuativo, emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 1° ottobre 2001, n. 46/R, rappresentano normative ormai risalenti, che devono essere completamente riviste sia nell'impianto generale, sia in alcuni aspetti di merito;

2. Per quanto riguarda il primo aspetto è necessario, innanzitutto, rendere il testo legislativo coerente con l'articolo 63 dello Statuto includendo in esso tutte le disposizioni, attualmente regolamentari, che disciplinano i procedimenti autorizzatori di competenza dei comuni;

3. Per quanto riguarda i profili di merito, è opportuno:

a) introdurre l'obbligo, a carico dei soggetti che chiedono l'autorizzazione, di allegare alla presentazione della domanda anche l'elenco dei mezzi di soccorso e dei soccorritori;

b) semplificare la procedura per l'utilizzo dei mezzi di soccorso di altri soggetti autorizzati nel caso di momentanea indisponibilità del mezzo, sostituendo l'autorizzazione prevista dall'articolo 3, comma 8, del d.p.g.r. 46/R/2001, con una semplice comunicazione alla commissione di vigilanza e controllo;

c) snellire la composizione della commissione di vigilanza e controllo riducendone il numero dei componenti e semplificare il procedimento di controllo introducendo il metodo delle verifiche a campione;

d) al fine di monitorare l'attuazione della presente legge e della formulazione di osservazioni e proposte è istituito un organismo collegiale a composizione mista rappresentativa degli attori del sistema territoriale di soccorso.

Approva la presente legge

Art. 1
Oggetto

1. La presente legge disciplina, ai sensi dell'articolo 8 bis, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), l'autorizzazione all'esercizio delle attività di trasporto sanitario di soccorso da parte di soggetti diversi dalle aziende sanitarie, dalle amministrazioni statali e dall'associazione italiana della Croce Rossa, di cui al decreto legislativo 28 settembre 2012, n.178 (Riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce Rossa "CRI", a norma dell'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183).

2. Tutti i soggetti, ivi compresi quelli che non devono essere autorizzati di cui al comma 1, che svolgono attività di trasporto sanitario di soccorso sul territorio regionale devono essere in possesso dei requisiti di cui all'articolo 6.

Art. 2
Autorizzazione alle attività di trasporto sanitario di soccorso

1. L'autorizzazione è rilasciata dal comune con riferimento alle seguenti tipologie di attività:

- a) trasporto sanitario di soccorso di base mediante autoambulanza di tipo B di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto del Ministro dei trasporti 17 dicembre 1987, n. 553 (Normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze);
- b) trasporto sanitario di primo soccorso mediante autoambulanza di tipo A di cui all'articolo 1, comma 2, del d.m. trasporti 553/1987 e di tipo A1 di cui al regolamento adottato con decreto del Ministro dei trasporti e della navigazione 20 novembre 1997, n. 487 (Regolamento recante la normativa tecnica ed amministrativa relativa alle autoambulanze di soccorso per emergenze speciali);
- c) trasporto sanitario di soccorso avanzato mediante autoambulanza di tipo A di cui all'articolo 1, comma 2, del d.m. trasporti 553/1987 e di tipo A1 di cui al d.m. trasporti 487/1997;

2. I soggetti che sono autorizzati a svolgere l'attività di trasporto sanitario di soccorso avanzato possono svolgere anche attività di trasporto sanitario di soccorso di base e attività di trasporto sanitario di primo soccorso. I soggetti che sono autorizzati a svolgere attività di trasporto sanitario di primo soccorso possono svolgere anche attività di trasporto sanitario di soccorso di base.

3. Il comune rilascia l'autorizzazione previo accertamento del possesso dei requisiti individuati ai sensi dell'articolo 6.

4. Il comune, per l'accertamento dei requisiti, si avvale della commissione di vigilanza e controllo di cui all'articolo 10.

5. L'acquisto di nuovi mezzi e la variazione della tipologia di attività sono autorizzati ai sensi degli articoli 8 e 9.

Art. 3
Obblighi dei soggetti che svolgono l'attività di trasporto sanitario di soccorso

1. I soggetti che svolgono l'attività di trasporto sanitario di soccorso sono tenuti a:

- a) assicurare il rispetto dei requisiti prescritti ai sensi dell'articolo 6;
- b) sottoporre i mezzi di soccorso ad idonee procedure di disinfezione al termine di ogni giornata di attività ed anche dopo il trasporto di malati infetti o sospetti tali;
- c) garantire la perfetta efficienza dei mezzi di soccorso, sia per l'aspetto tecnico, sia per quello sanitario;
- d) assicurare il rispetto delle disposizioni vigenti in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro;
- e) stipulare le polizze assicurative relative sia alla responsabilità civile per danni a terzi, compresi i trasportati, derivanti dalla circolazione degli autoveicoli e dallo svolgimento dell'attività di soccorso, sia contro gli infortuni e le malattie contratte per cause di servizio del personale addetto all'attività di trasporto;
- f) comunicare allo sportello unico per le attività produttive (SUAP), competente per territorio eventuali sospensioni di attività, le variazioni relative ai dati indicati nell'istanza di autorizzazione, nonché l'apertura di nuove sedi operative;
- g) comunicare al SUAP competente per territorio l'utilizzo, in via straordinaria e per un periodo di tempo limitato, di un mezzo appartenente ad un altro soggetto autorizzato in sostituzione di un proprio mezzo di soccorso indisponibile. Nella comunicazione devono essere indicate le ragioni dell'indisponibilità del mezzo sostituito ed i tempi necessari per il suo reintegro.

Art. 4

Composizione minima degli equipaggi delle autoambulanze in funzione delle tipologie del servizio di trasporto sanitario di soccorso

1. La composizione minima dell'equipaggio delle autoambulanze impiegate nell'attività di trasporto sanitario di soccorso di base è costituita da:
 - a) un autista con attestato di soccorritore di livello base in possesso di patente di tipo B conseguita da almeno tre anni, appositamente formato per la guida delle autoambulanze;
 - b) un soccorritore di livello base.
2. La composizione minima dell'equipaggio delle autoambulanze impiegate nell'attività di trasporto sanitario di primo soccorso è costituita da:
 - a) un autista con attestato di soccorritore di livello avanzato in possesso di patente di tipo B conseguita da almeno tre anni, appositamente formato per la guida delle autoambulanze;
 - b) un soccorritore di livello avanzato.
3. La composizione minima dell'equipaggio delle autoambulanze impiegate nell'attività di trasporto sanitario di soccorso avanzato è costituita da:
 - a) un autista con attestato di soccorritore di livello avanzato in possesso di patente di tipo B conseguita da almeno tre anni, appositamente formato per la guida delle autoambulanze;
 - b) un soccorritore di livello avanzato;
 - c) un medico in rapporto di dipendenza o convenzionale con l'azienda unità sanitaria locale (USL), in possesso dei requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale inerente al sistema sanitario di emergenza urgenza, oppure un infermiere in rapporto di dipendenza con l'azienda USL specificamente formato.
4. Qualora la composizione dell'equipaggio delle autoambulanze impiegate nelle attività di cui ai commi 2 e 3, sia costituita da più di un soccorritore di livello avanzato, l'autista del medesimo equipaggio può essere in possesso dei requisiti di cui al comma 1, lettera a).

Art. 5

Autoveicoli di soccorso di proprietà delle aziende unità sanitarie locali

1. A seconda delle esigenze e particolarità dei territori toscani, a supporto ed integrazione del sistema di trasporto sanitario, le aziende USL utilizzano autoveicoli di soccorso di loro proprietà. L'equipaggio degli autoveicoli di soccorso è composto da personale medico in rapporto di dipendenza o convenzionale con l'azienda USL, da personale infermieristico in rapporto di dipendenza con l'azienda USL, da soccorritori di livello avanzato.
2. La composizione minima dell'equipaggio, le attrezzature tecniche e il materiale degli autoveicoli di soccorso sono definiti con regolamento regionale.

Art. 6

Requisiti di esercizio

1. La Giunta regionale, con regolamento, definisce i requisiti tecnici e organizzativi che i soggetti devono possedere per svolgere l'attività di cui all'articolo 2.
2. In particolare il regolamento:
 - a) individua le attrezzature tecniche ed il materiale dei mezzi di soccorso;
 - b) disciplina i requisiti e i percorsi formativi obbligatori per i soccorritori e i formatori;
 - c) disciplina i requisiti e la formazione specifica riservata agli autisti per la guida delle autoambulanze.

Art. 7

Procedura per il rilascio dell'autorizzazione

1. Il soggetto interessato presenta al SUAP nel cui territorio ha la sede legale la domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività di trasporto sanitario di soccorso secondo lo schema tipo approvato con decreto del dirigente regionale competente per materia.
2. La domanda di cui al comma 1 è corredata della seguente documentazione:
 - a) l'indicazione della sede legale e della sede o delle sedi operative;
 - b) l'elenco dei mezzi di soccorso e quello dei soccorritori che prestano servizio presso il soggetto interessato;
 - c) nel caso di ente o associazione, l'atto costitutivo e statuto dal quale risulti, tra i fini statutari, il trasporto sanitario oppure gli estremi del provvedimento di iscrizione nel registro unico nazionale del Terzo settore di cui all'articolo 45 del decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117 (Codice del Terzo settore, a norma dell'articolo 1, comma 2, lettera b), della legge 6 giugno 2016, n. 106);
 - d) nel caso di impresa, gli estremi di iscrizione al registro delle imprese.

3. La commissione di vigilanza e controllo di cui all'articolo 10 accerta il possesso dei requisiti, conservando agli atti la documentazione acquisita nel corso delle verifiche, e trasmette il proprio parere motivato al comune entro trenta giorni dalla presentazione della domanda.

4. Qualora la commissione di vigilanza e controllo, nel corso delle attività di verifica, riscontri carenze o irregolarità sanabili, ne dà comunicazione al comune, il quale, per il tramite del SUAP, prescrive al soggetto richiedente la regolarizzazione entro il termine perentorio di dieci giorni. Nei dieci giorni successivi alla scadenza del termine, la commissione di vigilanza e controllo verifica l'adempimento delle prescrizioni impartite e trasmette al comune parere motivato.

5. Nei venti giorni successivi alla trasmissione del parere da parte della commissione di vigilanza e controllo il comune adotta il provvedimento di autorizzazione o di diniego. Contro il provvedimento è ammesso ricorso in opposizione.

Art. 8

Acquisto e dismissione di autoambulanze

1. Il titolare dell'autorizzazione che acquista un nuovo mezzo di soccorso, prima di metterlo in esercizio, inoltra istanza di autorizzazione al SUAP competente per territorio, dichiarando che lo stesso è conforme ai requisiti prescritti, secondo lo schema tipo approvato con decreto del dirigente regionale competente per materia.

2. La commissione di vigilanza e controllo di cui all'articolo 10 effettua la verifica sul possesso dei requisiti dichiarati entro il termine di quindici giorni dal ricevimento dell'istanza ed entro lo stesso termine ne comunica gli esiti al comune.

3. Salvo quanto previsto dal comma 4, qualora il comune non si esprima entro venti giorni dall'istanza di cui al comma 1, il titolare dell'autorizzazione può procedere all'utilizzo del nuovo mezzo di soccorso.

4. Qualora la commissione di vigilanza e controllo nel corso dell'attività di verifica riscontri carenze o irregolarità sanabili ne dà immediata comunicazione al comune, il quale, per il tramite del SUAP, prescrive al soggetto interessato la regolarizzazione entro il termine perentorio di sette giorni.

5. Decorso il termine di cui al comma 4, la commissione di vigilanza e controllo verifica se l'istanza sia stata regolarizzata e dà comunicazione degli esiti della verifica al soggetto interessato e al comune. L'istanza è accolta in caso di verifica con esito positivo ed è respinta in caso di verifica con esito negativo.

6. Il titolare dell'autorizzazione che dismette un'ambulanza inoltra comunicazione al SUAP competente per territorio.

Art. 9

Variazioni della tipologia di attività

1. Salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 2, il titolare di autorizzazione all'esercizio di una delle tipologie di attività previste dal medesimo articolo 2 che intende svolgere anche un'altra tipologia di attività, inoltra istanza di autorizzazione al SUAP competente, secondo lo schema tipo approvato con decreto del dirigente regionale competente per materia, allegando la documentazione di cui all'articolo 7, comma 2, lettera b).

2. Al procedimento si applicano le disposizioni di cui all'articolo 7, commi 3, 4 e 5.

Art. 10

Commissione di vigilanza e controllo

1. La commissione di vigilanza e controllo dell'azienda USL territorialmente competente esercita le attività di vigilanza e controllo di cui all'articolo 11.

2. La commissione di vigilanza e controllo, nominata dal direttore generale dell'azienda USL, è composta dal responsabile del dipartimento di prevenzione o suo delegato, dai direttori delle centrali operative 118 o loro delegati, dipendenti dalla stessa azienda. La commissione di vigilanza e controllo è coadiuvata da un collaboratore amministrativo con funzioni di segretario.

3. Per esercitare l'attività di verifica, la commissione di vigilanza e controllo può avvalersi di personale del dipartimento di prevenzione e della struttura organizzativa del 118, individuato dal direttore generale dell'azienda USL.

4. I componenti della commissione di vigilanza e controllo operano a titolo gratuito.

Art. 11

Attività di vigilanza e controllo

1. La commissione di vigilanza e controllo verifica il rispetto degli obblighi e dei requisiti di cui agli articoli 3 e 6 ai fini del rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle attività di trasporto sanitario di soccorso e dell'autorizzazione alla messa in esercizio di nuovi mezzi di soccorso

2. La commissione di vigilanza e controllo verifica, almeno a cadenza biennale, il rispetto degli obblighi e la permanenza del possesso dei requisiti, con metodo a campione su una percentuale non inferiore al 30 per cento dei soggetti che operano nel territorio di competenza.

3. La commissione di vigilanza e controllo, qualora riscontri difformità e violazioni, avvia il procedimento sanzionatorio di cui all'articolo 12.

4. Entro il 31 gennaio di ogni anno, l'azienda USL provvede a pubblicare sul sito istituzionale della Regione l'elenco aggiornato dei mezzi di soccorso di pertinenza di ciascun soggetto operante sul proprio territorio.

Art. 12

Vigilanza sugli enti non soggetti ad autorizzazione

1. L'azienda USL si avvale della commissione di vigilanza e controllo per verificare il rispetto degli obblighi di cui all'articolo 3, comma 1, lettere a), b), c), ed e), da parte dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 2, che svolgono attività di trasporto sanitario di soccorso sul territorio regionale.

2. La commissione di vigilanza e controllo verifica, almeno a cadenza biennale, il rispetto degli obblighi di cui al comma 1, con metodo a campione su una percentuale non inferiore al 30 per cento dei soggetti che operano nel territorio di competenza.

3. La Giunta regionale, con regolamento, definisce le modalità di trasmissione alla commissione di vigilanza e controllo dell'elenco aggiornato dei mezzi di soccorso in dotazione ai soggetti di cui al comma 1.

Art. 13

Sanzioni

1. L'esercizio delle attività di trasporto sanitario di soccorso da parte di un soggetto privo di autorizzazione comporta la sanzione amministrativa da un minimo di 2.500,00 euro ad un massimo di 15.000,00 euro ed il divieto di esercizio del trasporto sanitario di soccorso disposto da parte dell'autorità comunale competente per i successivi tre anni.

2. L'inosservanza degli obblighi di cui all'articolo 3 comporta l'applicazione di una sanzione amministrativa da un minimo di 1.000,00 euro ad un massimo di 6.000,00 euro.

3. Nel caso di cui al comma 2 la commissione di vigilanza e controllo ne dà comunicazione al comune, il quale, per il tramite del SUAP, impartisce al titolare dell'autorizzazione le prescrizioni necessarie a ripristinare l'osservanza degli obblighi violati e può disporre la sospensione dell'attività fino a che il soggetto autorizzato non abbia adempiuto le prescrizioni.

4. Il comune può revocare l'autorizzazione:

a) qualora il titolare dell'autorizzazione continui ad esercitare l'attività nonostante la sospensione disposta ai sensi del comma 3;

b) a seguito di reiterate e gravi violazioni degli obblighi di cui all'articolo 3.

5. Le sanzioni ed i periodi di sospensione sono raddoppiati, nel minimo e nel massimo, nel caso in cui il soggetto che ha violato gli obblighi di cui all'articolo 3 commetta un'altra violazione della stessa indole nei cinque anni successivi.

6. Per l'applicazione delle sanzioni amministrative, si applicano le disposizioni della legge regionale 28 dicembre 2000, n. 81 (Disposizioni in materia di sanzioni amministrative).

7. La competenza all'accertamento delle violazioni spetta alla commissione di vigilanza e controllo.

8. La competenza all'adozione delle prescrizioni di adeguamento e all'applicazione delle sanzioni è del comune nel cui territorio la violazione è accertata.

Art. 14

Nucleo tecnico permanente

1. È istituito, presso la direzione regionale competente in materia di diritto alla salute, un nucleo tecnico permanente composto dal direttore della competente direzione regionale o suo delegato, che lo presiede, dai direttori dei dipartimenti di emergenza-urgenza o loro delegati, dai direttori dei dipartimenti delle professioni infermieristiche e ostetriche o loro delegati, dai legali rappresentanti o loro delegati degli organismi regionali maggiormente rappresentativi delle associazioni di volontariato di cui all'articolo 76 septies, comma 1, lettera e), della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (Disciplina del Servizio sanitario regionale), e dal legale rappresentante del comitato regionale della CRI o suo delegato.

2. Il nucleo tecnico permanente ha il compito di monitorare l'attuazione della legge e può formulare osservazioni e proposte in merito all'aggiornamento dei requisiti di cui all'articolo 6, nonché sulla modulistica utilizzata dalla commissione di vigilanza e controllo per l'attività di verifica, da adottarsi con decreto del dirigente regionale competente per materia.

3. Con regolamento regionale sono definite le modalità di funzionamento del nucleo tecnico permanente.

4. I componenti del nucleo tecnico permanente operano a titolo gratuito.

Art. 15

Norme transitorie

1. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale approva il regolamento di cui all'articolo 6, definendo, altresì, i termini di adeguamento ai nuovi requisiti da parte dei soggetti che già operano nell'ambito dell'attività di trasporto sanitario e delle relative comunicazioni.

2. I soggetti che già operano nell'ambito dell'attività di trasporto sanitario alla data di entrata in vigore della presente legge, trasmettono al SUAP competente per territorio, entro il termine stabilito dal regolamento di cui all'articolo 6, la dichiarazione sostitutiva ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa), attestante l'adeguamento ai requisiti fissati con il regolamento medesimo. Trascorso tale termine senza che la dichiarazione sostitutiva sia stata trasmessa il comune provvede a revocare l'autorizzazione.

3. La commissione di vigilanza e controllo procede alle verifiche sul possesso dei nuovi requisiti con le modalità di cui all'articolo 11, commi 2 e 3.

4. I procedimenti autorizzativi in essere alla data di entrata in vigore della presente legge, nonché i procedimenti sanzionatori relativi a violazioni accertate sono conclusi con l'osservanza delle disposizioni di cui alla legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'esercizio del trasporto sanitario) ed al regolamento emanato con decreto del Presidente della Giunta regionale 1 ottobre 2001, n. 46/R (Regolamento regionale di attuazione della LR 22.5.2001, n. 25 "Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario").

5. I procedimenti autorizzativi e sanzionatori avviati dopo l'entrata in vigore della presente legge, ma prima della operatività dei requisiti previsti dal regolamento di cui all'articolo 6, sono conclusi sulla base dei requisiti individuati sotto la vigenza della l.r. 25/2001.

6. Nelle more dell'istituzione del registro unico nazionale del Terzo settore, ai fini di cui all'articolo 7, comma 2, lettera c), sono trasmessi gli estremi del provvedimento di iscrizione ad uno dei registri attualmente previsti dalle normative in materia di Terzo settore.

Art. 16

Abrogazioni

1. Sono abrogate in particolare le seguenti disposizioni:

a) la legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'esercizio del trasporto sanitario);

b) gli articoli 13, 14, 15 e 16 della legge regionale 30 dicembre 2010, n. 70 (Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "Disciplina del servizio sanitario regionale" ed alla legge regionale 22 maggio 2001, n. 25 "Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario" in tema di riorganizzazione del sistema sanitario di emergenza urgenza).



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

Statuto "Pubblica Assistenza Signa ODV"



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

= STATUTO PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA =

Testo approvato nella seduta dell'Assemblea dei Soci del 5 giugno 2018

TITOLO I PRINCIPI E NORME GENERALI

Art. 1 - DENOMINAZIONE

E' istituita, con sede nel territorio del comune di Signa, una Associazione di Pubblica Assistenza con la denominazione "Pubblica Assistenza Signa", unitamente, come previsto dall'Art. 12 del D.Lgs. 03 luglio 2017, n. 117, all'acronimo "O.D.V. - Organizzazione di Volontariato".

La durata dell'Associazione è a tempo indeterminato.

La sede legale è stabilita nel Comune di Signa, città metropolitana di Firenze, in Via Argine Strada civico n. 5.

Art. 2 - ORIGINE

La Pubblica Assistenza di Signa trae origine dall'esempio e dalla passione dei Volontari Soccorritori che il 15 aprile 1909 prestarono la loro opera dell'incidente ferroviario occorso presso la Stazione Ferroviaria di Signa e custodisce il loro impegno e quello di tutte le successive esperienze, quale esemplificazione dello spirito di solidarietà, dei valori e degli scopi per cui opera.

Art. 3 - PRINCIPI E SCOPI

La Pubblica Assistenza di Signa è una libera Associazione di donne e di uomini che, riconoscendosi e facendosi interpreti dei principi e dei diritti sanciti dalla Costituzione della Repubblica Italiana, intendono concorrere ad affermare, con il personale impegno volontario, il valore della solidarietà quale espressione della partecipazione sociale, contribuendo a promuovere lo sviluppo della collettività in cui opera, a realizzare i diritti ed a garantire servizi di interesse pubblico.

L'Associazione non ha alcuno scopo di lucro, si fonda sul principio di laicità ed apartiticità ed è aconfessionale.

L'Associazione fonda il proprio operato sul riconoscimento del valore etico dell'impegno volontario, quale adempimento degli inderogabili doveri di solidarietà sociale e costituisce una formazione sociale ove si realizza la personalità dei singoli e si concretizza la costituzione di una comunità attiva.

L'Associazione pone al centro del proprio operato la tutela delle persone ed il loro valore di unicità, favorendo l'inclusione dei giovani e promuovendo attività di formazione, di condivisione delle esperienze e di crescita, al fine di identificare i bisogni,



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

elaborare programmi ed obiettivi attraverso percorsi condivisi che assicurino il massimo coinvolgimento tra i suoi appartenenti.

La Pubblica Assistenza di Signa difende il pluralismo del dibattito interno e garantisce la partecipazione di tutti i cittadini, iscritti e non, alle proprie attività, secondo le regole dello Statuto e con pari opportunità, senza distinzione di nazionalità, sesso, razza, religione ed opinioni politiche, di condizioni personali e sociali.

La Pubblica Assistenza di Signa si pone quali scopi principali:

- a. Partecipare alla realizzazione dei servizi pubblici essenziali e alla tutela e promozione dei diritti costituzionalmente riconosciuti e tutelati, in particolare in campo sanitario, socio-sanitario, assistenziale, sociale e di protezione civile;
- b. Ricercare il soddisfacimento dei bisogni collettivi e individuali, attraverso la diffusione dei valori della partecipazione sociale, dell'impegno collettivo, della mutualità e della solidarietà;
- c. Promuovere forme di partecipazione attiva dei suoi Soci ed iniziative tese ad aggregare e sensibilizzare i cittadini ai problemi sociali ed ai bisogni della vita civile e culturale della comunità;
- d. Concretizzare forme di partecipazione in tema di tutela ambientale e di protezione civile;
- e. Favorire l'inserimento sociale delle persone senza distinzione di condizioni personali e sociali e nel pieno rispetto delle diverse abilità delle singole persone;
- f. Realizzare forme di collaborazione con altre Associazioni di volontariato, con Enti Pubblici e Privati per il perseguimento degli obiettivi previsti dal presente Statuto;
- g. Diffondere una cultura di pace e di non violenza tra i singoli individui e tra i popoli.

Art. 4 - ATTIVITÀ

La Pubblica Assistenza di Signa, in base ai principi contenuti nel presente Statuto, riconosce quale criterio ispiratore del proprio agire i principi della solidarietà e reciprocità ed elabora un proprio progetto di sviluppo e partecipazione sociale impegnandosi a realizzarlo nell'ambito territoriale in cui opera, secondo il principio di sussidiarietà.

Le attività principali dell'Associazione consistono:

- a. Nell'organizzazione e nella realizzazione del servizio di emergenza sanitaria e di soccorso territoriale e del servizio di trasporto sanitario, mediante ambulanze ed altri mezzi speciali, di ammalati e feriti; direttamente ovvero in collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
- b. Nell'organizzazione e nella realizzazione di servizi e prestazioni di carattere sanitario, servizi di guardia medica ed ambulatoriali, direttamente o in collaborazione con gli Enti Pubblici competenti;



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche
www.pasigna.it

- c. Nell'organizzazione e nella realizzazione di servizi sociali ed assistenziali, anche domiciliari ovvero di accompagnamento e trasporto, per il sostegno a cittadini, anziani, diversamente abili o, comunque, appartenenti a fasce sociali deboli;
- d. Nel promuovere la raccolta di sangue e la donazione di organi;
- e. Nel promuovere e realizzare attività di cooperazione internazionale ed aiuti umanitari;
- f. Nel promuovere iniziative di formazione ed informazione, in particolare nell'ambito del soccorso sanitario e della protezione civile, e nell'organizzare attività di informazione e di prevenzione sanitaria e sociale;
- g. Nell'organizzare e realizzare servizi di protezione civile, interventi in occasione di calamità e disastri, ovvero attività di tutela dell'ambiente, in collaborazione con gli Enti competenti;
- h. Nel promuovere ed organizzare iniziative a carattere culturale, artistico, sportivo e ricreativo, atte a favorire una migliore qualità della vita e l'accrescimento della comunità, dell'inclusione sociale e del senso di cittadinanza, oltre che di promozione dei diritti e di sensibilizzazione su tematiche di interesse collettivo;
- i. Nel promuovere la cultura della legalità, della pace tra i popoli, della non violenza e della difesa non armata, ovvero la promozione e tutela dei diritti umani, civili, sociali e politici, nonché dei diritti dei consumatori e degli utenti; anche attraverso la partecipazione a progetti di Servizio Civile;
- j. Nell'individuare i bisogni emergenti e sensibilizzare i cittadini alla partecipazione sociale, attraverso la realizzazione di appositi servizi, oltre che la valorizzazione promozione dello spirito del volontariato e del valore della cittadinanza attiva;
- k. Nell'organizzare e realizzare servizi di onoranze funebri, anche attraverso forme consortili con altre associazioni o altre forme di impresa compatibili con l'oggetto sociale, finalizzando i proventi da tale attività alla realizzazione delle attività di interesse generale di cui sopra e al perseguimento dell'oggetto sociale;
- l. Nella raccolta fondi al fine di finanziare la propria attività;
- m. Attività secondarie e strumentali a quelle sopra indicate secondo criteri e limiti delle norme vigenti.

Art. 5 - DISCIPLINA NORMATIVA

L'Associazione si riconosce Ente del Terzo Settore, quale organizzazione di volontariato operante senza scopo di lucro che si avvale in modo prevalente delle prestazioni dei volontari associati per lo svolgimento delle attività di cui al presente Statuto.

Essa è disciplinata dal presente Statuto ed agisce, in conformità con i principi della Costituzione della Repubblica Italiana, nei limiti delle leggi statali e regionali e dei principi generali dell'ordinamento giuridico.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Lo Statuto stabilisce le regole fondamentali di organizzazione, comportamento e disciplina, vincolando tutti i Soci alla sua osservanza.

Le modalità di attuazione delle norme dello Statuto sono disciplinate da un Regolamento Generale, approvato dall'Assemblea dei Soci. In particolare il regolamento deve necessariamente disciplinare l'organizzazione e lo svolgimento delle attività, il funzionamento degli organi sociali, l'esercizio dei diritti di partecipazione, le garanzie di trasparenza, le attività e lo status di Socio Volontario, i relativi compiti e responsabilità, le norme generali di comportamento e di espletamento dei servizi.

Nell'ambito delle norme dello Statuto e della disciplina definita dal Regolamento Generale, il Consiglio Direttivo adotta procedure operative, linee guida e delibere, finalizzate a regolare nel dettaglio l'organizzazione e il funzionamento dell'Associazione, la gestione dell'attività e lo svolgimento dei servizi, oltre che perseguire concretamente ed operativamente gli scopi sociali.

Gli Organi Statutari possono adottare, con approvazione a maggioranza assoluta dei propri membri e nei limiti della disciplina fissata dallo Statuto e dal Regolamento Generale, propri regolamenti interni finalizzati a disciplinare nel dettaglio il concreto funzionamento dell'Organo stesso.

Art. 6 – SICUREZZA E SALUTE

L'Associazione si impegna, nel rispetto dei principi sanciti dalla Costituzione italiana e secondo quanto definito dalle norme di cui alla legislazione vigente, a garantire un ambiente adeguato dal punto di vista della sicurezza e della salute dei lavoratori e dei Volontari, adottando tutte le misure necessarie e garantendo risorse adeguate per la prevenzione dei rischi legati alla sicurezza e all'igiene del lavoro e per il costante aggiornamento e la formazione ai vari livelli di responsabilità.

Art. 7 – CONFLITTI DI INTERESSE

Tra l'Associazione ed i propri Soci, oltre che con il personale dipendente, sussiste un rapporto fiduciario, nell'ambito del quale è dovere primario utilizzare le proprie capacità per la realizzazione dell'interesse dell'Associazione, in coerenza con i principi di onestà, imparzialità e trasparenza cui essa si ispira.

I Soci Ordinari e Volontari, i membri degli organi sociali ed il personale dipendente si impegnano a mettere in atto tutte le misure necessarie a prevenire ed evitare fenomeni di corruzione o conflitto di interessi, astenendosi in ogni caso dal partecipare ad attività o decisioni che possano determinare tali situazioni.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Art. 8 – PRINCIPI SULLA GESTIONE

L'Associazione opera ed è amministrata nel rispetto dei principi di legalità, buon andamento, efficienza, efficacia, economicità e si impegna a perseguire il proprio oggetto sociale assicurando il corretto funzionamento degli Organi Sociali e la tutela dei diritti dei propri Soci, salvaguardando l'integrità del patrimonio e recependo i principi della trasparenza e della buona amministrazione.

In particolare, l'Associazione si impegna ad effettuare solo operazioni lecite, autorizzate, coerenti, documentate, verificabili e a mettere a disposizione il bilancio, le informazioni ed i documenti necessari a ricostruire l'attività svolta ed a rispettare il principio di prudenza nelle operazioni di finanziamento o investimento.

Art. 9 – TRASPARENZA E INFORMAZIONE

L'Associazione riconosce il valore fondamentale della trasparenza e della corretta informazione ai propri appartenenti, agli Organi ed alle funzioni competenti, in ordine ai fatti significativi concernenti l'organizzazione e l'attività della stessa. È favorito un flusso di informazioni continuo, puntuale e completo fra gli Organi Sociali, le diverse aree, le varie figure apicali, e verso le Pubbliche Autorità.

Il Regolamento definisce le modalità di partecipazione degli aderenti alle sedute degli Organi Sociali, oltre che le regole di pubblicazione dei verbali e degli altri atti rilevanti inerenti l'Associazione, con garanzia del diritto di accesso e nel rispetto dei principi di riservatezza e tutela dei dati personali.

L'Associazione si impegna in proprio, e chiede ai propri appartenenti, di tenere strettamente riservate e protette le informazioni, i dati, le conoscenze acquisite e gestite nello svolgimento delle attività, nel rispetto della normativa vigente sulla riservatezza dei dati personali.

Le informazioni trasmesse all'esterno dai delegati dell'Associazione sono rispettose dei requisiti di veridicità, completezza, accuratezza, chiarezza e tutela dei dati personali.

È istituito l'Albo Sociale in cui sono pubblicati gli atti a maggiore rilevanza e che devono essere conosciuti dagli appartenenti all'Associazione. La pubblicazione all'Albo costituisce prova della conoscenza degli atti da parte dei destinatari, ove non riguardi provvedimenti di natura individuale.

La gestione dell'albo, di cui è responsabile il Consiglio Direttivo, è definita dal Regolamento e può essere costituita, anche esclusivamente, dalla pubblicazione degli atti sul sito internet istituzionale, sia nell'area pubblica che nell'area riservata in relazione al diverso livello di conoscenza necessario.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Art. 10 – ADESIONE ALL’ASSOCIAZIONE NAZIONALE

La Pubblica Assistenza di Signa aderisce all’Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze (in sigla A.N.P.AS.), riconoscendosi nei valori del movimento nazionale delle Pubbliche Assistenze così come definiti nella “Carta d’identità A.N.P.AS.” e nel “Codice Etico A.N.P.AS.”.

Promuove nel proprio territorio le finalità del movimento nazionale e partecipa alla realizzazione degli scopi di cui allo Statuto dell’Associazione Nazionale, con l’impegno dei propri Volontari nei servizi e nelle attività da essa promosse, anche attraverso le articolazioni regionali.

Art. 11 – STEMMA, STENDARDO E BANDIERA

Lo stemma dell’Associazione è una croce, con bracci di dimensioni perfettamente uguali, suddivisa in tre aree oblique contraddistinte dai colori del tricolore italiano, in segno di unità nazionale, di rappresentanza e di orgoglio di Patria, con riprodotto al centro, nell’area di colore bianco, lo stemma del Comune di Signa, così come definito dal Decreto del Presidente della Repubblica del 06 febbraio 2003.

Lo stendardo dell’Associazione, riprodotto il primo stendardo storico, è realizzato su fondo di colore blu, con al centro lo stemma e con la scritta ricamata in colore argento: “Pubblica Assistenza Signa”.

La bandiera, esposta nella sede sociale, è realizzata su fondo di colore blu, con riprodotto lo stemma e la scritta “Pubblica Assistenza Signa”.

Lo stendardo potrà essere esposto o portato in tutte le circostanze a carattere istituzionale e associativo, secondo i criteri definiti dal Consiglio Direttivo, salvo che trattasi di manifestazioni ed iniziative a carattere di parte o a carattere politico. E’ sempre esposto, listato con un nastro di colore nero, alle esequie dei Soci Volontari.

TITOLO II DEI SOCI ADERENTI

Art. 12 – SOCI ADERENTI

Possono essere Soci dell’Associazione tutti coloro che ne condividono i principi e gli scopi, ne rispettano lo Statuto e abbiano compiuto il quattordicesimo anno di età, salvo quanto successivamente previsto in ordine all’esercizio, esclusivamente per i Soci che abbiano conseguito la maggiore età, del diritto di voto in Assemblea e del diritto di elettorato attivo e passivo.

I Soci si distinguono in: “Soci Ordinari” e “Soci Volontari”.

Sono “Soci Ordinari” tutti coloro che aderiscono all’Associazione con il versamento della quota annuale.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Sono "Soci Volontari" tutti coloro che, oltre a quanto previsto per quelli ordinari, si impegnano direttamente e personalmente con la propria partecipazione alla vita associativa, senza scopo di lucro, con gratuità e con continuità, nelle attività associative e per la realizzazione dei servizi, delle iniziative e dei progetti dell'Associazione. Il Regolamento Generale definisce le aree di attività dei Soci Volontari.

Art. 13 – ISCRIZIONE DEI SOCI

L'iscrizione dei Soci Ordinari avviene mediante la campagna che si apre il 01 dicembre di ciascun anno e si conclude il 30 novembre dell'anno successivo. A partire dal 01 dicembre vengono ricevute le quote sociali relative all'anno solare successivo.

L'iscrizione nel libro Soci è attestata mediante la tessera Soci o con la ricevuta con cui è dichiarato il versamento della quota.

I Soci Ordinari sono ammessi in seguito al versamento della quota. L'iscrizione è consolidata trascorsi sessanta giorni senza che il Consiglio Direttivo deliberi motivatamente la revoca della stessa. La revoca dà diritto alla restituzione della quota versata.

I Soci Volontari sono ammessi, in seguito alla presentazione di domanda scritta con cui l'interessato dichiara il possesso dei requisiti definiti dal Regolamento Generale, con deliberazione insindacabile del Consiglio Direttivo.

Art. 14 – QUOTE SOCIALI

L'importo delle quote sociali è determinato con delibera del Consiglio Direttivo, sulla base dei criteri definiti dallo Statuto e degli indirizzi eventualmente deliberati dall'Assemblea dei Soci. La delibera di definizione delle quote è notificata ai Soci tramite apposita pubblicazione all'Albo.

L'ammontare delle quote è determinato in modo da favorire la più ampia adesione sociale, prevedendo riduzioni in riferimento alle quote versate da membri della stessa famiglia anagrafica ovvero per soggetti minori o anziani.

L'ammontare della quota fissata per l'adesione dei Soci Volontari non potrà mai essere superiore alla quota minima fissata per i Soci Ordinari, comprensiva delle riduzioni eventualmente previste.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Art. 15 - SANZIONI DISCIPLINARI

I Soci rispondono disciplinarmente nei confronti dell'Associazione.

Le sanzioni disciplinari previste sono:

- a. Censura verbale;
- b. Biasimo scritto;
- c. Sospensione, fino ad un anno, nella qualità di Socio;
- d. Radiazione.

Il Regolamento Generale definisce le modalità di attivazione e di svolgimento del procedimento disciplinare, fissando precisi termini di conclusione e garantendo il rispetto del principio del contraddittorio; determina i criteri generali di applicazione delle sanzioni, tenuto conto del principio di adeguatezza e progressività; prevede la possibilità di applicare provvedimenti cautelari sospensivi in via d'urgenza a cura del Presidente ovvero del Consiglio Direttivo e la possibilità di applicare sanzioni accessorie, tra cui il risarcimento del danno cagionato per dolo o per colpa reiterata.

L'erogazione delle sanzioni disciplinari è determinata con decisione del Collegio dei Probiviri, a cui compete la conduzione del procedimento, con ratifica del provvedimento da parte del Consiglio Direttivo, eccetto che per la sanzione della radiazione la cui operatività è ratificata con deliberazione dell'Assemblea dei Soci, convocata entro il termine definito dal Regolamento Generale, nell'attesa della quale il Socio è temporaneamente sospeso.

A seguito della ratifica le sanzioni sono immediatamente esecutive. Il cumulo di tre provvedimenti di censura verbale, nell'arco di tre anni, comporta l'applicazione della sanzione della sospensione per mesi due. Il cumulo di tre provvedimenti di biasimo scritto, nell'arco di tre anni, comporta l'applicazione della sanzione della sospensione per mesi quattro.

Il Socio sottoposto a radiazione non può richiedere una nuova iscrizione prima che siano trascorsi almeno dieci anni dalla data di ratifica del provvedimento.

Avverso il provvedimento che applica la sanzione disciplinare della sospensione o della radiazione è sempre ammesso il ricorso all'Assemblea dei Soci, con le modalità definite dal Regolamento Generale. La presentazione del ricorso non sospende l'esecutività della sanzione.

Nel caso in cui un Socio Volontario sia attinto da misure cautelari personali applicate dall'Autorità Giudiziaria ovvero condannato, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati che comportano l'applicazione di pene di natura custodiale, è sospeso dal servizio e dalla partecipazione alle attività sociali per l'intera durata della pena.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Art. 16 – PERDITA DELLA QUALITÀ DI SOCIO

La qualità di Socio si perde:

- a. Per dimissioni;
- b. Per morte;
- c. Per morosità;
- d. Per radiazione;
- e. Per mancata attività, per i soli Soci Volontari.

Il Consiglio Direttivo alla data del 31 dicembre di ciascun anno provvede alla cancellazione per morosità dal Libro dei Soci di coloro che non hanno rinnovato la tessera nel corso dell'anno. Entro tale data ogni Socio moroso può regolarizzare la propria posizione. Il Consiglio Direttivo con affissione di apposito avviso all'albo entro il 30 novembre, provvede a ricordare a tutti i Soci morosi, senza indicarne i nominativi, il termine per la regolarizzazione del pagamento della quota al fine di non incorrere nella cancellazione.

I Soci Volontari, al fine del mantenimento di tale qualità, oltre al versamento della quota sono chiamati ad assicurare il proprio impegno nelle attività associative con un numero di presenze minime, così come definite dal Regolamento Generale, tenuto conto della situazione lavorativa, familiare e personale del Socio Volontario, e con particolare riferimento anche a coloro che per il tipo di attività prestata non hanno elementi di misurabilità fissa.

La cancellazione dei Soci Volontari inattivi è disposta con delibera del Consiglio Direttivo.

I Soci cessati, salvo il caso di radiazione, potranno presentare successivamente nuova richiesta di iscrizione, in tal caso gli anni ai fini della determinazione dell'anzianità verranno computati sempre dalla nuova iscrizione, senza tener conto dello stato di servizio precedente.

Art. 17 – DIRITTI DEGLI ADERENTI

Tutti i Soci godono degli stessi diritti:

- a. Partecipare alla vita associativa, nei modi e con le forme previste dallo Statuto e dal Regolamento;
- b. Partecipare alle assemblee, esercitando il diritto di voto con le modalità previste dallo Statuto, formulare proposte agli Organi Associativi ed essere informati sull'andamento dell'attività;
- c. Esercitare l'elettorato attivo e passivo, con le modalità previste dallo Statuto e dal Regolamento;
- d. Chiedere la convocazione dell'Assemblea nei modi e nei termini previsti dallo Statuto.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Art. 18 – DOVERI DEGLI ADERENTI

Ogni appartenente all'Associazione è tenuto inderogabilmente a:

- a. Conoscere e rispettare lo Statuto, i Regolamenti, le procedure, le delibere e le linee di indirizzo che regolano l'ordinamento dell'Associazione e le sue attività e servizi;
- b. Assicurare il proprio impegno con passione, gratuità, senza alcun fine ulteriore rispetto agli obiettivi ed agli scopi sociali;
- c. Agire nel rispetto dei principi e dei valori fondamentali dello Statuto dell'Associazione e del Codice Etico dell'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze, promuovendone la diffusione;
- d. Rispettare le regole concernenti l'uso di ciò che identifica l'Associazione e farsi parte attiva per impedirne ogni abuso;
- e. Tutelare il buon nome dell'Associazione e del movimento delle Pubbliche Assistenze da danni di immagine, anche causati da terzi;
- f. Impegnarsi nei percorsi formativi proposti, nella consapevolezza che la formazione rappresenta un imprescindibile supporto per lo sviluppo delle capacità personali e associative;
- g. Prestare attenzione ai bisogni delle persone, anche quando non si è in servizio attivo o non si indossa la divisa;
- h. Svolgere i propri compiti senza discriminazione alcuna riguardo la nazionalità, il genere, la razza, l'orientamento sessuale e l'identità di genere, le opinioni politiche o le credenze filosofiche ovvero religiose dei fruitori o beneficiari dei servizi svolti;
- i. Rispettare il diritto alla riservatezza di coloro che sono aiutati o sostenuti;
- j. Instaurare e mantenere rapporti di collaborazione con atteggiamenti inclusivi e collaborativi concretizzando il principio fondante della "fratellanza";
- k. Rispondere ai bisogni altrui con maturità, empatia e professionalità, con consapevolezza del ruolo e con rispetto dei compiti assegnati e propri delle funzioni rivestite, in conformità alle previsioni di legge e senza alcun abuso di potere o posizione;
- l. Prendere coscienza dell'unicità del proprio impegno e della responsabilità degli impegni assunti nei confronti dell'Associazione e delle comunità di riferimento.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Art. 19 – BENEMERENZE

E' consegnato annualmente un riconoscimento ai Soci Volontari che hanno raggiunto l'anniversario di ogni decade di anni di servizio continuativo. Il Regolamento Generale definisce la conformazione e la fattura dei riconoscimenti, tenuto conto del valore esclusivamente simbolico di essi.

L'Assemblea dei Soci o il Consiglio Direttivo possono deliberare l'attribuzione di particolari onorificenze o benemerienze a persone, anche non aderenti, che hanno meriti particolari o specifici verso l'Associazione. Tali benemerienze non comportano l'iscrizione tra gli aderenti all'Associazione.

TITOLO III DEGLI ORGANI SOCIALI

Art. 20 – ORGANI SOCIALI

Gli Organi Sociali dell'Associazione sono:

- a. L'Assemblea dei Soci;
- b. Il Consiglio Direttivo;
- c. Il Collegio dei Sindaci Revisori;
- d. Il Collegio dei Proviviri.
- e. L'Organo di Controllo, che esercita le funzioni previste dall'art. 30 D.Lgs. 117/2017 quando l'istituzione è obbligatoria al ricorrere dei requisiti previsti dalla Legge, costituito in forma collegiale o monocratica,

La durata in carica degli organi elettivi è determinata in anni tre.

Salvo quanto previsto per l'Assemblea dei Soci, le adunanze degli Organi sono convocate, con i mezzi previsti dal Regolamento Generale, dal rispettivo Presidente o su richiesta di un terzo dei componenti, con almeno cinque giorni di preavviso. In casi motivati di necessità ed urgenza, le adunanze degli Organi possono essere convocate senza preavviso, purché ne siano preventivamente informati tutti i componenti e nessuno si opponga.

Salvo quanto specificatamente previsto per l'Assemblea dei Soci, le adunanze degli Organi sono validamente costituite con la presenza della metà, arrotondata dai decimali per difetto, più uno dei componenti.

Le deliberazioni di ogni Organo sono adottate se approvate dalla maggioranza dei presenti e si svolgono con voto palese, salvo che sia differentemente previsto dallo Statuto o dal Regolamento Generale. In ogni caso quando l'oggetto della deliberazione riguarda singole persone può essere richiesto da ciascun componente dell'Organo di procedere con voto segreto.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Nel caso in cui l'Organo si esprima con voto in parità tra favorevoli e contrari, la proposta di deliberazione si intende respinta, fatta salva la possibilità di riproporre successivamente una nuova votazione.

Di ciascuna adunanza deve essere redatto un verbale in forma sintetica, contenente l'elencazione dei presenti, le questioni trattate e le deliberazioni adottate, trascritto su apposito registro e firmato dal Presidente e dal Segretario verbalizzante. Ciascun Socio può prendere visione del registro dei verbali con le modalità ed i limiti definiti dal Regolamento Generale. Il Regolamento Generale prevede le modalità di pubblicazione di un estratto del verbale contenente la sintesi delle deliberazioni adottate salvo quelle ritenute riservate per esigenze di tutela degli interessi Associativi ovvero di tutela della riservatezza dei dati personali o di situazioni che riguardano la sfera privata.

Il componente di ciascun Organo elettivo che, senza giustificato motivo risulti assente dalle adunanze per tre volte consecutive, può essere dichiarato decaduto dalla carica con votazione adottata a maggioranza assoluta degli altri membri dell'Organo, escluso dalla votazione l'interessato, ed è sostituito con le modalità previste dallo Statuto. Della decadenza e dall'avvenuta sostituzione sarà data notizia ai Soci mediante pubblicazione all'albo sociale.

Art. 21 - ASSEMBLEA DEI SOCI

L'Assemblea dei Soci è l'Organo di massima rilevanza e riunisce tutti i Soci aderenti, Ordinari e Volontari.

Compete all'Assemblea dei Soci:

- a. Approvare lo Statuto e le eventuali modifiche e, su proposta del Consiglio Direttivo, il Regolamento Generale;
- b. Determinare linee di indirizzo e di azione dell'Associazione;
- c. Deliberare lo scioglimento e la messa in liquidazione dell'Associazione;
- d. Deliberare sulla responsabilità dei componenti degli Organi Sociali e promuovere l'azione di responsabilità nei loro confronti;
- e. Approvare annualmente il bilancio consuntivo e preventivo;
- f. Stabilire i criteri per la determinazione delle quote sociali;
- g. Nominare la Commissione Elettorale;
- h. Nominare e revocare i seguenti organi: il Consiglio Direttivo, il Collegio dei Sindaci Revisori e il Collegio dei Probiviri, con le modalità previste dallo Statuto;
- i. Nominare e revocare, quando previsti come obbligatorio per Legge e con i requisiti fissati dal D. Lgs. 117/2017, l'Organo di Controllo, collegiale o monocratico, ed il soggetto incaricato della revisione legale dei conti;
- j. Deliberare, quale organo di seconda istanza, in caso di impugnazione di atti deliberativi;
- k. Esercitare gli altri poteri conferiti dallo Statuto.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Sono straordinarie le sedute dell'Assemblea dei Soci convocate per deliberare l'approvazione o la modifica dello Statuto, lo scioglimento e la messa in liquidazione dell'Associazione.

Sono ordinarie le sedute dell'assemblea convocate per deliberare su ogni altro argomento.

Art. 22 – CONVOCAZIONE E SVOLGIMENTO DELL'ASSEMBLEA DEI SOCI

L'Assemblea dei Soci è convocata dal Presidente dell'Associazione, previo accordo con il Consiglio Direttivo.

L'assemblea deve essere inoltre convocata quando se ne ravvisa la necessità o quando ne è fatta richiesta motivata da almeno un decimo degli associati.

L'avviso di convocazione deve essere pubblicato nell'albo sociale con un preavviso di almeno dieci giorni rispetto alla data fissata per la prima convocazione e deve riportare l'indicazione del carattere straordinario ovvero ordinario della seduta, gli argomenti dell'ordine del giorno, la data, il luogo e l'ora della seduta.

L'Assemblea è validamente costituita, in prima convocazione quando sia presente la metà più uno dei Soci aventi diritto al voto; in seconda convocazione qualunque sia il numero degli intervenuti. Fra la prima e la seconda convocazione deve trascorrere, in sede ordinaria, un intervallo di almeno un'ora e, in sede straordinaria, di almeno sette giorni.

In apertura dei lavori, il Presidente del Consiglio Direttivo, verificata la regolare costituzione, invita l'Assemblea ad eleggere un Presidente dell'adunanza e due scrutatori.

Il Segretario del Consiglio Direttivo, ovvero altro membro del Consiglio Direttivo appositamente delegato, provvede alla redazione del verbale della seduta, con le modalità previste dallo Statuto.

L'assemblea adotta le proprie deliberazioni con voto palese, salvo quanto previsto per l'elezione degli Organi Sociali ed adotta il voto segreto quando la deliberazione riguarda le singole persone.

Possono partecipare all'Assemblea con diritto di voto i Soci già validamente iscritti nell'anno precedente e che hanno versato la quota per l'anno in corso entro la data e l'ora fissata per l'inizio dell'Assemblea dei Soci; ed i Soci di nuova adesione purché l'iscrizione sia avvenuta entro novanta giorni antecedenti alla data dell'Assemblea.

E' ammesso il voto a mezzo delega scritta, depositata nel corso dell'Assemblea o precedentemente trasmessa al Presidente del Consiglio Direttivo, purché rilasciata ad un altro Socio avente diritto. Ciascun Socio non potrà essere portatore di più di una delega.

Risultano approvate le deliberazioni che raccolgono la metà più uno dei voti dei presenti.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Art. 23 – CONSIGLIO DIRETTIVO

L'Associazione è diretta ed amministrata da un Consiglio Direttivo, composto da undici membri salvo che l'Assemblea dei Soci contestualmente alla nomina della Commissione Elettorale e su proposta del Consiglio Direttivo ovvero del Collegio dei Sindaci Revisori o dei Probiviri ovvero di almeno dieci Soci, deliberi sulla modifica del numero in nove ovvero tredici membri.

Il Consiglio elegge al proprio interno, nella prima riunione di insediamento da tenersi entro sette giorni dalla proclamazione degli eletti:

- a. il Presidente;
- b. Il Vice Presidente;
- c. il Segretario;
- d. il Responsabile Amministrativo;
- e. il Cassiere;
- f. il Coordinatore del Corpo dei Volontari;
- g. il Responsabile dei Servizi di Emergenza Sanitaria e di Trasporto Sanitario;
- h. il Responsabile dell'Unità Operativa di Protezione Civile.

Il Presidente provvede poi ad assegnare gli incarichi di responsabilità di specifici settori ed i compiti che riterrà utili per la migliore gestione ed organizzazione dell'Associazione, con ratifica da parte del Consiglio Direttivo.

Ciascun membro del Consiglio Direttivo, per il migliore svolgimento dei compiti assegnati al proprio settore, può proporre al Consiglio Direttivo la nomina, tra i Soci, di collaboratori, che operano sotto la sua diretta responsabilità e con il coordinamento del consigliere proponente.

Il Consiglio Direttivo può altresì costituire al proprio interno gruppi di lavoro ovvero commissioni, con specifici compiti determinati, anche con il coinvolgimento di Soci o consulenti esterni. In nessun caso il Consiglio Direttivo può delegare funzioni deliberative o poteri decisionali a tali organismi.

Il Regolamento Generale specifica le modalità di organizzazione e gestione delle adunanze del Consiglio Direttivo, assicurando la speditezza della discussione e garantendo il confronto interno.

In caso di dimissioni ovvero di cessazione dalla carica di uno dei membri, il Consiglio Direttivo procede alla surroga del consigliere dimissionario con il primo dei non eletti; nel caso di indisponibilità il numero dei membri è automaticamente ridotto, fino alla concorrenza della metà più uno dei membri del Consiglio, in difetto del quale il Consiglio decade e si procede al rinnovo anticipato dello stesso.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Art. 24 – COMPITI DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Il Consiglio Direttivo dirige e gestisce l'Associazione, nonché adotta tutti i provvedimenti necessari per il buon funzionamento; ed in particolare:

- a. Promuove il conseguimento dell'oggetto sociale, attraverso la gestione complessiva e l'organizzazione dei servizi e delle attività dell'Associazione;
- b. Cura la gestione e l'organizzazione del Corpo Volontari;
- c. Amministra il patrimonio associativo, cura gli acquisti e ogni aspetto amministrativo e contabile;
- d. Redige il bilancio consuntivo ed il bilancio preventivo e le relazioni da presentare annualmente all'Assemblea;
- e. Promuove ogni anno la campagna di tesseramento;
- f. Fornisce ai Soci periodiche informazioni sulla gestione;
- g. Assume e licenzia il personale dipendente e sovrintende a tutti gli aspetti contrattuali e normativi relativi, compreso l'esercizio dell'azione disciplinare;
- h. Dà mandato al Presidente di agire nei confronti di terzi in nome e per conto dell'Associazione.

Nell'esercizio delle proprie funzioni il Consiglio Direttivo può avvalersi dell'opera di collaboratori di lavoro autonomo e di consulenti esterni.

Il Consiglio Direttivo esercita in modo diretto, nel rispetto del principio di autonomia, il potere disciplinare sui propri membri, con obbligo di astensione del membro interessato e con rispetto delle procedure previste per l'azione disciplinare.

Art. 25 – IL PRESIDENTE

Il Presidente rappresenta legalmente, a tutti gli effetti, l'Associazione nei confronti dei terzi e in giudizio; convoca e presiede le riunioni del Consiglio Direttivo, sottoscrive gli atti in nome dell'Associazione, cura l'esecuzione delle deliberazioni dell'Assemblea e del Consiglio.

Nei casi di motivata necessità ed urgenza può esercitare i poteri del Consiglio Direttivo, riferendo del proprio operato alla prima adunanza, per la ratifica.

Il Vice Presidente sostituisce il Presidente in sua assenza o in caso di impedimento.

Art. 26 – FUNZIONI DEI CONSIGLIERI

Il Segretario redige e custodisce i verbali delle adunanze del Consiglio Direttivo; sovrintende alle funzioni di gestione degli affari generali, compresa la gestione della corrispondenza, dei documenti, del protocollo; cura e gestisce la pubblicazione degli atti all'albo sociale; monitora l'esecuzione delle delibere dell'Assemblea e del Consiglio Direttivo.

Il Responsabile Amministrativo cura l'organizzazione del settore amministrativo, coordinandone le attività inerenti, la predisposizione dei bilanci e delle situazioni



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

contabili periodiche, svolge le incombenze fiscali ed ogni altro adempimento di legge. È responsabile del controllo dell'andamento economico-finanziario.

Il Cassiere gestisce le risorse finanziarie, mantiene la cassa e i rapporti con gli istituti bancari e di credito, provvede ai pagamenti e alla gestione degli incassi.

Il Coordinatore del Corpo dei Volontari è responsabile della gestione di quanto concerne i Soci Volontari. In particolare promuove e sovrintende l'accoglimento e l'inserimento dei nuovi associati Volontari ed esprime il parere sulle domande di ammissione al corpo; si occupa dei rapporti con i Volontari e provvede alla definizione dei turni di servizio.

Il Responsabile del Servizio di Emergenza Sanitaria e dei Trasporti Sanitari cura, coordina e gestisce gli aspetti tecnici, logistici ed organizzativi dei servizi sanitari, promuove la formazione e l'aggiornamento del personale soccorritore.

Il Responsabile dell'Unità Operativa di Protezione Civile cura e gestisce l'organizzazione delle attività dell'Unità e, su indicazione delle autorità competenti, coordina le operazioni dei Volontari nell'ambito di tali servizi.

Altri incarichi possono essere determinati, nei limiti di quanto previsto dallo Statuto, dal Regolamento Generale, dalla delibera del Consiglio Direttivo con cui si attribuisce ad un membro la responsabilità di un determinato settore ovvero una determinata competenza.

Art. 27 – ELEZIONE DEL CONSIGLIO DIRETTIVO

Il Consiglio Direttivo è eletto dai Soci, con votazione a scrutinio segreto, con il concorso della Commissione Elettorale cui compete la definizione della lista dei candidati e la gestione delle operazioni di voto.

Il Regolamento Generale definisce nel dettaglio lo svolgimento del procedimento elettorale, comprese le modalità di presentazione delle candidature e le operazioni di voto, compresi i casi di nullità del voto, le procedure di identificazione degli elettori e dei delegati, i poteri di vigilanza e di ordine della Commissione, i casi di esclusione dal voto per comportamento non corretto dell'elettore. Definisce altresì le modalità di garanzia della trasparenza e la pubblicità delle candidature, delle operazioni di voto e di scrutinio, l'esercizio del diritto di accesso ai verbali delle operazioni della Commissione ed i termini di pubblicazione della lista dei candidati, che non devono essere inferiori ad almeno cinque giorni antecedenti alla data delle elezioni.

Hanno diritto ad esprimere il proprio voto per le elezioni per il rinnovo del Consiglio Direttivo i Soci iscritti da almeno novanta giorni rispetto alla data delle elezioni e che hanno versato la quota sociale entro la data e l'ora in cui si è svolta l'Assemblea nella quale è stata nominata la Commissione Elettorale.

Hanno diritto di elettorato passivo e possono essere candidati alle elezioni per il Consiglio Direttivo i Soci iscritti da almeno novanta giorni rispetto alla data



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

dell'Assemblea di nomina della Commissione Elettorale, che non abbiano riportato provvedimenti disciplinari di sospensione nei tre anni precedenti e che non siano in condizioni di incompatibilità ovvero di conflitto di grave e assoluto conflitto di interesse. Entro i termini di approvazione del bilancio consuntivo previsti dallo Statuto, l'Assemblea dei Soci provvede alla nomina della Commissione Elettorale, composta da cinque membri Soci aventi diritto di voto in Assemblea. La Commissione viene nominata con voto palese dall'Assemblea, tra i candidati presenti dichiaratesi disponibili direttamente nel corso dell'Assemblea stessa ovvero, se assenti, che abbiano antecedentemente manifestato in forma scritta al Presidente dell'Associazione tale disponibilità.

La Commissione provvede ad insediarsi entro tre giorni dalla nomina, ed elegge al proprio interno un Presidente, un Vicepresidente e un Segretario, il quale provvederà alla redazione per ciascuna adunanza di apposito verbale.

La Commissione stabilisce e convoca i comizi elettorali in una data individuata secondo quanto previsto dal Regolamento Generale e provvede a darne atto con pubblicazione all'albo sociale.

Le candidature possono essere presentate in forma scritta entro quindici giorni dalla data di insediamento della Commissione Elettorale, corredate dalla firma di almeno dodici Soci. La Commissione esamina ogni candidatura pervenuta e procede ad escludere il candidato esclusivamente in caso di assenza dei requisiti previsti dallo Statuto, dandone adeguata motivazione nel verbale.

La Commissione procede altresì ad integrare l'elenco dei candidati, ricercando persone che abbiano i requisiti di candidabilità e le competenze necessarie. Tali candidature devono essere approvate con voto favorevole di almeno tre membri della Commissione.

La lista dei candidati dovrà contenere un numero di nominativi superiore di almeno quattro candidati rispetto al numero dei membri previsto per il Consiglio Direttivo. Nel caso in cui la Commissione Elettorale, trascorsi trenta giorni dal proprio insediamento, ravvisi l'impossibilità di procedere alla formazione della lista si avvarrà, dandone motivato avviso ai Soci con affissione all'albo sociale, di un termine di ulteriori dieci giorni trascorsi i quali, perdurando l'impossibilità provvederà alla convocazione dell'Assemblea dei Soci in cui richiedere un termine maggiore ovvero assumere le determinazioni necessarie al regolare svolgimento delle elezioni, tra cui la diminuzione del numero dei membri del Consiglio Direttivo, la riduzione del numero minimo di candidati, ovvero la nomina di una nuova Commissione Elettorale.

Il voto è espresso in forma segreta presso il seggio istituito nella sede sociale, indicando un numero di preferenze fino al numero dei componenti del Consiglio Direttivo esclusivamente tra i nominativi che sono indicati nella scheda elettorale, con facoltà da



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche
www.pasigna.it

parte di un Socio di esercitare il potere di delega con le modalità previste per le adunanze dell'Assemblea dei Soci.

Successivamente allo svolgimento delle operazioni di voto e proceduto allo scrutinio, da svolgersi in forma pubblica, la Commissione Elettorale proclama gli eletti e convoca il nuovo Consiglio Direttivo per l'insediamento entro i successivi sette giorni.

In caso di parità tra un Socio Ordinario e un Socio Volontario è dichiarato eletto quest'ultimo. In caso di parità tra due Soci Volontari ovvero due Soci Ordinari prevale il più anziano in termini di iscrizione associativa.

Nel corso dello svolgimento del procedimento elettorale e fino all'insediamento del nuovo Organo Sociale, il Consiglio Direttivo dimissionario rimane in carica per gli atti di ordinaria amministrazione.

Art. 28 – COLLEGIO DEI SINDACI REVISORI

Il Collegio dei Sindaci Revisori verifica la regolare tenuta delle scritture contabili e gli adempimenti di legge, i bilanci ed il conto consuntivo, e ne riferisce in Assemblea in sede di approvazione; esamina i registri delle deliberazioni, controlla la regolare tenuta della cassa e gli atti giustificativi delle spese.

Il Collegio è composto da tre membri effettivi e da due supplenti, eletti direttamente dall'Assemblea e scelti anche fra i non Soci.

Nella prima riunione, convocata dal Presidente del Consiglio Direttivo entro quindici giorni dalla nomina del Collegio, i membri effettivi eleggono il Presidente del Collegio.

I membri effettivi sono invitati di diritto alle riunioni del Consiglio Direttivo.

In caso di assenza temporanea, decadenza o dimissioni di uno o più membri effettivi si provvede alla sostituzione con un membro supplente, scelto in ordine di anzianità anagrafica.

Al ricorrere dei requisiti e delle circostanze previste dalla Legge, ed in particolare dall'art. 31 del D.Lgs. 117/2017, per l'esercizio della revisione contabile obbligatoria l'Assemblea dei Soci nomina un Revisore Legale dei Conti iscritto nell'apposito registro ovvero attribuisce l'esercizio di tale funzione all'Organo di Controllo, purché un suo componente sia un revisore legale iscritto nell'apposito registro. Quando nominato, l'organo di revisione esercita le funzioni con le modalità ed i compiti previsti dalla Legge.

Art. 29 – COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Il Collegio dei Probiviri è competente per l'esercizio dell'azione disciplinare, con le modalità previste dallo Statuto e secondo il procedimento fissato dal Regolamento Generale; decide sulle controversie tra i Soci e gli Organi sociali; dirime eventuali conflitti di competenza tra Organi dell'Associazione; esprime, su istanza di almeno cinque Soci ovvero di almeno un membro del Consiglio Direttivo ovvero del Collegio dei



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Sindaci Revisori, pareri sulla conformità allo Statuto e al Regolamento Generale delle delibere adottate dagli Organi Sociali.

Il Collegio dei Probiviri esamina e giudica secondo equità, in via arbitrale irrituale, trasmettendo quindi il proprio giudizio al Consiglio Direttivo che adotterà gli opportuni provvedimenti attuativi.

Il Collegio è composto da tre membri effettivi e da due supplenti, eletti direttamente dall'Assemblea. Almeno due dei componenti effettivi e uno dei componenti supplenti devono essere Soci Volontari.

Nella prima riunione, convocata dal Presidente del Consiglio Direttivo entro quindici giorni dalla nomina del Collegio, i membri effettivi eleggono il Presidente del Collegio.

In caso di procedimento disciplinare nei confronti di uno o più membri del Collegio dei Probiviri operano gli altri componenti, integrando il Collegio con i membri supplenti in sostituzione degli interessati.

In caso di assenza temporanea, decadenza o dimissioni di uno o più membri effettivi si provvede alla sostituzione con un membro supplente, con preferenza per il membro con qualità di Socio Volontario ovvero, nel caso in cui entrambi abbiano tale qualità, in ordine di anzianità anagrafica.

Art. 30 – ELEZIONE DEL COLLEGIO DEI SINDACI REVISORI E DEL COLLEGIO DEI PROBIVIRI

Il Collegio dei Sindaci Revisori ed il Collegio dei Probiviri vengono eletti direttamente dall'Assemblea dei Soci, convocata entro novanta giorni dall'insediamento del nuovo Consiglio Direttivo.

Le candidature sono ricevute direttamente nel corso dell'Assemblea in cui si procede all'elezione.

La votazione in merito all'elezione dei Collegi si svolgono alternativamente con votazione unica, sull'intera proposta, nel caso in cui il numero dei candidati per gli incarichi è pari al numero degli incarichi stessi e vi è accordo tra i candidati sui ruoli di effettivi e supplenti; ovvero con votazione in forma palese per alzata di mano per ogni singola persona, salvo che il Consiglio Direttivo o almeno dieci Soci richiedano di procedere con votazione segreta. Risultano eletti, in ordine di voti ottenuti, come membri effettivi i primi tre nominativi, come supplenti il quarto e quinto nominativo.

Nel periodo intercorrente tra l'elezione del Consiglio Direttivo e l'elezione dei Collegi rimangono in carica, con pieni poteri, i Collegi esistenti.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

TITOLO IV DEL PATRIMONIO E DELLA GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Art. 31 – BENI SOCIALI

Al fine di conseguire l'oggetto sociale l'Associazione si dota dei beni immobili e dei beni strumentali necessari.

Tutti i beni, i documenti, gli strumenti di lavoro, i veicoli e gli altri beni materiali e immateriali in possesso o uso dell'Associazione:

- a. Sono utilizzati esclusivamente e strumentalmente per la realizzazione dei fini istituzionali e con le modalità previste;
- b. Non possono essere utilizzati per finalità personali,
- c. Non possono essere trasferiti o messi a disposizione di terzi se non con deliberazione del Consiglio Direttivo ed esclusivamente nell'interesse dell'Associazione;
- d. Sono utilizzati e custoditi con la medesima diligenza di un bene proprio;
- e. Sono utilizzati con osservanza ai criteri di economicità e sostenibilità ambientale.

L'acquisto ovvero la cessione a qualunque titolo di beni immobili è deliberata, su proposta del Consiglio Direttivo, dall'Assemblea dei Soci.

La cessazione, a qualunque titolo, della qualità di Socio Volontario comporta l'onere di restituire tutti i beni associativi di cui lo stesso è stato dotato per lo svolgimento dell'attività di volontariato.

Art. 32 – RISORSE ECONOMICHE

L'Associazione trae le risorse economiche per il suo funzionamento e lo svolgimento delle proprie attività dalle quote associative, dai contributi pubblici e privati, da donazioni e lasciti testamentari, da rendite patrimoniali ed attività di raccolta di fondi nonché dalle attività secondarie e strumentali rispetto all'attività di interesse generale, in conformità a quanto disposto dall'Art. 33 del D.Lgs. 03 luglio 2017, n. 117.

Il patrimonio dell'Associazione, comprensivo di eventuali ricavi, rendite, proventi, entrate comunque denominate è utilizzato per lo svolgimento dell'attività statutaria ai fini dell'esclusivo perseguimento di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale e del conseguimento dell'oggetto sociale.

In quanto attività senza alcuno scopo di lucro gli eventuali utili conseguiti, gli avanzi di gestione e il patrimonio sociale non possono essere in alcun modo distribuiti e devono essere finalizzati al sostegno dell'attività associativa e al conseguimento dell'oggetto sociale.

L'attività dei Soci Volontari e di tutti coloro che ricoprono una carica sociale è svolta a titolo completamente gratuito e non è soggetta ad alcun tipo di remunerazione, neppure in forma indiretta.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

Art. 33 – BILANCIO E GESTIONE ECONOMICA

Il Consiglio Direttivo provvede a redigere il bilancio d'esercizio per ciascun anno solare, adottando criteri che consentano di rappresentare correttamente la reale situazione patrimoniale e il conto economico dell'esercizio, da approvarsi da parte dell'Assemblea dei Soci entro il 30 aprile dell'anno successivo all'esercizio cui si riferisce, insieme ad un documento sintetico, predisposto dal Consiglio Direttivo, che documenti la correlazione tra le consistenze economiche (costi e ricavi) e l'attività ed i risultati sociali, ovvero insieme al bilancio sociale, nei casi in cui è richiesto dalla Legge come obbligatorio.

Il Consiglio Direttivo, nella gestione economica e finanziaria, persegue il pareggio di bilancio come risultato della gestione.

Contestualmente all'approvazione del bilancio consuntivo il Consiglio Direttivo sottopone all'approvazione dell'Assemblea dei Soci la proposta di bilancio preventivo, costituito dalla previsione dei costi e dei ricavi per l'anno corrente. Nel caso in cui l'Assemblea dei Soci non provveda ad approvare il bilancio preventivo il Consiglio Direttivo provvederà ad una nuova redazione, da sottoporsi all'approvazione entro il 30 settembre successivo, provvedendo nelle more alla gestione dell'ordinaria amministrazione.

Il Consiglio Direttivo, nel corso dell'esercizio, cura il monitoraggio della gestione, attraverso la periodica analisi dei costi e dei ricavi ed adotta i correttivi necessari per assicurare l'adeguatezza della gestione rispetto alle consistenze economiche e patrimoniali.

Art. 34 – DISCIPLINA DEGLI ACQUISTI

Il Regolamento Generale disciplina le modalità e i termini con cui effettuare gli acquisti e con cui è attribuito al Consiglio Direttivo il potere di spesa, indicando le soglie e le modalità con cui sono assunti gli impegni di spesa e prevedendo per gli acquisti superiori ad una soglia minima l'obbligo della pluralità delle offerte e l'obbligo delle lettere di invito ovvero di gara d'appalto per forniture, lavori o servizi di rilevante importo.



Pubblica Assistenza Signa

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

TITOLO V ALTRE DISPOSIZIONI

Art. 35 – ASSEMBLEA DEI VOLONTARI

E' istituita l'Assemblea dei Volontari, con funzioni consultive in relazione a progetti, iniziative, attività e questioni che ineriscono l'attività dei Volontari e la concreta organizzazione della vita interna all'Associazione.

Il Regolamento Generale prevede le modalità per la convocazione ed il funzionamento dell'Assemblea dei Volontari, prevedendo la possibilità per i presenti di presentare istanze, proposte o richieste sulle quali il Consiglio Direttivo si esprime con una propria deliberazione entro il termine massimo di sessanta giorni.

Art. 36 – PERSONALE DIPENDENTE

Al fine di conseguire efficacemente l'oggetto sociale l'Associazione può assumere lavoratori dipendenti ovvero avvalersi di prestazioni di lavoro autonomo o di altra natura nei limiti necessari al suo regolare funzionamento oppure nei limiti occorrenti a qualificare o specializzare la propria attività. In ogni caso i lavoratori impiegati non potrà essere superiore al cinquanta per cento del numero dei Volontari, con applicazione del contratto collettivo nazionale di riferimento per il settore di appartenenza.

Il Consiglio Direttivo gestisce ed amministra il personale dipendente, anche attraverso un suo membro appositamente delegato, con attenzione al rispetto del lavoratore, all'adeguato inquadramento contrattuale e favorendo il coinvolgimento del personale nella vita sociale ed operativa dell'Associazione.

Art. 37 – PARTECIPAZIONE IN CONSORZI E IMPRESE SOCIALI

L'Associazione, su delibera dell'Assemblea dei Soci, costituisce, aderisce ovvero recede, nelle forme previste dalla legge e salvaguardando l'utilità sociale della propria partecipazione, a consorzi ovvero imprese sociali, il cui oggetto sia compatibile con il presente Statuto.

Il Presidente, ovvero altro membro del Consiglio Direttivo appositamente delegato, rappresenta l'Associazione negli organi assembleari di detti organismi consortili o societari.



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055.876777 / 055.876555 - Fax 055.8734622

E-Mail: info@pasigna.it - PEC: pasigna@pec.pasigna.it

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Iscritta al nr. 224 del Registro Regionale Toscana Persone Giuridiche

www.pasigna.it

TITOLO VI DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Art. 38 - DISPOSIZIONI TRANSITORIE

Con l'approvazione dello Statuto rimangono in carica, fino alla naturale scadenza del mandato triennale, il Consiglio Direttivo e il Collegio dei Sindaci Revisori

Entro il termine di novanta giorni dall'approvazione dello Statuto il Consiglio Direttivo convoca l'Assemblea dei Soci per l'approvazione del Regolamento Generale e per procedere alla nomina del Collegio dei Probiviri che durerà in carica fino alla prima scadenza del mandato del Collegio dei Sindaci Revisori.

Fino alla nomina del Collegio dei Probiviri le funzioni ad esso attribuite dallo Statuto sono esercitate dal Collegio dei Garanti già nominato sulla base del precedente testo statutario.

Art. 39 - SCIoglimento DELL'ASSOCIAZIONE

In caso di scioglimento, il patrimonio dell'Associazione sarà affidato all'Associazione Nazionale Pubbliche Assistenze (A.N.P.A.S.) che lo destinerà ad interventi inerenti la realizzazione dei propri obiettivi sociali.



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

**D.P.R. 10 settembre 1990 n. 285 "Regolamento di
Polizia Mortuaria"**

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 10 settembre 1990, n. 285

Approvazione del regolamento di polizia mortuaria.

Vigente al: 17-2-2018

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visto l'art. 87 della Costituzione;

Visto l'art. 358 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265;

Visto l'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803, recante regolamento di polizia mortuaria;

Udito il parere del Consiglio superiore di sanita';

Udito il parere del Consiglio di Stato, reso nell'adunanza generale del 22 marzo 1990;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 31 agosto 1990;

Sulla proposta del Ministro della sanita', di concerto con i Ministri dell'interno e di grazia e giustizia;

E M A N A il seguente decreto:

Art. 1.

1. E' approvato l'unito regolamento di polizia mortuaria, composto di centootto articoli e vistato dal Ministro proponente.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sara' inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addi' 10 settembre 1990

COSSIGA

ANDREOTTI, Presidente del Consiglio dei Ministri

DE LORENZO, Ministro della sanita'

GAVA, Ministro dell'interno

VASSALLI, Ministro di grazia e giustizia

Visto, il Guardasigilli: VASSALLI

Registrato alla Corte dei conti il 1° ottobre 1990

Atti di Governo, registro n. 81, foglio n. 10

Capo I

**DENUNCIA DELLA CAUSA DI MORTE
E ACCERTAMENTO DEI DECESSI**

Art. 1.

1. Ferme restando le disposizioni sulla dichiarazione e sull'avviso di morte da parte dei familiari e di chi per essi contenute nel titolo VII del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, sull'ordinamento dello stato civile, i medici, a norma dell'art. 103, sub a), del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, debbono per ogni caso di morte di persona da loro assistita denunciare al sindaco la malattia che, a loro giudizio, ne sarebbe stata la causa.

2. Nel caso di morte per malattia infettiva compresa nell'apposito

elenco pubblicato dal Ministero della sanita', il comune deve darne informazione immediatamente all'unita' sanitaria locale dove e' avvenuto il decesso.

3. Nel caso di morte di persona cui siano somministrati nuclidi radioattivi la denuncia della causa di morte deve contenere le indicazioni previste dall'art. 100 del decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185.

4. Nel caso di decesso senza assistenza medica la denuncia della presunta causa di morte e' fatta dal medico necroscopo di cui all'art. 4.

5. L'obbligo della denuncia della causa di morte e' fatto anche ai medici incaricati di eseguire autopsie disposte dall'autorita' giudiziaria o per riscontro diagnostico.

6. La denuncia della causa di morte, di cui ai commi precedenti, deve essere fatta entro 24 ore dall'accertamento del decesso su apposita scheda di morte stabilita dal Ministero della sanita', d'intesa con l'Istituto nazionale di statistica.

7. Copia della scheda di morte deve essere inviata, entro trenta giorni, dal comune ove e' avvenuto il decesso alla unita' sanitaria locale nel cui territorio detto comune e' ricompreso. Qualora il deceduto fosse residente nel territorio di una unita' sanitaria locale diversa da quella ove e' avvenuto il decesso, quest'ultima deve inviare copia della scheda di morte alla unita' sanitaria locale di residenza. Nel caso di comuni comprendenti piu' unita' sanitarie locali, tali comunicazioni sono dirette a quella competente ai sensi del secondo periodo del comma 8.

8. Entro tre anni dalla data di entrata in vigore del presente regolamento ogni unita' sanitaria locale deve istituire e tenere aggiornato un registro per ogni comune incluso nel suo territorio contenente l'elenco dei deceduti nell'anno e la relativa causa di morte. Nel caso di comuni comprendenti piu' unita' sanitarie locali la regione, entro un anno dalla data di entrata in vigore del presente regolamento, dovra' individuare la unita' sanitaria locale competente alla tenuta del registro in questione.

9. Le schede di morte hanno esclusivamente finalita' sanitarie, epidemiologiche e statistiche.

Art. 2.

1. Per la denuncia della causa di morte nei casi previsti dal comma 5 dell'art. 1 si devono osservare, a seconda che si tratti di autopsia a scopo di riscontro diagnostico o di autopsia giudiziaria, le disposizioni contenute negli articoli 39 e 45.

Art. 3.

1. Fermo restando per i sanitari l'obbligo di cui all'art. 365 del codice penale, ove dalla scheda di morte risulti o sorga comunque il sospetto che la morte sia dovuta a reato, il sindaco deve darne immediata comunicazione alla autorita' giudiziaria e a quella di pubblica sicurezza.

Art. 4.

1. Le funzioni di medico necroscopo di cui all'art. 141 del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, sull'ordinamento dello stato civile, sono esercitate da un medico nominato dalla unita' sanitaria locale competente.

2. Negli ospedali la funzione di medico necroscopo e' svolta dal direttore sanitario o da un medico da lui delegato.

3. I medici necroscopi dipendono per tale attivita' dal coordinatore sanitario dell'unita' sanitaria locale che ha provveduto alla loro nomina ed a lui riferiscono sull'espletamento del servizio, anche in relazione a quanto previsto dall'art. 365 del codice penale.

4. Il medico necroscopo ha il compito di accertare la morte, redigendo l'apposito certificato previsto dal citato art. 141.

5. La visita del medico necroscopo deve sempre essere effettuata non prima di 15 ore dal decesso, salvo i casi previsti dagli articoli 8, 9 e 10, e comunque non dopo le trenta ore.

.art)4;

Art. 5.

1. Nel caso di rinvenimento di parti di cadavere o anche di resti mortali o di ossa umane, chi ne fa la scoperta deve informarne immediatamente il sindaco il quale ne dà subito comunicazione all'autorità giudiziaria, a quella di pubblica sicurezza e all'unità sanitaria locale competente per territorio.

2. Salvo diverse disposizioni dell'autorità giudiziaria, l'unità sanitaria locale incarica dell'esame del materiale rinvenuto il medico necroscopo e comunica i risultati degli accertamenti eseguiti al sindaco ed alla stessa autorità giudiziaria perché questa rilasci il nulla osta per la sepoltura.

Art. 6.

1. L'autorizzazione per la sepoltura nel cimitero è rilasciata, a norma dell'art. 141 del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, sull'ordinamento dello stato civile, dall'ufficiale dello stato civile.

2. La medesima autorizzazione è necessaria per la sepoltura nel cimitero di parti di cadavere ed ossa umane di cui all'art. 5.

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 2 e 3, 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.

Capo II

PERIODO DI OSSERVAZIONE DEI CADAVERI

Art. 8.

1. Nessun cadavere può essere chiuso in cassa, né essere 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.

Art. 9.

1. Nei casi di morte improvvisa ed in quelli in cui si abbiano dubbi di morte apparente, l'osservazione deve essere protratta fino a

48 ore, salvo che il medico necroscopo non accerti la morte nei modi previsti dall'art. 8.

Art. 10.

1. Nei casi in cui la morte sia dovuta a malattia infettiva-diffusiva compresa nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanita' o il cadavere presenti segni di iniziata putrefazione, o quando altre ragioni speciali lo richiedano, su proposta del coordinatore sanitario dell'unita' sanitaria locale il sindaco puo' ridurre il periodo di osservazione a meno di 24 ore.

Art. 11.

1. Durante il periodo di osservazione il corpo deve essere posto in condizioni tali che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita. Nel caso di deceduti per malattia infettiva-diffusiva compresa nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanita' il coordinatore sanitario dell'unita' sanitaria locale adotta le misure cautelative necessarie.

Capo III

DEPOSITI DI OSSERVAZIONE E OBITORI

Art. 12.

1. I comuni devono disporre di un locale per ricevere e tenere in osservazione per il periodo prescritto le salme di persone:

a) morte in abitazioni inadatte e nelle quali sia pericoloso mantenerle per il prescritto periodo di osservazione;

b) morte in seguito a qualsiasi accidente nella pubblica via o in luogo pubblico;

c) ignote, di cui debba farsi esposizione al pubblico per il riconoscimento.

2. Durante il periodo di osservazione deve essere assicurata la sorveglianza anche ai fini del rilevamento di eventuali manifestazioni di vita.

Art. 13.

1. I comuni devono disporre di un obitorio per l'assolvimento delle seguenti funzioni obitoriali:

a) mantenimento in osservazione e riscontro diagnostico dei cadaveri di persone decedute senza assistenza medica;

b) deposito per un periodo indefinito dei cadaveri a disposizione dell'autorita' giudiziaria per autopsie giudiziarie e per accertamenti medico-legali, riconoscimento e trattamento igienico-conservativo;

c) deposito, riscontro diagnostico o autopsia giudiziaria o trattamento igienico conservativo di cadaveri portatori di radioattivita'.

Art. 14.

1. I depositi di osservazione e gli obitori possono essere istituiti dal comune nell'ambito del cimitero o presso ospedali od altri istituti sanitari ovvero in particolare edificio rispondente allo scopo per ubicazione e requisiti igienici.

2. Nei comuni con popolazione superiore ai cinquemila abitanti il locale destinato a deposito di osservazione deve essere distinto dall'obitorio.

3. I comuni costituitisi in consorzio per l'esercizio di un unico cimitero a norma dell'art. 49, comma 3, possono consorziarsi anche per quanto concerne il deposito di osservazione e l'obitorio.

4. Nel caso di cui al comma 3, ai fini della distinzione fra deposito di osservazione e obitorio di cui al comma 2, si tiene conto della popolazione complessiva dei comuni interessati.

Art. 15.

1. Il mantenimento in osservazione di salme di persone cui sono stati somministrati nuclidi radioattivi deve aver luogo in modo che sia evitata la contaminazione ambientale, osservando le prescrizioni disposte caso per caso dall'unita' sanitaria locale competente in relazione agli elementi risultanti nel certificato di morte di cui all'art. 100 del decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185.

2. L'unita' sanitaria locale comprendente piu' comuni individua gli obitori e i depositi di osservazione che debbono essere dotati di celle frigorifere per la conservazione dei cadaveri; al loro allestimento ed all'esercizio provvede il comune cui obitorio e deposito di osservazione appartengono. Nel territorio di ciascuna unita' sanitaria locale le celle frigorifere debbono essere non meno di una ogni ventimila abitanti e, comunque, non meno di cinque. Nel caso di un comune il cui territorio coincide con quello di una unita' sanitaria locale, oppure comprende piu' unita' sanitarie locali, le determinazioni in proposito sono assunte dal comune e il rapporto quantitativo di cui sopra e' riferito alla popolazione complessiva del comune.

3. Con le stesse modalita' si provvede a dotare gli obitori di celle frigorifere isolate per i cadaveri portatori di radioattivita' o di malattie infettive-diffusive, in ragione di una ogni centomila abitanti.

Capo IV

TRASPORTO DEI CADAVERI

Art. 16.

1. Il trasporto delle salme, salvo speciali disposizioni dei regolamenti comunali, e':

a) a pagamento, secondo una tariffa stabilita dall'autorita' comunale quando vengono richiesti servizi o trattamenti speciali;

b) a carico del comune in ogni altro caso. Il trasporto deve essere comunque effettuato in una forma che garantisca il decoro del servizio.

2. L'unita' sanitaria locale competente vigila e controlla il servizio di trasporto delle salme, ne riferisce annualmente al sindaco e gli propone i provvedimenti necessari ad assicurarne la regolarita'.

Art. 17.

1. Il trasporto dei cadaveri effettuato prima che sia trascorso il periodo di osservazione prescritto dalle disposizioni del capo II deve essere eseguito in condizioni tali da non ostacolare eventuali manifestazioni di vita.

Art. 18.

1. Quando la morte e' dovuta ad una delle malattie infettive-diffusive comprese nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanita', il cadavere, trascorso il periodo di osservazione, deve essere deposto nella cassa con gli indumenti di cui e' rivestito ed avvolto in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante.

2. E' consentito di rendere al defunto le estreme onoranze, osservando le prescrizioni dell'autorita' sanitaria, salvo che questa le vieti nella contingenza di manifestazione epidemica della malattia che ha causato la morte.

3. Quando dalla denuncia della causa di morte risulti che il cadavere e' portatore di radioattivita', la unita' sanitaria locale competente dispone che il trasporto, il trattamento e la destinazione delle salme siano effettuati osservando le necessarie misure

protettive di volta in volta prescritte al fine di evitare la contaminazione ambientale.

Art. 19.

1. Il trasporto dei cadaveri dal luogo del decesso al deposito di osservazione, all'obitorio o al cimitero si esegue a cura del comune, in carro chiuso, sempre che non sia richiesto dagli interessati di servirsi di mezzi speciali di trasporto ai sensi dell'art. 16, comma 1, lettera a).

2. Nei casi previsti dall'art. 16, comma 1, lettera a), ove il servizio dei trasporti con mezzi speciali non sia esercitato dal comune e con diritto di privativa, il comune per i trasporti funebri che consenta di eseguire a terzi nel territorio comunale, e sempre che non si tratti di trasporti eseguiti da confraternite con mezzi propri, puo' imporre il pagamento di un diritto fisso la cui entita' non puo' superare quella stabilita per trasporti di ultima categoria.

3. Ove sia richiesto il trasporto di cadaveri da comune ad altro comune o all'estero con mezzi di terzi e sempreche' esso venga effettuato con gli automezzi di cui all'art. 20, i comuni di partenza e di arrivo del trasporto possono imporre il pagamento di un diritto fisso la cui entita' non puo' superare quella stabilita per i trasporti di ultima categoria svolgentisi nel territorio comunale.

4. Sono esenti da qualsiasi diritto comunale i trasporti di salme di militari eseguiti dalle amministrazioni militari con mezzi propri.

Art. 20.

1. I carri destinati al trasporto dei cadaveri su strada debbono essere internamente rivestiti di lamiera metallica o di altro materiale impermeabile facilmente lavabile o disinfettabile.

2. Detti carri possono essere posti in servizio da parte dei comuni e dei privati solo dopo che siano stati riconosciuti idonei dalle unita' sanitarie locali competenti, che devono controllarne almeno una volta all'anno lo stato di manutenzione.

3. Un apposito registro, dal quale risulti la dichiarazione di idoneita', deve essere conservato sul carro in ogni suo trasferimento per essere, a richiesta, esibito agli organi di vigilanza.

Art. 21.

1. Le rimesse di carri funebri devono essere ubicate in localita' individuate con provvedimento del sindaco in osservanza delle norme dei regolamenti locali.

2. Esse debbono essere provviste delle attrezzature e dei mezzi per la pulizia e la disinfezione dei carri stessi.

3. Salva l'osservanza delle disposizioni di competenza dell'autorita' di pubblica sicurezza e del servizio antincendi, l'idoneita' dei locali adibiti a rimessa di carri funebri e delle relative attrezzature e' accertata dal coordinatore sanitario della unita' sanitaria locale competente.

Art. 22.

1. Il sindaco disciplina l'orario per il trasporto dei cadaveri, le modalita' ed i percorsi consentiti, nonche' il luogo e le modalita' per la sosta dei cadaveri in transito.

Art. 23.

1. L'incaricato del trasporto di un cadavere deve essere munito di apposita autorizzazione del sindaco, la quale deve essere consegnata al custode del cimitero.

Art. 24.

1. Il trasporto di un cadavere, di resti mortali o di ossa umane entro l'ambito del comune in luogo diverso dal cimitero o fuori dal comune e' autorizzato dal sindaco secondo le prescrizioni stabilite negli articoli seguenti.

2. Il decreto di autorizzazione e' comunicato al sindaco del comune in cui deve avvenire il seppellimento.

3. Qualora sia richiesta la sosta della salma in altri comuni intermedi per il tributo di speciali onoranze, tale decreto dovra' essere comunicato anche ai sindaci di questi comuni.

Art. 25.

1. Per i morti di malattie infettive-diffusive di cui all'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanita', l'autorizzazione al trasporto prevista dall'art. 24 puo' essere data soltanto quando risulti accertato che il cadavere, trascorso il periodo di osservazione, e' stato composto nella duplice cassa prevista dagli articoli 30 e 31 seguendo le prescrizioni degli articoli 18 e 32.

2. Le disposizioni del presente articolo si applicano anche ai trasporti di cadaveri da o per l'estero previsti dagli articoli 27, 28 e 29 quando la morte sia dovuta ad una delle malattie infettive-diffusive di cui all'elenco previsto nel comma 1.

Art. 26.

1. Il trasporto di un cadavere da comune a comune per essere cremato ed il trasporto delle risultanti ceneri al luogo del loro definitivo deposito sono autorizzati con unico decreto del sindaco del comune nella cui circoscrizione e' avvenuto il decesso.

2. All'infuori di questo caso, il trasporto delle ceneri di un cadavere da comune a comune e' sottoposto all'autorizzazione di cui all'art. 24.

Art. 27.

1. I trasporti di salme da o per uno degli Stati aderenti alla convenzione internazionale di Berlino 10 febbraio 1937, approvata e resa esecutiva in Italia con regio decreto 10 luglio 1937, n. 1379, sono soggetti alla osservanza delle prescrizioni sanitarie previste da detta convenzione. Le salme stesse debbono essere accompagnate dal passaporto mortuario previsto dalla convenzione medesima.

2. Tale passaporto e' rilasciato per le salme da estradare dal territorio nazionale dal prefetto e per le salme da introdurre nel territorio nazionale e' rilasciato dalla competente autorita' del luogo da cui la salma viene estradata.

3. Nei casi previsti dal presente articolo il prefetto agisce in qualita' di autorita' delegata dal Ministero della sanita'.

4. Il trasporto delle salme da o per lo Stato della Citta' del Vaticano e' regolato dalle norme della convenzione 28 aprile 1938 tra la Santa Sede e l'Italia, approvata e resa esecutiva con regio decreto 16 giugno 1938, n. 1055.

Art. 28.

1. Per l'introduzione nel Paese di salme provenienti da uno degli Stati non aderenti alla convenzione internazionale di Berlino, l'interessato alla traslazione della salma deve presentare all'autorita' consolare italiana apposita domanda corredata:

a) di un certificato della competente autorita' sanitaria locale, dal quale risulti che sono state osservate le prescrizioni di cui all'art. 30;

b) degli altri eventuali documenti e dichiarazioni che il Ministero della sanita' dovesse prescrivere in rapporto a situazioni determinate.

2. L'autorita' consolare italiana, constatata la regolarita' della documentazione presentata, trasmette la domanda corredata dai documenti, ovvero inoltra telegraficamente la richiesta, e contemporaneamente trasmette i documenti, tramite il Ministero degli affari esteri, al prefetto della provincia, dove la salma e' diretta, che concede l'autorizzazione informandone la stessa autorita'

consolare, tramite il Ministero degli affari esteri, e il prefetto della provincia di frontiera attraverso cui la salma deve transitare.

Art. 29.

1. Per l'estradizione dal Paese di salme dirette verso Stati non aderenti alla convenzione internazionale di Berlino, l'interessato deve rivolgere domanda al prefetto della provincia di cui fa parte il comune ove trovansi la salma, corredata dei seguenti documenti:

a) nulla osta, per l'introduzione, dell'autorita' consolare dello Stato verso il quale la salma e' diretta;

b) certificato dell'unita' sanitaria locale attestante che sono state osservate le disposizioni di cui all'art. 30;

c) altri eventuali documenti e dichiarazioni che il Ministero della sanita' dovesse prescrivere in rapporto a situazioni determinate.

2. Il prefetto ricevuta la domanda, corredata come sopra, concede l'autorizzazione, informandone il prefetto della provincia di frontiera attraverso la quale la salma dovra' transitare.

3. Nel concedere l'autorizzazione il prefetto agisce come delegato del Ministero della sanita'.

Art. 30.

1. Per il trasporto all'estero o dall'estero, fuori dei casi previsti dalla convenzione internazionale di Berlino, o da comune a comune, la salma deve essere racchiusa in duplice cassa, l'una di metallo e l'altra di tavole di legno massiccio.

2. La cassa metallica, o che racchiuda quella di legno o che sia da questa contenuta, deve essere ermeticamente chiusa mediante saldatura e tra le due casse, al fondo, deve essere interposto uno strato di torba polverizzata o di segatura di legno o di altro materiale assorbente, sempre biodegradabile, riconosciuto idoneo.

3. Le saldature devono essere continue ed estese su tutta la periferia della zona di contatto degli elementi da saldare.

4. Lo spessore di lamiera della cassa metallica non deve essere inferiore a 0,660 mm se di zinco, a 1,5 mm se di piombo.

5. Lo spessore delle tavole della cassa di legno non deve essere inferiore a 25 mm. Eventuali intagli sono consentiti quando lo spessore iniziale delle tavole e' tale che per effetto degli intagli medesimi in ogni punto sia assicurato lo spessore minimo di cui sopra.

6. Il fondo della cassa deve essere formato da una o piu' tavole, di un solo pezzo nel senso della lunghezza, riunite al massimo nel numero di cinque nel senso della larghezza, fra loro saldamente congiunte con collante di sicura e duratura presa.

7. Il coperchio della cassa deve essere formato da una o piu' tavole di un solo pezzo nel senso della lunghezza.

8. Nel caso in cui il coperchio sia costituito da piu' facce che si trovino su piani diversi occorre che dette facce siano costituite da tavole di un solo pezzo nel senso della lunghezza.

9. Le pareti laterali della cassa comprese tra il fondo e il coperchio devono essere formate da una o piu' tavole di un solo pezzo nel senso della lunghezza delle pareti stesse congiunte tra loro nel senso della larghezza con le medesime modalita' tecniche delle tavole formanti il fondo. Le suddette pareti laterali devono parimenti essere saldamente congiunte tra loro con collante di sicura e duratura presa.

10. Il coperchio deve essere saldamente congiunto alle pareti laterali mediante viti disposte di 20 in 20 centimetri. Il fondo deve essere saldamente congiunto ad esse con chiodi disposti di 20 in 20 centimetri ed assicurato con un mastice idoneo.

11. La cassa cosi' confezionata deve essere cerchiata con liste di lamiera di ferro, larghe non meno di 2 centimetri, distanti l'una dall'altra non piu' di 50 centimetri, saldamente fissate mediante chiodi o viti.

12. Sia la cassa di legno sia quella di metallo debbono portare impresso ben visibile sulla parte esterna del proprio coperchio il marchio di fabbrica con l'indicazione della ditta costruttrice.

13. Per il trasporto da un comune ad un altro comune che disti non piu' di 100 chilometri, salvo il caso previsto dall'art. 25 e sempre che il trasporto stesso dal luogo di deposito della salma al cimitero possa farsi direttamente e con idoneo carro funebre, si impiega la sola cassa di legno.

Art. 31.

1. Il Ministero della sanita', anche su richiesta degli interessati, sentito il Consiglio superiore di sanita', puo' autorizzare, per i trasporti di salma da comune a comune l'uso per le casse di materiali diversi da quelli previsti dall'art. 30, prescrivendo le caratteristiche che essi devono possedere al fine di assicurare la resistenza meccanica e l'impermeabilita' del feretro.

Art. 32.

1. Per il trasporto di cui all'art. 30, nei mesi di aprile, maggio, giugno, luglio, agosto e settembre, le salme devono essere sottoposte a trattamento antiputrefattivo mediante l'introduzione nelle cavita' corporee di almeno 500 cc di formalina F.U. dopo che sia trascorso l'eventuale periodo di osservazione.

2. Negli altri mesi dell'anno tale prescrizione si applica solo per le salme che devono essere trasportate in localita' che, con il mezzo di trasporto prescelto, si raggiungono dopo 24 ore di tempo, oppure quando il trasporto venga eseguito trascorse 48 ore dal decesso.

3. Le prescrizioni del presente articolo non si applicano ai cadaveri sottoposti a trattamenti di imbalsamazione.

Art. 33.

1. E' considerato come avvenuto nel territorio italiano a tutti gli effetti del presente regolamento ogni decesso verificatosi a bordo di navi ed aeromobili battenti bandiera nazionale.

Art. 34.

1. L'incaricato del trasporto di un cadavere fuori del comune deve essere munito del decreto di autorizzazione del sindaco del luogo dove e' avvenuto il decesso.

2. Se il trasporto delle salme avviene per ferrovia, su nave o per aereo, il decreto anzidetto deve restare in consegna al vettore durante il trasporto stesso.

Art. 35.

1. Per il trasporto entro il territorio comunale e da comune a comune dei cadaveri destinati all'insegnamento ed alle indagini scientifiche si seguono le norme degli articoli precedenti.

2. Il direttore dell'istituto o del dipartimento universitario prende in consegna la salma dell'incaricato del trasporto e la riconsegna, terminato il periodo occorso per l'insegnamento o per le indagini scientifiche, dopo averla ricomposta con la migliore cura e ricollocata nel feretro, al servizio comunale per i trasporti funebri, dopo averne data comunicazione scritta al sindaco.

Art. 36.

1. Il trasporto di ossa umane e di altri resti mortali assimilabili, ferme restando le autorizzazioni di cui agli articoli 24, 27, 28 e 29, non e' soggetto alle misure precauzionali igieniche stabilite per il trasporto delle salme dagli articoli 18, 20, 25.

2. Le ossa umane e gli altri resti mortali assimilabili debbono in

ogni caso essere raccolti in cassetta di zinco, di spessore non inferiore a mm 0,660 e chiusa con saldatura, recante il nome e cognome del defunto.

3. Se le ossa ed i resti mortali provengono da rinvenimento e non sia possibile l'identificazione del defunto cui appartennero, la cassetta dovrà recare l'indicazione del luogo e della data in cui sono stati rinvenuti.

Capo V

RISCONTRO DIAGNOSTICO

Art. 37.

1. Fatti salvi i poteri dell'autorità giudiziaria, sono sottoposte al riscontro diagnostico, secondo le norme della legge 15 febbraio 1961, n. 83, i cadaveri delle persone decedute senza assistenza medica, trasportati ad un ospedale o ad un deposito di osservazione o ad un obitorio, nonché i cadaveri delle persone decedute negli ospedali, nelle cliniche universitarie e negli istituti di cura privati quando i rispettivi direttori, primari o medici curanti lo dispongano per il controllo della diagnosi o per il chiarimento di quesiti clinico-scientifici.

2. Il coordinatore sanitario può disporre il riscontro diagnostico anche sui cadaveri delle persone decedute a domicilio quando la morte sia dovuta a malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, o a richiesta del medico curante quando sussista il dubbio sulle cause di morte.

((2-bis. I familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario o sociosanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia)).

3. Il riscontro diagnostico è eseguito, alla presenza del primario o medico curante, ove questi lo ritenga necessario, nelle cliniche universitarie o negli ospedali dall'anatomopatologo universitario od ospedaliero ovvero da altro sanitario competente incaricato del servizio, i quali devono evitare mutilazioni e dissezioni non necessaria a raggiungere l'accertamento della causa di morte.

4. Eseguito il riscontro diagnostico, il cadavere deve essere ricomposto con la migliore cura.

5. Le spese per il riscontro diagnostico sono a carico dell'ente che lo ha richiesto.

Art. 38.

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

Art. 39.

1. I risultati dei riscontri diagnostici devono essere, dal direttore sanitario dell'ospedale o della casa di cura, comunicati al sindaco per eventuale rettifica della scheda di morte di cui all'art. 1. Il sindaco provvede altresì alla comunicazione dei risultati dei riscontri diagnostici secondo le procedure di cui all'art. 1, comma 7.

2. Quando come causa di morte risulta una malattia infettiva e diffusiva, la comunicazione deve essere fatta d'urgenza ed essa vale come denuncia ai sensi dell'art. 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modifiche.

3. Quando si abbia il sospetto che la morte sia dovuta a reato, il medico settore deve sospendere le operazioni e darne immediata comunicazione all'autorita' giudiziaria.

Capo VI

RILASCIO DI CADAVERI A SCOPO DI STUDIO

Art. 40.

1. La consegna alle sale anatomiche universitarie dei cadaveri destinati, a norma dell'art. 32 del testo unico delle leggi sulla istruzione superiore, approvato con regio decreto 31 agosto 1933, n. 1592, all'insegnamento ed alle indagini scientifiche deve avvenire dopo trascorso il periodo di osservazione prescritto dagli articoli 8, 9 e 10.

2. Ai cadaveri di cui al presente articolo deve essere sempre assicurata una targhetta che rechi annotate le generalita'.

Art. 41.

1. I direttori delle sale anatomiche universitarie devono annotare in apposito registro le generalita' dei deceduti, messi a loro disposizione a norma dell'art. 40, indicando specificatamente, per ciascuno di essi, lo scheletro, le parti ed organi che vengono eventualmente prelevati per essere conservati a scopo di dimostrazione, studio e ricerca sia negli istituti anatomici che nei musei anatomici, debitamente autorizzati, sia presso altri istituti universitari ed ospedalieri che ne facciano richiesta scritta agli istituti anatomici.

2. Il prelevamento e la conservazione di cadaveri e di pezzi anatomici, ivi compresi i prodotti fetali, devono essere di volta in volta autorizzati dall'autorita' sanitaria locale sempreche' nulla osti da parte degli aventi titolo.

3. I musei anatomici devono essere aperti agli studiosi, ai quali puo' essere concessa la facolta' di avere a disposizione i pezzi anatomici per un tempo determinato.

Art. 42.

1. Dopo eseguite le indagini e gli studi, i cadaveri di cui all'art. 40, ricomposti per quanto possibile, devono essere consegnati all'incaricato del trasporto al cimitero.

Art. 43.

1. Il coordinatore sanitario della unita' sanitaria locale, su richiesta scritta dei direttori delle sale anatomiche, puo' autorizzare la consegna all'istituto universitario di ossa deposte nell'ossario comune del cimitero.

2. Le ossa, elencate su regolare verbale di consegna, sono prese in carico dal direttore della sala anatomica, che ne disporra' a scopo didattico e di studio.

3. In nessun altro caso e' permesso asportare ossa dai cimiteri.

4. E' vietato il commercio di ossa umane.

Capo VII

PRELIEVO DI PARTI DI CADAVERE

A SCOPO DI TRAPIANTO TERAPEUTICO

Art. 44.

1. Il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico anche per quanto concerne l'accertamento della morte segue le norme della legge 2 dicembre 1975, n. 644, e successive modificazioni.

Capo VIII

AUTOPSIE E TRATTAMENTI

PER LA CONSERVAZIONE DEL CADAVERE

Art. 45.

1. Le autopsie, anche se ordinate dall'autorita' giudiziaria, devono essere eseguite dai medici legalmente abilitati all'esercizio

professionale.

2. I risultati delle autopsie devono essere comunicati al sindaco e da quest'ultimo al coordinatore sanitario della unita' sanitaria locale o delle unita' sanitarie locali interessate per la eventuale rettifica della scheda di morte di cui all'art. 1. Il contenuto della comunicazione deve essere limitato alle notizie indispensabili per l'eventuale rettifica della scheda.

3. Quando come causa di morte risulta una malattia infettiva-diffusiva compresa nell'apposito elenco pubblicato dal Ministero della sanita', il medico che ha effettuato l'autopsia deve darne d'urgenza comunicazione al sindaco e al coordinatore sanitario dell'unita' sanitaria locale competente ed essa vale come denuncia ai sensi dell'art. 254 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modifiche.

4. Le autopsie su cadaveri portatori di radioattivita' devono essere eseguite seguendo le prescrizioni di cui all'art. 38.

5. Quando nel corso di una autopsia non ordinata dall'autorita' giudiziaria si abbia il sospetto che la morte sia dovuta a reato, il medico settore deve sospendere le operazioni e darne immediata comunicazione all'autorita' giudiziaria.

Art. 46.

1. I trattamenti per ottenere l'imbalsamazione del cadavere devono essere eseguiti, sotto il controllo del coordinatore sanitario della unita' sanitaria locale, da medici legalmente abilitati all'esercizio professionale e possono essere iniziati solo dopo che sia trascorso il periodo di osservazione.

2. Per fare eseguire su di un cadavere l'imbalsamazione deve essere richiesta apposita autorizzazione al sindaco, che la rilascia previa presentazione di:

a) una dichiarazione di un medico incaricato dell'operazione con l'indicazione del procedimento che intende seguire, del luogo e dell'ora in cui la effettuera';

b) distinti certificati del medico curante e del medico necroscopo che escludono il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

Art. 47.

1. L'imbalsamazione di cadaveri portatori di radioattivita', qualunque sia il metodo eseguito, deve essere effettuata, osservando le prescrizioni di leggi vigenti in materia di controllo della radioattivita' ambientale e adottando le misure precauzionali concernenti la sorveglianza fisica degli operatori a norma degli articoli 6, 69 e 74 del decreto del Presidente della Repubblica 13 febbraio 1964, n. 185, in quanto applicabili.

Art. 48.

1. Il trattamento antiputrefattivo di cui all'art. 32 e' eseguito dal coordinatore sanitario o da altro personale tecnico da lui delegato, dopo che sia trascorso il periodo di osservazione di cui agli articoli 8, 9 e 10.

Capo IX

DISPOSIZIONI GENERALI SUL SERVIZIO DEI CIMITERI

Art. 49.

1. A norma dell'art. 337 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, ogni comune deve avere un cimitero con almeno un reparto a sistema di inumazione.

2. I comuni che abbiano frazioni dalle quali il trasporto delle salme ai cimiteri del capoluogo riesca non agevole per difficolta' di comunicazione devono avere appositi cimiteri per tali frazioni.

3. I piccoli comuni possono costituirsi in consorzio per l'esercizio di un unico cimitero soltanto quando siano contermini; in

tal caso le spese di impianto e di manutenzione sono ripartite fra i comuni consorziati in ragione della loro popolazione.

Art. 50.

1. Nei cimiteri devono essere ricevuti quando non venga richiesta altra destinazione:

- a) i cadaveri delle persone morte nel territorio del comune, qualunque ne fosse in vita la residenza;
- b) i cadaveri delle persone morte fuori del comune, ma aventi in esso, in vita, la residenza;
- c) i cadaveri delle persone non residenti in vita nel comune e morte fuori di esso, ma aventi diritto al seppellimento in una sepoltura privata esistente nel cimitero del comune stesso;
- d) i nati morti ed i prodotti del concepimento di cui all'art. 7;
- e) i resti mortali delle persone sopra elencate.

Art. 51.

1. La manutenzione, l'ordine e la vigilanza dei cimiteri spettano al sindaco e se il cimitero e' consorziale al sindaco del comune dove si trova il cimitero.

2. Il coordinatore sanitario della unita' sanitaria locale controlla il funzionamento dei cimiteri e propone al sindaco i provvedimenti necessari per assicurare il regolare servizio.

Art. 52.

1. Tutti i cimiteri, sia comunali che consorziali, devono assicurare un servizio di custodia.

2. Il responsabile del servizio, per ogni cadavere ricevuto, ritira e conserva presso di se' l'autorizzazione di cui all'art. 6; inoltre, iscrive giornalmente sopra apposito registro vidimato dal sindaco in doppio esemplare:

- a) le inumazioni che vengono eseguite, precisando il nome, cognome, eta', luogo e data di nascita del defunto, secondo quanto risulta dall'atto di autorizzazione di cui all'art. 6, l'anno, il giorno e l'ora dell'inumazione, il numero arabo portato dal cippo e il numero d'ordine della bolletta di seppellimento;
- b) le generalita', come sopra, delle persone i cui cadaveri vengono tumulati, con l'indicazione del sito dove sono stati deposti;
- c) le generalita', come sopra, delle persone i cui cadaveri vengono cremati, con l'indicazione del luogo di deposito delle ceneri nel cimitero o del luogo in cui sono state trasportate, se fuori dal cimitero, secondo quanto risulta dall'autorizzazione del sindaco;
- d) qualsiasi variazione avvenuta in seguito ad esumazione, estumulazione, cremazione, trasporto di cadaveri o di ceneri.

Art. 53.

1. I registri indicati nell'art. 52 debbono essere presentati ad ogni richiesta degli organi di controllo.

2. un esemplare dei registri deve essere consegnato, ad ogni fine anno, all'archivio comunale, rimanendo l'altro presso il servizio di custodia.

Capo X

COSTRUZIONE DEI CIMITERI.PIANI CIMITERIALI DISPOSIZIONI TECNICHE GENERALI

Art. 54.

1. Gli uffici comunali o consorziali competenti devono essere dotati di una planimetria in scala 1:500 dei cimiteri esistenti nel territorio del comune, estesa anche alle zone circostanti comprendendo le relative zone di rispetto cimiteriale.

2. La planimetria deve essere aggiornata ogni cinque anni o quando

siano creati nuovi cimiteri o siano soppressi quelli vecchi o quando a quelli esistenti siano state apportate modifiche ed ampliamenti.

Art. 55.

1. I progetti di ampliamento dei cimiteri esistenti e di costruzione dei nuovi devono essere preceduti da uno studio tecnico delle localita', specialmente per quanto riguarda l'ubicazione, l'orografia, l'estensione dell'area e la natura fisico-chimica del terreno, la profondita' e la direzione della falda idrica e devono essere deliberati dal consiglio comunale.

2. All'approvazione dei progetti si procede a norma delle leggi sanitarie.

Art. 56.

1. La relazione tecnico-sanitaria che accompagna i progetti di ampliamento e di costruzione di cimiteri deve illustrare i criteri in base ai quali l'amministrazione comunale ha programmato la distribuzione dei lotti destinati ai diversi tipi di sepoltura.

2. Tale relazione deve contenere la descrizione dell'area, della via di accesso, delle zone di parcheggio, degli spazi e viali destinati al traffico interno, delle eventuali costruzioni accessorie previste quali deposito di osservazione, camera mortuaria, sale di autopsia, cappelle, forno crematorio, servizi destinati al pubblico e agli operatori cimiteriali, alloggio del custode, nonche' impianti tecnici.

3. Gli elaborati grafici devono, in scala adeguata, rappresentare sia le varie zone del complesso, sia gli edifici dei servizi generali che gli impianti tecnici.

Art. 57

1. I cimiteri devono essere isolati dall'abitato mediante la zona di rispetto prevista dall'art. 338 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni.

2. Per i cimiteri di guerra valgono le norme stabilite dalla legge 4 dicembre 1956, n. 1428, e successive modifiche.

3. **((COMMA ABROGATO DALLA L. 1 AGOSTO 2002, N. 166))**

4. **((COMMA ABROGATO DALLA L. 1 AGOSTO 2002, N. 166))**

5. Il terreno dell'area cimiteriale deve essere sciolto sino alla profondita' di metri 2,50 o capace di essere reso tale con facili opere di scasso, deve essere asciutto e dotato di un adatto grado di porosita' e di capacita' per l'acqua, per favorire il processo di mineralizzazione dei cadaveri.

6. Tali condizioni possono essere artificialmente realizzate con riporto di terreni estranei.

7. La falda deve trovarsi a conveniente distanza dal piano di campagna e avere altezza tale da essere in piena o comunque col piu' alto livello della zona di assorbimento capillare, almeno a distanza di metri 0,50 dal fondo della fossa per inumazione.

Art. 58.

1. La superficie dei lotti di terreno, destinati ai campi di inumazione, deve essere prevista in modo da superare di almeno la meta' l'area netta, da calcolare sulla base dei dati statistici delle inumazioni dell'ultimo decennio, destinata ad accogliere le salme per il normale periodo di rotazione di dieci anni. Se il tempo di rotazione e' stato fissato per un periodo diverso dal decennio, l'area viene calcolata proporzionalmente.

2. Nella determinazione della superficie dei lotti di terreno destinati ai campi di inumazione, occorre tenere presenti anche le inumazioni effettuate a seguito delle estumulazioni di cui all'art.

86. Si tiene anche conto dell'eventualita' di eventi straordinari che possono richiedere un gran numero di inumazioni.

Art. 59.

1. Nell'area di cui all'art. 58 non deve essere calcolato lo spazio eventualmente riservato:

a) alla costruzione di manufatti destinati alla tumulazione oppure alla conservazione di ossa o di ceneri, di ossari comuni o di sepolture private;

b) a strade, viali, piazzali e zone di parcheggio;

c) alla costruzione di tutti gli edifici, compresa la cappella, adibiti ai servizi cimiteriali o a disposizione del pubblico e degli addetti al cimitero;

d) a qualsiasi altra finalita' diversa dalla inumazione.

Art. 60.

1. Il cimitero deve essere approvvigionato di acqua potabile e dotato di servizi igienici a disposizione del pubblico e del personale addetto al cimitero.

2. Il terreno del cimitero deve essere sufficientemente provveduto di scoli superficiali per il pronto smaltimento delle acque meteoriche e, ove sia necessario, di opportuno drenaggio, purché questo non provochi una eccessiva privazione dell'umidita' del terreno destinato a campo di inumazione tale da nuocere al regolare andamento del processo di mineralizzazione dei cadaveri.

Art. 61.

1. Il cimitero deve essere recintato lungo il perimetro da un muro o altra idonea recinzione avente un'altezza non inferiore a metri 2,50 dal piano esterno di campagna.

Art. 62.

1. Sulle aree concesse per sepolture private possono essere innalzati monumenti ed applicate lapidi secondo speciali norme e condizioni da stabilirsi nel regolamento comunale di igiene.

Art. 63.

1. I concessionari devono mantenere a loro spese, per tutto il tempo della concessione, in buono stato di conservazione i manufatti di loro proprieta'.

2. Nel caso di sepoltura privata abbandonata per incuria, o per morte degli aventi diritto, il comune puo' provvedere alla rimozione dei manufatti pericolanti, previa diffida ai componenti della famiglia del concessionario, da farsi, ove occorra, anche per pubbliche affissioni.

Capo XI

CAMERA MORTUARIA

Art. 64.

1. Ogni cimitero deve avere una camera mortuaria per l'eventuale sosta dei feretri prima del seppellimento.

2. Essa deve essere costruita in prossimita' dell'alloggio del custode ove esista e deve essere provvista di arredi per la deposizione dei feretri.

3. Nei casi in cui il cimitero non abbia il deposito di osservazione previsto dall'art. 12, funziona come tale la camera mortuaria. In tali casi il corpo deve essere posto nelle condizioni di cui all'art. 11 e sottoposto alla sorveglianza di cui all'art. 12, comma 2.

Art. 65.

1. La camera mortuaria deve essere illuminata e ventilata per mezzo di ampie finestre aperte direttamente verso la superficie scoperta del cimitero e dotata di acqua corrente.

2. Le pareti di essa, fino all'altezza di m 2, devono essere rivestite di lastre di marmo o di altra pietra naturale o artificiale ben levigata, ovvero essere intonacate a cemento ricoperto da vernice a smalto o da altro materiale facilmente lavabile; il pavimento, costituito anch'esso da materiale liscio, impermeabile, ben unito, lavabile, deve essere, inoltre, disposto in modo da assicurare il facile scolo delle acque di lavaggio, di cui deve anche essere assicurato il facile ed innocuo smaltimento.

Capo XII

SALA PER AUTOPSIE

Art. 66.

1. La sala per autopsie deve rispondere ai medesimi requisiti prescritti per la camera mortuaria di cui all'art. 65.

2. Nella sala munito di idonea illuminazione vi deve essere un tavolo anatomico, in gres, in ceramica, in marmo, in ardesia, in pietra artificiale ben levigata o in metallo, che deve essere provvisto di adatta canalizzazione per l'allontanamento dei liquidi cadaverici e delle acque di lavaggio e di mezzi per il loro rapido ed innocuo smaltimento, nonche' di sistema di aspirazione dei gas e loro innocuizzazione.

Capo XIII

OSSARIO COMUNE

Art. 67.

1. Ogni cimitero deve avere un ossario consistente in un manufatto destinato a raccogliere le ossa provenienti dalle esumazioni o che si trovino nelle condizioni previste dal comma 5 dell'art. 86 e non richieste dai familiari per altra destinazione nel cimitero. L'ossario deve essere costruito in modo che le ossa siano sottratte alla vista del pubblico.

Capo XIV

INUMAZIONE

Art. 68.

1. I campi destinati all'inumazione, all'aperto ed al coperto, devono essere ubicati in suolo idoneo per struttura geologica e mineralogica, per proprieta' meccaniche e fisiche e per il livello della falda idrica.

Art. 69.

1. I campi di inumazione sono divisi in riquadri e l'utilizzazione delle fosse deve farsi cominciando da una estremita' di ciascun riquadro e successivamente fila per fila procedendo senza soluzione di continuita'.

Art. 70.

1. Ogni fossa nei campi di inumazione deve essere contraddistinta, a cura del comune, da un cippo costituito da materiale resistente alla azione disgregatrice degli agenti atmosferici e portante un numero progressivo.

2. Sul cippo, a cura del comune, verra' applicata una targhetta di materiale inalterabile con indicazione del nome e del cognome e della data di nascita e di morte del defunto.

Art. 71.

1. Ciascuna fossa per inumazione deve essere scavata a due metri di profondita' dal piano di superficie del cimitero e, dopo che vi sia stato deposto il feretro, deve essere colmata in modo che la terra scavata alla superficie sia messa attorno al feretro e quella affiorata dalla profondita' venga alla superficie.

Art. 72.

1. Le fosse per inumazioni di cadaveri di persone di oltre dieci anni di eta' devono avere una profondita' non inferiore a metri 2.

Nella parte piu' profonda devono avere la lunghezza di metri 2,20 e la larghezza di metri 0,80 e devono distare l'una dall'altra almeno metri 0,50 da ogni lato.

2. I vialetti fra le fosse non possono invadere lo spazio destinato all'accoglimento delle salme, ma devono essere tracciati lungo il percorso delle spalle di metri 0,50 che separano fossa da fossa e devono essere provvisti di sistemi fognanti destinati a convogliare le acque meteoriche lontano dalle fosse di inumazione.

Art. 73.

1. Le fosse per inumazioni di cadaveri di bambini di eta' inferiore a dieci anni devono avere una profondita' non inferiore a metri due. Nella parte piu' profonda devono avere una lunghezza di metri 1,50 ed una larghezza di metri 0,50 e devono distare l'una dall'altra almeno metri 0,50 da ogni lato.

Art. 74.

1. Ogni cadavere destinato alla inumazione deve essere chiuso in cassa di legno e sepolto in fossa separata dalle altre; soltanto madre e neonato, morti in concomitanza del parto, possono essere chiusi in una stessa cassa e sepolti in una stessa fossa.

Art. 75.

1. Per le inumazioni non e' consentito l'uso di casse di metallo o di altro materiale non biodegradabile.

2. Qualora si tratti di salme provenienti dall'estero o da altro comune per le quali sussiste l'obbligo della duplice cassa, le inumazioni debbono essere subordinate alla realizzazione, sulla cassa metallica, di tagli di opportune dimensioni anche asportando temporaneamente, se necessario, il coperchio della cassa di legno.

3. L'impiego di materiale biodegradabile diverso dal legno deve essere autorizzato con decreto del Ministro della sanita', sentito il Consiglio superiore di sanita'.

4. Lo spessore delle tavole della cassa di legno non deve essere inferiore a centimetri 2.

5. Le tavole del fondo di un solo pezzo nel senso della lunghezza potranno essere riunite nel numero di cinque nel senso della larghezza, fra loro saldamente congiunte con collante di sicura e duratura presa.

6. Il fondo deve essere congiunto alle tavole laterali con chiodi disposti di 20 in 20 centimetri ed assicurato con idoneo mastice.

7. Il coperchio sara' congiunto a queste tavole mediante viti disposte di 40 in 40 centimetri.

8. Le pareti laterali della cassa devono essere saldamente congiunte tra loro con collante di sicura e duratura presa.

9. E' vietato l'impiego di materiali non biodegradabili nelle parti decorative delle casse.

10. Ogni cassa deve portare il timbro a fuoco con l'indicazione della ditta costruttrice e del fornitore.

11. Sulla cassa deve essere apposta una targhetta metallica con l'indicazione del nome, cognome, data di nascita e di morte del defunto.

Capo XV TUMULAZIONI

Art. 76.

1. Nella tumulazione ogni feretro deve essere posto in loculo o tumulo o nicchia separati.

2. I loculi possono essere a piu' piani sovrapposti.

3. Ogni loculo deve avere uno spazio esterno libero per il diretto accesso al feretro.

4. La struttura del loculo e del manufatto, sia che venga costruita

interamente in opera o che sia costituita da elementi prefabbricati, deve rispondere ai requisiti richiesti per la resistenza delle strutture edilizie, con particolare riferimento alle disposizioni per la realizzazione delle costruzioni in zone sismiche.

5. Le solette orizzontali devono essere dimensionate per un sovraccarico di almeno 250 chilogrammi/metro quadrato.

6. Le pareti dei loculi, sia verticali che orizzontali, devono avere caratteristiche di impermeabilita' ai liquidi ed ai gas ed essere in grado di mantenere nel tempo tali proprieta'.

7. I piani di appoggio dei feretri devono essere inclinati verso l'interno in modo da evitare l'eventuale fuoriuscita di liquido.

8. La chiusura del tumulo deve essere realizzata con muratura di mattoni pieni a una testa, intonacata nella parte esterna.

9. E' consentita, altresì la chiusura con elemento in pietra naturale o con lastra di cemento armato vibrato o altro materiale avente le stesse caratteristiche di stabilita', di spessori atti ad assicurare la dovuta resistenza meccanica e sigillati in modo da rendere la chiusura stessa a tenuta ermetica.

Art. 77.

1. Le salme destinate alla tumulazione devono essere racchiuse in duplice cassa, l'una di legno, l'altra di metallo secondo quanto disposto dagli articoli 30 e 31.

2. Sulla cassa esterna deve essere apposta una targhetta metallica con l'indicazione del nome, cognome, data di nascita e di morte del defunto.

3. Il Ministro della sanita', sentito il Consiglio superiore di sanita', puo' autorizzare l'uso di valvole o di altri dispositivi idonei a fissare ovvero a neutralizzare i gas della putrefazione.

Capo XVI CREMAZIONI

Art. 78.

1. I crematori devono essere costruiti entro i recinti dei cimiteri e sono soggetti alla vigilanza del sindaco.

2. Il progetto di costruzione di un crematorio deve essere corredato da una relazione nella quale vengono illustrate le caratteristiche ambientali del sito, le caratteristiche tecnico-sanitarie dell'impianto ed i sistemi di tutela dell'aria dagli inquinamenti sulla base delle norme vigenti in materia.

3. I progetti di costruzione dei crematori sono deliberati dal consiglio comunale.

Art. 79.

1. La cremazione di ciascun cadavere deve essere autorizzata dal sindaco sulla base della volonta' testamentaria espressa in tal senso dal defunto. In mancanza di disposizione testamentaria, la volonta' deve essere manifestata dal coniuge e, in difetto, dal parente piu' prossimo individuato secondo gli articoli 74 e seguenti del codice civile e, nel caso di concorrenza di piu' parenti nello stesso grado, da tutti gli stessi.

2. La volonta' del coniuge o dei parenti deve risultare da atto scritto con sottoscrizione autenticata da notaio o dai pubblici ufficiali abilitati ai sensi dell'art. 20 della legge 4 gennaio 1968, n. 15.

3. Per coloro i quali, al momento della morte risultino iscritti ad associazioni riconosciute che abbiano tra i propri fini quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, e' sufficiente la presentazione di una dichiarazione in carta libera scritta e datata, sottoscritta dall'associato di proprio pugno o, se questi non sia in grado di scrivere, confermata da due testimoni, dalla quale

chiaramente risulti la volonta' di essere cremato. La dichiarazione deve essere convalidata dal presidente dell'associazione.

4. L'autorizzazione di cui al comma 1 non puo' essere concessa se la richiesta non sia corredata da certificato in carta libera redatto dal medico curante o dal medico necroscopo, con firma autenticata dal coordinatore sanitario, dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato.

5. In caso di morte improvvisa o sospetta occorre la presentazione del nulla osta dell'autorita' giudiziaria.

Art. 80.

1. La cremazione deve essere eseguita da personale appositamente autorizzato dall'autorita' comunale, ponendo nel crematorio l'intero feretro.

2. Le ceneri derivanti dalla cremazione di ciascun cadavere devono essere raccolte in apposita urna cineraria portante all'esterno il nome, cognome, data di nascita e di morte del defunto.

3. Nel cimitero deve essere predisposto un edificio per accogliere queste urne; le urne possono essere collocate anche in spazi dati in concessione ad enti morali o privati.

4. Le dimensioni limite delle urne e le caratteristiche edilizie di questi edifici vengono stabilite dai regolamenti comunali.

5. Il trasporto delle urne contenenti i residui della cremazione, ferme restando le autorizzazioni di cui agli articoli 24, 27, 28 e 29, non e' soggetto ad alcuna delle misure precauzionali igieniche stabilite per il trasporto delle salme, salvo eventuali indicazioni del coordinatore sanitario nel caso di presenza di nuclidi radioattivi.

6. Ogni cimitero deve avere un cinerario comune per la raccolta e la conservazione in perpetuo e collettiva delle ceneri provenienti dalla cremazione delle salme, per le quali sia stata espressa la volonta' del defunto di scegliere tale forma di dispersione dopo la cremazione oppure per le quali i familiari del defunto non abbiano provveduto ad altra destinazione.

Art. 81.

1. La consegna dell'urna cineraria agli effetti dell'articolo 343 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, deve risultare da apposito verbale redatto in tre esemplari, dei quali uno deve essere conservato dal responsabile del servizio cimiteriale, uno da chi prende in consegna l'urna e il terzo deve essere trasmesso all'ufficio di stato civile.

2. Il secondo esemplare del verbale deve essere conservato dall'incaricato del servizio di custodia del cimitero in cui vengono custodite le ceneri.

Capo XVII

ESUMAZIONE ED ESTUMULAZIONE

Art. 82.

1. Le esumazioni ordinarie si eseguono dopo un decennio dalla inumazione. Le fosse, liberate dai resti del feretro, si utilizzano per nuove inumazioni.

2. Qualora si accerti che col turno di rotazione decennale la mineralizzazione dei cadaveri e' incompleta, esso deve essere prolungato per il periodo determinato dal Ministro della sanita'. Decorso il termine fissato senza che si sia ottenuta la completa mineralizzazione dei cadaveri, il Ministro della sanita' dispone per la correzione della struttura fisica del terreno o per il trasferimento del cimitero.

3. Quando si accerti che in un cimitero, per particolari condizioni di composizione e di struttura del terreno, la mineralizzazione dei

cadaveri si compie in un periodo piu' breve, il Ministro della sanita', sentito il Consiglio superiore di sanita', puo' autorizzare l'abbreviazione del turno di rotazione, che, comunque, non puo' essere inferiore a cinque anni.

4. Le esumazioni ordinarie vengono regolate dal sindaco.

Art. 83.

1. Le salme possono essere esumate prima del prescritto turno di rotazione per ordine dell'autorita' giudiziaria per indagini nell'interesse della giustizia o, previa autorizzazione del sindaco, per trasportarle in altre sepolture o per cremarle.

2. Per le esumazioni straordinarie ordinate dall'autorita' giudiziaria le salme devono essere trasportate in sala autoptica con l'osservanza delle norme da detta autorita' eventualmente suggerite.

3. Tali esumazioni devono essere eseguite alla presenza del coordinatore sanitario della unita' sanitaria locale e dell'incaricato del servizio di custodia.

Art. 84.

1. Salvo i casi ordinati dall'autorita' giudiziaria non possono essere eseguite esumazioni straordinarie:

a) nei mesi di maggio, giugno, luglio, agosto e settembre, a meno che non si tratti di cimitero di comune montano, il cui regolamento di igiene consenta di procedere a tale operazione anche nei mesi suindicati;

b) quando trattasi della salma di persona morta di malattia infettiva contagiosa, a meno che siano gia' trascorsi due anni dalla morte e il coordinatore sanitario dichiari che essa puo' essere eseguita senza alcun pregiudizio per la salute pubblica.

Art. 85.

1. Le ossa che si rinvergono in occasione delle esumazioni ordinarie devono essere raccolte e depositate nell'ossario comune, a meno che coloro che vi abbiano interesse facciano domanda di raccoglierele per deporle in cellette o loculi posti entro il recinto del cimitero ed avuti in concessione. In questo caso le ossa devono essere raccolte nelle cassettoni di zinco prescritte dall'art. 36.

2. Tutti i rifiuti risultanti dall'attivita' cimiteriale sono equiparati a rifiuti speciali di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1982, n. 915, e devono essere smaltiti nel rispetto della suddetta normativa.

Art. 86.

1. Le esumazioni, quando non si tratti di salme tumulate in sepolture private la concessione perpetua, si eseguono allo scadere del periodo della concessione e sono regolate dal sindaco.

2. I feretri esumulati, compresi quelli delle sepolture private a concessione perpetua, devono essere inumati dopo che sia stata praticata nella cassa metallica una opportuna apertura al fine di consentire la ripresa del processo di mineralizzazione del cadavere.

3. Per le salme esumate allo scadere di concessioni della durata di oltre venti anni il periodo di rotazione del terreno puo' essere abbreviato al termine minimo di cinque anni.

4. Il Ministro della sanita', sentito il Consiglio superiore di sanita', puo' autorizzare ulteriori abbreviazioni quando ricorrano le condizioni previste dal comma 3 dell'art. 82.

5. Qualora le salme esumate si trovino in condizione di completa mineralizzazione puo' provvedersi alla immediata raccolta dei resti mortali in cassette ossario su parere del coordinatore sanitario.

Art. 87.

1. E' vietato eseguire sulle salme tumulate operazioni tendenti a

ridurre il cadavere entro contenitori di misura inferiore a quello delle casse con le quali fu collocato nel loculo al momento della tumulazione.

2. Il responsabile del servizio di custodia del cimitero e' tenuto a denunciare all'autorita' giudiziaria ed al sindaco chiunque esegue sulle salme operazioni nelle quali possa configurarsi il sospetto di reato di vilipendio di cadavere previsto dall'art. 410 del codice penale.

Art. 88.

1. Il sindaco puo' autorizzare, dopo qualsiasi periodo di tempo ed in qualunque mese dell'anno, l'estumulazione di feretri destinati ad essere trasportati in altra sede a condizione che, aperto il tumulo, il coordinatore sanitario constati la perfetta tenuta del feretro e dichiari che il suo trasferimento in altra sede puo' farsi senza alcun pregiudizio per la salute pubblica.

2. Qualora la predetta autorita' sanitaria constati la non perfetta tenuta del feretro, puo' ugualmente consentire il trasferimento previa idonea sistemazione del feretro nel rispetto del presente regolamento.

Art. 89.

1. Si applicano alle estumulazioni le disposizioni previste per le esumazioni dall'art. 83.

Capo XVIII

SEPOLTURE PRIVATE NEI CIMITERI

Art. 90.

1. Il comune puo' concedere a privati e ad enti l'uso di aree per la costruzione di sepolture a sistema di tumulazione individuale, per famiglie e collettivita'.

2. Nelle aree avute in concessione, i privati e gli enti possono impiantare, in luogo di sepolture a sistema di tumulazione, campi di inumazione per famiglie e collettivita', purché tali campi siano dotati ciascuno di adeguato ossario.

3. Alle sepolture private di cui al presente articolo si applicano, a seconda che esse siano a sistema di tumulazione o a sistema di inumazione, le disposizioni generali stabilite dal presente regolamento sia per le tumulazioni e inumazioni, sia per le estumulazioni ed esumazioni.

Art. 91.

1. Le aree destinate alla costruzione di sepolture private debbono essere previste nei piani regolatori cimiteriali di cui agli articoli 54 e seguenti.

Art. 92.

1. Le concessioni previste dall'art. 90 sono a tempo determinato e di durata non superiore a 99 anni, salvo rinnovo.

2. Le concessioni a tempo determinato di durata eventualmente eccedente i 99 anni, rilasciate anteriormente alla data di entrata in vigore del decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803, possono essere revocate, quando siano trascorsi 50 anni dalla tumulazione dell'ultima salma, ove si verifichi una grave situazione di insufficienza del cimitero rispetto al fabbisogno del comune e non sia possibile provvedere tempestivamente all'ampliamento o alla costruzione di nuovo cimitero. Tutte le concessioni si estinguono con la soppressione del cimitero, salvo quando disposto nell'art. 98.

3. Con l'atto della concessione il comune puo' importare ai concessionari determinati obblighi, tra cui quello di costruire la sepoltura entro un tempo determinato pena la decadenza della concessione.

4. Non puo' essere fatta concessione di aree per sepolture private

a persone o ad enti che mirino a farne oggetto di lucro e di speculazione.

Art. 93.

1. Il diritto di uso delle sepolture private concesse a persone fisiche e' riservato alle persone dei concessionari e dei loro familiari; di quelle concesse ad enti e' riservato alle persone contemplate dal relativo ordinamento e dall'atto di concessione. In ogni caso, tale diritto si esercita fino al completamento della capienza del sepolcro.

2. Puo' altresì essere consentita, su richiesta di concessionari, la tumulazione di salme di persone che risultino essere state con loro conviventi, nonché di salme di persone che abbiano acquisito particolari benemerienze nei confronti dei concessionari, secondo i criteri stabiliti nei regolamenti comunali.

Art. 94.

1. I singoli progetti di costruzioni di sepolture private debbono essere approvati dal sindaco su conforme parere della commissione edilizia e del coordinatore sanitario della unita' sanitaria locale competente.

2. Nell'atto di approvazione del progetto viene definito il numero di salme che possono essere accolte nel sepolcro.

3. Le sepolture private non debbono avere il diretto accesso con l'esterno del cimitero.

Art. 95.

1. Quando il cimitero e' consortile, i comuni consorziati si ripartiscono i proventi delle concessioni delle aree per le sepolture private in ragione delle spese sostenute da ciascun comune per l'impianto del cimitero.

Capo XIX

SOPPRESSIONE DEI CIMITERI

Art. 96.

1. Nessun cimitero, che si trovi nelle condizioni prescritte dal testo unico delle leggi sanitarie e dal presente regolamento, puo' essere soppresso se non per ragioni di dimostrata necessita'.

2. Tale soppressione viene deliberata dal consiglio comunale, sentito il coordinatore sanitario della unita' sanitaria locale competente per territorio.

Art. 97.

1. Il terreno di un cimitero di cui sia stata deliberata la soppressione non puo' essere destinato ad altro uso se non siano trascorsi almeno 15 anni dall'ultima inumazione. Per la durata di tale periodo esso rimane sotto la vigilanza dell'autorita' comunale e deve essere tenuto in stato di decorosa manutenzione.

2. Trascorso detto periodo di tempo, prima di essere destinato ad altro uso, il terreno del cimitero soppresso deve essere diligentemente dissodato per la profondita' di metri due e le ossa che si rinvenivano debbono essere depositate nell'ossario comune del nuovo cimitero.

Art. 98.

1. In caso di soppressione del cimitero gli enti o le persone fisiche concessionari di posti per sepolture private, con i quali i comuni siano legati da regolare atto di concessione, hanno soltanto diritto ad ottenere a titolo gratuito, nel nuovo cimitero, per il tempo residuo spettante secondo l'originaria concessione, o per la durata di 99 anni nel caso di maggiore durata o di perpetuita' della concessione estinta, un posto corrispondente in superficie a quello precedentemente loro concesso nel cimitero soppresso ed al gratuito trasporto delle spoglie mortali dal soppresso al nuovo cimitero, da

effettuare a cura del comune.

2. Le spese per la costruzione o per il riadattamento dei monumenti sepolcrali e quelle per le pompe funebri che siano richieste nel trasferimento dei resti esistenti nelle sepolture private sono tutte a carico dei concessionari, salvo i patti speciali stabiliti prima della data di entrata in vigore del presente regolamento.

Art. 99.

1. Il materiale dei monumenti ed i segni funebri posti sulle sepolture private esistenti nei cimiteri soppressi restano di proprietà dei concessionari, che possono trasferirli nel nuovo cimitero.

2. Qualora i concessionari rifiutino di farlo, tali materiali passano in proprietà del comune.

Capo XX

REPARTI SPECIALI ENTRO I CIMITERI

Art. 100.

1. I piani regolatori cimiteriali di cui all'art. 54 possono prevedere reparti speciali e separati per la sepoltura di cadaveri di persone professanti un culto diverso da quello cattolico.

2. Alle comunità straniere, che fanno domanda di avere un reparto proprio per la sepoltura delle salme dei loro connazionali, può parimenti essere data dal sindaco in concessione un'area adeguata nel cimitero.

Capo XXI

SEPOLCRI PRIVATI FUORI DAI CIMITERI

Art. 101.

1. Per la costruzione delle cappelle private fuori dal cimitero destinate ad accogliere salme o resti mortali, di cui all'art. 340 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, occorre l'autorizzazione del sindaco, previa deliberazione del consiglio comunale, sentito il coordinatore sanitario dell'unità sanitaria locale. Il richiedente farà eseguire a proprie spese apposita ispezione tecnica.

Art. 102.

1. Per la tumulazione nelle cappelle private di cui all'art. 101, oltre l'autorizzazione di cui all'art. 6, occorre il nulla osta del sindaco, il quale lo rilascia dopo aver accertato che il defunto aveva diritto a ricevere sepoltura nella cappella.

Art. 103.

1. I comuni non possono imporre tasse di concessione per la deposizione di salme nelle cappelle private superiori a quelle previste per le sepolture private esistenti nei cimiteri.

Art. 104.

1. Le cappelle private costruite fuori dal cimitero devono rispondere a tutti i requisiti prescritti dal presente regolamento per le sepolture private esistenti nei cimiteri.

2. La loro costruzione ed il loro uso sono consentiti soltanto quando siano attorniate per un raggio di metri 200 da fondi di proprietà delle famiglie che ne chiedano la concessione e sui quali gli stessi assumano il vincolo di inalienabilità e di inedificabilità.

3. Venendo meno le condizioni di fatto previste dal comma 2, i titolari delle concessioni decadono dal diritto di uso delle cappelle.

4. Le cappelle private costruite fuori dal cimitero, nonché i cimiteri particolari, preesistenti alla data di entrata in vigore del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27

luglio 1934, n. 1265, sono soggetti, come i cimiteri comunali, alla vigilanza dell'autorità comunale.

Art. 105.

1. A norma dall'art. 341 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, Il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro dell'interno, udito il parere del Consiglio di Stato, previo parere del Consiglio superiore di sanità, può autorizzare, con apposito decreto, la tumulazione dei cadaveri e dei resti mortali in località differenti dal cimitero, sempre che la tumulazione avvenga con l'osservanza delle norme stabilite nel presente regolamento. Detta tumulazione può essere autorizzata quando concorrano giustificati motivi di speciali onoranze e, comunque, per onorare la memoria di chi abbia acquisito in vita eccezionali benemeritenze.

Capo XXII

DISPOSIZIONI FINALI E TRANSITORIE

Art. 106.

1. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità e d'intesa con l'unità sanitaria locale competente, può autorizzare speciali prescrizioni tecniche per la costruzione e ristrutturazione dei cimiteri, nonché per l'utilizzazione delle strutture cimiteriali esistenti alla data di entrata in vigore del presente regolamento.

Art. 107.

1. Salva l'applicazione delle sanzioni penali per i fatti costituenti reato, la violazione delle disposizioni del presente regolamento è soggetta a sanzione amministrativa pecuniaria, a norma degli articoli 338, 339, 340 e 358 del testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, come modificati per effetto dell'art. 3 della legge 12 luglio 1961, n. 603, e degli articoli 32 e 113 della legge 24 novembre 1981, n. 689.

Art. 108.

1. Il regolamento di polizia mortuaria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803, come modificato dal decreto del Presidente della Repubblica 25 settembre 1981, n. 627, è abrogato.

2. È abrogata altresì ogni disposizione contraria o comunque incompatibile con le disposizioni del presente regolamento.

3. Per l'attuazione delle disposizioni contenute nel regio decreto-legge 9 dicembre 1926, n. 2389, convertito dalla legge 15 marzo 1928, n. 833, concernenti la polizia mortuaria in caso di disastri tellurici o di altra natura, resta fermo il regolamento approvato con decreto del Ministro dei lavori pubblici in data 15 dicembre 1927, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 48 del 27 febbraio 1928.

Visto, il Ministro della sanità'

DE LORENZO



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

**Regolamento per i servizi di Polizia Mortuaria del
Comune di Signa (approvato con deliberazione del
Consiglio Comunale n. 12 del 02.04.2012)**



COMUNE DI SIGNA

Regolamento Comunale per i servizi di Polizia Mortuaria e la gestione dei cimiteri comunali

**Approvato con deliberazione del Consiglio Comunale n. 12
del 02/04/2012**

Indice

TITOLO I

DISPOSIZIONI PRELIMINARI

ART. 1	<i>Oggetto e finalità del Regolamento. Definizioni</i>	PAG.	1
ART. 2	<i>Competenze</i>	PAG.	2
ART. 3	<i>Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria</i>	PAG.	2
ART. 4	<i>Servizi funebri</i>	PAG.	2
ART. 5	<i>Atti a disposizione del pubblico</i>	PAG.	3

TITOLO II

DISPOSIZIONI DI POLIZIA MORTUARIA

CAPO I

DENUNCIA DI MORTE E ACCERTAMENTI NECROSCOPICI

ART. 6	<i>Denuncia di morte</i>	PAG.	4
ART. 7	<i>Denuncia di morte in caso di autopsia</i>	PAG.	4
ART. 8	<i>Obbligo di informazione</i>	PAG.	4
ART. 9	<i>Medici necroscopi</i>	PAG.	5
ART. 10	<i>Visite necroscopiche</i>	PAG.	5
ART. 11	<i>Rinvenimenti</i>	PAG.	5
ART. 12	<i>Autorizzazione alla sepoltura</i>	PAG.	5

CAPO II

PERIODO DI OSSERVAZIONE DELLE SALME

ART. 13	<i>Periodo minimo di osservazione</i>	PAG.	6
ART. 14	<i>Conservazione del cadavere durante il periodo di osservazione</i>	PAG.	6
ART. 15	<i>Deposito di osservazione e obitorio</i>	PAG.	6

CAPO III

INCASSATURA DELLE SALME

ART. 16	<i>Incassatura</i>	PAG.	7
ART. 17	<i>Prescrizioni particolari in caso di morte da malattia infettiva</i>	PAG.	7
ART. 18	<i>Incassatura di salme destinate all'inumazione</i>	PAG.	7
ART. 19	<i>Feretri</i>	PAG.	8
ART. 20	<i>Condizioni per l'incassatura</i>	PAG.	8

CAPO IV

TRASPORTI FUNEBRI E ONORANZE FUNEBRI

ART. 21	<i>Servizio di trasporto funebre</i>	PAG.	8
ART. 22	<i>Autorizzazione al trasporto funebre</i>	PAG.	9
ART. 23	<i>Modalità del trasporto e percorso</i>	PAG.	10
ART. 24	<i>Trasporto di deceduti per malattie infettive-diffusive o portatori di radioattività</i>	PAG.	10
ART. 25	<i>Trasporto di ceneri e resti</i>	PAG.	11
ART. 26	<i>Rimesse dei carri funebri</i>	PAG.	11
ART. 27	<i>Autorizzazione per l'esercizio di pompe funebri</i>	PAG.	11
ART. 28	<i>Divieti</i>	PAG.	12
ART. 29	<i>Incaricato del trasporto</i>	PAG.	12

TITOLO III

DISPOSIZIONI SUI CIMITERI COMUNALI

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ART. 30	<i>Cimiteri comunali</i>	PAG.	13
ART. 31	<i>Orario</i>	PAG.	13
ART. 32	<i>Competenze e tariffe</i>	PAG.	13
ART. 33	<i>Divieto d'ingresso</i>	PAG.	14
ART. 34	<i>Condotta all'interno dei cimiteri</i>	PAG.	14
ART. 35	<i>Reclami</i>	PAG.	15
ART. 36	<i>Ammissione ai cimiteri comunali</i>	PAG.	15
ART. 37	<i>Reparti speciali</i>	PAG.	15
ART. 38	<i>Ossario comune</i>	PAG.	16
ART. 39	<i>Cinerario comune</i>	PAG.	16
ART. 40	<i>Deposito provvisorio</i>	PAG.	16
ART. 41	<i>Sepulture riservate a cittadini illustri o benemeriti</i>	PAG.	16
ART. 42	<i>Piano di Settore Cimiteriale</i>	PAG.	17

TITOLO IV

SEPOLTURE

ART. 43	<i>Tipi di sepolture</i>	PAG.	18
---------	--------------------------	------	----

CAPO I

SEPOLTURE AD INUMAZIONE

ART. 44	<i>Disposizioni generali</i>	PAG.	18
ART. 45	<i>Aree destinate ad inumazione</i>	PAG.	19
ART. 46	<i>Scadenza delle sepolture ad inumazione</i>	PAG.	19
ART. 47	<i>Tariffe</i>	PAG.	19

CAPO II

SEPOLTURE A TUMULAZIONE

ART. 48	<i>Disposizioni generali</i>	PAG.	19
ART. 49	<i>Scadenza delle sepolture a tumulazione</i>	PAG.	20
ART. 50	<i>Posa delle croci, lapidi, cippi o monumenti</i>	PAG.	20
ART. 51	<i>Cappelle di famiglia</i>	PAG.	21
ART. 52	<i>Prescrizioni particolari da osservare nel corso dei lavori</i>	PAG.	22
ART. 53	<i>Epigrafi</i>	PAG.	23
ART. 54	<i>Tariffe per le tumulazioni</i>	PAG.	23

CAPO III

ESUMAZIONI ED ESTUMULAZIONI

ART. 55	<i>Esumazioni ordinarie</i>	PAG.	23
ART. 56	<i>Avvisi di scadenza per esumazioni ordinarie</i>	PAG.	23
ART. 57	<i>Esumazioni straordinarie</i>	PAG.	24
ART. 58	<i>Estumulazioni ordinarie e straordinarie</i>	PAG.	24
ART. 59	<i>Tariffe per le esumazioni e le estumulazioni</i>	PAG.	25
ART. 60	<i>Oggetti da recuperare e disponibilità dei materiali</i>	PAG.	25

TITOLO V

CREMAZIONE

ART. 61	<i>Cremazione</i>	PAG.	27
ART. 62	<i>Autorizzazione alla cremazione di cadaveri</i>	PAG.	27
ART. 63	<i>Autorizzazione alla cremazione di resti mortali e di ossa</i>	PAG.	28
ART. 64	<i>Urne cinerarie</i>	PAG.	29
ART. 65	<i>Conservazione delle urne cinerarie</i>	PAG.	29
ART. 66	<i>Affidamento delle ceneri</i>	PAG.	30
ART. 67	<i>Rinuncia all'affidamento dell'urna</i>	PAG.	31
ART. 68	<i>Dispersione delle ceneri. Manifestazione della volontà alla dispersione</i>	PAG.	31
ART. 69	<i>Richiesta di dispersione delle ceneri</i>	PAG.	31
ART. 70	<i>Soggetti legittimati</i>	PAG.	32
ART. 71	<i>Modalità e luoghi di dispersione delle ceneri</i>	PAG.	32
ART. 72	<i>Deposito provvisorio delle urne cinerarie</i>	PAG.	33
ART. 73	<i>Autorizzazione alla dispersione</i>	PAG.	33
ART. 74	<i>Operazioni di dispersione</i>	PAG.	33

ART. 75	<i>Tariffe</i>	PAG.	33
ART. 76	<i>Registri cimiteriali</i>	PAG.	34
ART. 77	<i>Informazione ai cittadini</i>	PAG.	34
ART. 78	<i>Sanzioni</i>	PAG.	34

TITOLO VI CONCESSIONI

ART. 79	<i>Disposizioni generali</i>	PAG.	35
ART. 80	<i>Durata delle concessioni</i>	PAG.	36
ART. 81	<i>Modalità di concessione</i>	PAG.	36
ART. 82	<i>Assegnazione dei posti della concessione</i>	PAG.	37
ART. 83	<i>Manutenzione</i>	PAG.	37
ART. 84	<i>Subentri in concessioni d'uso</i>	PAG.	38
ART. 85	<i>Obblighi degli eredi</i>	PAG.	38
ART. 86	<i>Rinuncia</i>	PAG.	38
ART. 87	<i>Rinuncia a concessione a tempo determinato</i>	PAG.	39
ART. 88	<i>Rinuncia a concessione di aree libere</i>	PAG.	39
ART. 89	<i>Rinuncia a concessione di aree con parziale o totale costruzione</i>	PAG.	39
ART. 90	<i>Annullamento</i>	PAG.	40
ART. 91	<i>Revoca</i>	PAG.	40
ART. 92	<i>Decadenza</i>	PAG.	40
ART. 93	<i>Provvedimenti in seguito alla decadenza</i>	PAG.	41
ART. 94	<i>Estinzione</i>	PAG.	41

TITOLO VII ILLUMINAZIONE VOTIVA

ART. 95	<i>Gestione del servizio</i>	PAG.	42
ART. 96	<i>Domanda di abbonamento: durata, scadenza e tariffa</i>	PAG.	42
ART. 97	<i>Lavori di manutenzione</i>	PAG.	43
ART. 98	<i>Interruzioni o sospensione della corrente</i>	PAG.	43
ART. 99	<i>Divieti</i>	PAG.	43
ART. 100	<i>Riserva</i>	PAG.	43
ART. 101	<i>Reclami</i>	PAG.	43
ART. 102	<i>Decesso del titolare del contratto</i>	PAG.	44

TITOLO VIII DISPOSIZIONI FINALI

ART. 103	<i>Sanzioni</i>	PAG.	45
ART. 104	<i>Norma di rinvio</i>	PAG.	45
ART. 105	<i>Abrogazioni</i>	PAG.	45
ART. 106	<i>Entrata in vigore</i>	PAG.	45

TITOLO I

DISPOSIZIONI PRELIMINARI

ARTICOLO 1

Oggetto e finalità del Regolamento. Definizioni

1. Il presente Regolamento, in osservanza delle disposizioni di cui al Titolo VI del Testo Unico delle Leggi Sanitarie 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni e decreti di esecuzione, al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, al D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396, alla L. 30 marzo 2001, n. 130, al D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254 ed alla L.R.T. 31 maggio 2004, n. 29, e successive modificazioni, detta norme in materia di polizia mortuaria e di servizi cimiteriali, quali la destinazione e uso dei cadaveri o parti di essi, i trasporti funebri, la costruzione, gestione e custodia dei cimiteri comunali e locali annessi, la concessione di aree e manufatti destinati a sepoltura privata, la costruzione di sepolcri privati, la cremazione, e in genere tutte le diverse attività connesse con la cessazione della vita e la custodia delle salme.

2. Il presente regolamento è inteso a prevenire i pericoli che potrebbero derivare alla salute pubblica dalla morte delle persone e, per gli aspetti connessi al decesso, ha altresì la finalità di salvaguardare i diritti di ogni persona, la dignità e la libertà di scelta, le convinzioni religiose e culturali, nonché il diritto ad una corretta ed adeguata informazione.

3. Ai fini del presente regolamento s'intende per:

- "SALMA": il corpo umano rimasto privo di funzioni vitali, prima dell'accertamento di morte;
- "CADAVERE": la salma una volta che sia stato eseguito l'accertamento di morte;
- "FERETRO": il contenitore dove viene riposto il cadavere da seppellire e risulta di struttura e qualità dei materiali diversi secondo il tipo di sepoltura o pratica funebre;
- "INUMAZIONE": la sepoltura del cadavere in terra;
- "TUMULAZIONE": la sepoltura di feretri, cassette di resti mortali od urne cinerarie in opere murarie, loculi, tombe individuali in muratura, cripte, cappelle di famiglia, mausolei, ossari e cinerari;
- "TRASLAZIONE": il trasferimento di un feretro da un loculo ad altro loculo all'interno del cimitero o in altro cimitero;
- "ESUMAZIONE": l'operazione di recupero dei resti ossei da terra;
- "ESTUMULAZIONE": l'operazione di recupero dei resti ossei o resti mortali da tomba o loculo;
- "CELLETTA OSSARIO": un manufatto destinato ad accogliere i resti ossei provenienti da esumazioni od estumulazioni;
- "OSSARIO COMUNE": un luogo, dove accogliere i resti ossei provenienti da esumazioni od estumulazioni per le quali, gli aventi titolo non hanno chiesto diversa destinazione;
- "NICCHIA CINERARIA": un manufatto, destinato ad accogliere le urne contenenti le ceneri provenienti da cremazioni;
- "CINERARIO COMUNE": il luogo destinato alla raccolta indistinta (dispersione) ed alla conservazione in perpetuo delle ceneri provenienti da cremazioni per espressa volontà in vita del defunto o per coloro per i quali gli aventi diritto non abbiano provveduto diversamente;
- "RESTI OSSEI": le ossa derivanti dalla completa scheletrizzazione raccolte nelle esumazioni e nelle estumulazioni;
- "PARTI ANATOMICHE RICONOSCIBILI": gli arti inferiori, superiori, le parti di essi, di persona o di cadavere a cui sono stati amputati;
- "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.

ARTICOLO 2

Competenze

(D. Lgs. n. 267/2000)

1. Le funzioni di polizia mortuaria di competenza del Comune sono esercitate dal Sindaco, quale Ufficiale di Governo e Autorità Sanitaria Locale.
2. In relazione alle norme di legge in materia e del presente regolamento il Sindaco adotta le ordinanze e le disposizioni che ritiene necessarie ed opportune.
3. Le attività di autorizzazione, non riservate dalla Legge al Sindaco o ad altri organi, si intendono di competenza del Responsabile del servizio di Polizia Mortuaria, secondo la strutturazione della dotazione organica dell'Ente.

ARTICOLO 3

Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria

(Art. 50, comma 10, D. Lgs. n. 267/2000)

1. Il Sindaco, in rapporto alle funzioni e competenze per la gestione dei servizi di cui al presente Regolamento, nomina il responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria.
2. Il Responsabile del Servizio, nell'adozione dei provvedimenti di propria competenza, si avvale della competente struttura della Azienda U.S.L.

ARTICOLO 4

Servizi funebri

1. Le operazioni cimiteriali richieste dagli interessati sono eseguite con una delle forme ammesse dalla vigente normativa, previo pagamento delle tariffe vigenti in materia, esclusi i casi in cui la legge o il presente regolamento prevedano la gratuità del servizio.
2. Sono gratuiti i servizi di interesse pubblico, indispensabili, esplicitamente classificati gratuiti dalla legge e specificati dal regolamento.
3. Tra i servizi gratuiti sono ricompresi:
 - a) la visita necroscopica;
 - b) il servizio di osservazione dei cadaveri;
 - c) il recupero e relativo trasporto delle salme accidentate;
 - d) la fornitura del feretro ed il trasporto per le salme di persone i cui familiari non siano in grado di sostenere la spesa, sempre che non vi siano persone o Enti d'Istituzione che se ne facciano carico;
 - e) il trasporto di salme di persone sconosciute o, se conosciute, per i quali non sia possibile riscontrare l'esistenza in vita di parenti prossimi;
 - f) l'inumazione in campo comune e la cremazione, per indigenti o appartenenti a famiglie bisognose o per le salme per cui ci sia disinteresse da parte dei familiari;
 - g) la deposizione delle ossa in ossario comune;
 - h) la dispersione delle ceneri in cinerario comune;
 - i) l'uso delle celle frigorifere comunali;
 - j) la fornitura della cassa e/ o della urna cineraria nonché lo svolgimento delle operazioni connesse al feretro, l'inumazione e/o la cremazione di salme di persone indigenti ovvero se esistenti, di familiari/aventi titolo che non risultino in grado di sostenere la spesa, sempre che non vi siano persone od enti ed istituzioni che se ne facciano carico;
 - k) il trasporto di salme di indigenti ovvero di defunti di famiglia/avente titolo indigente. Tale trasporto sarà svolto con carro chiuso ed il tragitto dal luogo di decesso o obitorio al cimitero include anche la sosta, con scarico e carico della salma, per lo svolgimento delle esequie in chiesa o altro luogo di culto che sarà indicato dai familiari/aventi titolo.

4. Lo stato di indigenza o di bisogno è dichiarato dal Responsabile del Settore Servizi Sociali, in base alle informazioni assunte sulla composizione del nucleo familiare e sulla situazione economica degli interessati. La dichiarazione è trasmessa al Servizio di Polizia Mortuaria per gli atti di competenza;
5. Tutti gli altri servizi sono sottoposti a pagamento, nelle forme e nei modi stabiliti con deliberazione della Giunta comunale.
6. Il Consiglio, con proprio atto di indirizzo, può individuare particolari servizi da erogare a tariffa agevolata, purché venga quantificato l'onere per l'Amministrazione comunale.
7. I servizi di competenza dell'Azienda U.S.L. possono essere a pagamento secondo quanto previsto dal tariffario regionale vigente.
8. Sulla scelta dei servizi compresi nel presente regolamento vale la volontà del defunto ove la stessa sia stata espressa in modo evidente e incontrovertibile.
9. In assenza di elementi che facciano intendere la volontà del defunto vale la volontà dei seguenti soggetti in ordine di priorità:
 - a) il coniuge,
 - b) i figli;
 - c) i genitori;
 - d) altri eredi legittimi in ordine di asse ereditario.
10. In caso di dubbi sulla volontà prevalente, deciderà il Sindaco o suo delegato con atto motivato.

ARTICOLO 5

Atti a disposizione del pubblico

(Artt. 52-53 D.P.R. n. 285/1990)

1. Sono tenuti ben visibili al pubblico nell'ufficio comunale e nei cimiteri comunali in apposita bacheca posta in prossimità dell'ingresso principale:
 - a) l'orario di apertura e chiusura in ogni cimitero;
 - b) copia del presente regolamento;
 - c) l'elenco dei campi soggetti ad esumazione ordinaria nel corso dell'anno;
 - d) l'elenco delle concessioni cimiteriali in scadenza nel corso dell'anno e in quello successivo;
 - e) l'elenco delle tombe per le quali è in corso la procedura di decadenza o di revoca della concessione;
 - f) ogni altro atto e documento la cui conoscenza venga ritenuta opportuna per gli interessati o per il pubblico.
2. Presso gli uffici cimiteriali è tenuto il registro di cui all'art. 52 del D.P.R. n.285/1990, che deve essere compilato cronologicamente dagli addetti, anche al fine di fornire informazioni sulle sepolture cimiteriali Il registro è a disposizione di chiunque possa averne interesse.
3. Un esemplare dei registri deve essere consegnato, ad ogni fine anno, all'archivio comunale., rimanendo l'altro presso il servizio di custodia.

TITOLO II

DISPOSIZIONI DI POLIZIA MORTUARIA

CAPO I

DENUNCIA DI MORTE E ACCERTAMENTI NECROSCOPICI

ARTICOLO 6

Denuncia di morte

(Art. 1 D.P.R. n. 285/1990)

1. Tutti gli esercenti la professione di medico chirurgo sono tenuti a denunciare al Sindaco la morte di persone da essi assistite, indicando la malattia che, a loro giudizio, ne sarebbe stata la causa.
2. Nel caso di decesso senza precedente assistenza medica, la denuncia deve essere fatta dal medico necroscopo.
3. All'obbligo di denuncia sono tenuti anche i medici che compiono autopsie su richiesta dell'Autorità Giudiziaria e che comunque eseguono riscontri diagnostici.
4. La denuncia della causa di morte deve essere fatta entro ventiquattro ore dal decesso, con le modalità di cui all'art. 1, commi 6 e 3 del D.P.R. 285/1990.
5. Quando la causa di morte è una malattia infettiva diffusiva la denuncia deve essere fatta d'urgenza, ed il Sindaco provvede a darne immediata informazione all'Azienda U.S.L. territorialmente competente.

ARTICOLO 7

Denuncia di morte in caso di autopsia

(Artt. 2, 45 e 39 D.P.R. n. 285/1990)

1. I risultati della autopsia, anche se ordinata dall'Autorità Giudiziaria devono essere comunicati al Sindaco per la eventuale rettifica, da parte dell'Ufficiale Sanitario, della scheda di morte.
2. La comunicazione deve essere fatta d'urgenza se la causa di morte è una malattia infettiva diffusiva.
3. Nel caso di autopsia non ordinata dall'Autorità Giudiziaria, ove sorgesse il sospetto che la morte non sia naturale, il medico settore deve sospendere l'operazione e darne immediata comunicazione all'Autorità giudiziaria.
4. Le medesime norme si applicano alle autopsie effettuate a scopo di riscontro diagnostico.

ARTICOLO 8

Obbligo di informazione

(Art. 3 D.P.R. n. 285/1990)

Il Sindaco, ove dalla scheda di morte risulti o sorga il sospetto che il decesso non è attribuibile a cause naturali, deve immediatamente informare l'Autorità giudiziaria e quella di Pubblica Sicurezza.

ARTICOLO 9

Medici necroscopi

(Art. 4 D.P.R. n. 285/1990)

1. Le funzioni di medico necroscopo, di cui all'art. 74 del D.P.R. 3 novembre 2000 n. 396 sull'Ordinamento dello stato civile, sono esercitate da un medico nominato dall'Azienda U.S.L. competente per territorio.
2. I medici necroscopi hanno il compito di accertare la morte e di darne atto con apposito certificato scritto.
3. La visita necroscopica deve essere effettuata non prima che siano trascorse 15 ore dal decesso e comunque non dopo le trenta ore.

ARTICOLO 10

Visite necroscopiche

(Art. 4 D.P.R. n. 285/1990)

Alle visite necroscopiche, presso gli ospedali, le cliniche e le case di cura private provvedono i rispettivi direttori sanitari o un medico da loro delegato.

ARTICOLO 11

Rinvenimenti

(Art. 5 D.P.R. n. 285/1990)

1. Chiunque rinvenga membra o ossa umane, deve informarne immediatamente il Sindaco che ne darà subito notizia all'Autorità Giudiziaria, a quella di Pubblica Sicurezza ed all'Azienda U.S.L. competente per territorio
2. I risultati degli accertamenti disposti dal medico necroscopo incaricato dall'Azienda U.S.L. territorialmente competente devono essere da quest'ultima comunicati al Sindaco ed all'Autorità Giudiziaria ai fini del rilascio del nulla osta alla sepoltura.

ARTICOLO 12

Autorizzazione alla sepoltura

(Artt. 6 e 7 D.P.R. n. 285/1990; Art. 3 D.P.R. n. 254/2003)

1. L'autorizzazione alla sepoltura nei cimiteri comunali è rilasciata dal Sindaco in qualità di Ufficiale dello Stato Civile.
2. La medesima autorizzazione è necessaria per la sepoltura dei nati morti e dei rinvenimenti contemplati al precedente art. 11. Tuttavia, ove siano rinvenute parti anatomiche riconoscibili il provvedimento autorizzatorio è rilasciato dall'Azienda A.S.L. competente per territorio. A quest'ultima competono altresì i provvedimenti autorizzatori per:
 - a) i resti mortali;
 - b) i prodotti abortivi di presunta età di gestazione compresa tra le 20 e le 28 settimane complete;
 - c) feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età intrauterina e che all'ufficiale dello stato civile non siano stati dichiarati come nati morti;
 - d) prodotti del concepimento di presunta età di gestazione inferiore alle 20 settimane ove i genitori facciano richiesta di avvalersi della procedura prevista per il caso *sub b*).

CAPO II

PERIODO DI OSSERVAZIONE DELLE SALME

ARTICOLO 13

Periodo minimo di osservazione

(Art. 8, 9, 10 D.P.R. n. 285/1990)

1. Nessun cadavere può essere chiuso in cassa o sottoposto ad autopsia o a trattamenti conservativi, né essere inumato o tumulato o cremato, prima che siano trascorse 24 ore dal momento del decesso, salvi i casi di decapitazione, maciullamento od altri che presentino segni di morte assolutamente sicuri, accertati dal medico necroscopo.
2. Nei casi di morte improvvisa e quando si abbiano dubbi di morte apparente, il periodo di osservazione deve essere di 48 ore salvo che il medico necroscopo non accerti la morte con le modalità di cui all'art. 8 del D.P.R. n. 285/1990.
3. Il Sindaco, su proposta del Direttore sanitario dell'Azienda U.S.L. competente, può ridurre il periodo dell'osservazione a meno di 24 ore, quando la morte è dovuta a malattia infettiva diffusiva o il cadavere presenti segni precoci di decomposizione o per altre ragioni speciali.

ARTICOLO 14

Conservazione del cadavere durante il periodo di osservazione

(Art. 11 D.P.R. n. 285/1990)

1. Durante il periodo di osservazione del cadavere dovrà essere posto in condizioni che non ostacolino eventuali manifestazioni di vita ed essere vegliato dagli interessati.
2. Ove il decesso sia stato determinato da malattia infettiva, dovranno essere osservate le speciali cautele prescritte dal Direttore sanitario della competente Azienda U.S.L., ed evitare ogni contatto diretto o indiretto.

ARTICOLO 15

Deposito di osservazione e obitorio

(Art. 12-15 D.P.R. n. 285/1990)

1. Il Comune provvede in locali idonei esistenti nei cimiteri comunali e tra loro distinti:
 - all'obitorio, per lo svolgimento delle funzioni obitoriali di cui all'art. 13 del D.P.R. n. 285/1990 e con le caratteristiche di cui all'art. 15 dello stesso D.P.R. n.285/1990;
 - al deposito di osservazione, destinato a ricevere e tenere in osservazione le salme di persone:
 - a) morte in abitazioni inadatte e nelle quali sia pericoloso mantenerle per il prescritto periodo di osservazione;
 - b) morte a seguito ad incidente nella pubblica via o in luogo pubblico;
 - c) ignote, di cui debba farsi esposizione al pubblico per il riconoscimento,
 - d) assicurandone la sorveglianza anche ai fini del rilevamento di eventuali manifestazioni di vita.
2. L'ammissione nel deposito di osservazione e nell'obitorio è autorizzata dal Sindaco ovvero dalla Pubblica Autorità che ha richiesto l'intervento del servizio di recupero e trasporto di salma di persona accidentata o, infine, dall'Autorità Giudiziaria.
3. Nel deposito di osservazione, di regola, è vietata la permanenza di persone estranee, ed anche dei familiari.

4. Le salme di persone morte di malattie infettive-diffusive o sospette tali sono tenute in osservazione in separato locale, ove esistente, nel quale è vietato l'accesso alle persone non autorizzate.
5. Il mantenimento in osservazione di salme di persone cui sono stati somministrati nuclidi radioattivi deve aver luogo in modo che sia evitata la contaminazione ambientale, osservando le prescrizioni disposte caso per caso dal Direttore Sanitario dell'Azienda U.S.L. competente.
6. La sorveglianza nell'obitorio e nel deposito di osservazione può essere esercitata con apposite strumentazioni o con la presenza di personale specializzato.
7. Il trasporto all'obitorio o al deposito di osservazione deve essere fatto con ogni cautela per non ostacolare eventuali manifestazioni di vita.

CAPO III

INCASSATURA DELLE SALME

ARTICOLO 16

Incassatura

(Artt. 30, 31, 75 e 77 D.P.R. n. 285/1990)

1. Trascorso il periodo di osservazione, ogni cadavere, prima della rimozione, deve essere deposto nella cassa, le cui caratteristiche dovranno corrispondere, rispettivamente, alle prescrizioni di cui agli artt. 30, 31, 75 e 77 del D.P.R. 285/1990, a seconda della destinazione, intra o extracomunale, e del tipo di sepoltura, esumazione o tumulazione, della salma.
2. In ogni caso, sul piano esterno superiore di ogni feretro è applicata apposita piastrina metallica, o in materiale refrattario per la cremazione, recante impressi in modo indelebile, il cognome e il nome della salma contenuta e le date di nascita e di morte. Per la salma di persona sconosciuta, la piastrina contiene la sola indicazione della data di morte e gli eventuali altri dati certi.

ARTICOLO 17

Prescrizioni particolari

(Art. 18 D.P.R. n. 285/1990)

1. Quando la morte è stata determinata da una delle malattie infettive diffusive registrate nell'elenco ufficiale ministeriale, il cadavere deve essere deposto nella cassa con gli indumenti di cui è rivestito e avvolto in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante.
2. È consentito di rendere al defunto le estreme onoranze, osservando le prescrizioni dell'autorità Sanitaria, salvo che dalla medesima non siano vietate essendo in atto manifestazioni epidemiche della malattia che causò la morte.
3. Quando dalla denuncia della causa di morte risulti che il cadavere è portatore di radioattività, il trasporto, il trattamento e la destinazione delle salme sono effettuati osservando le necessarie misure protettive di volta in volta prescritte dall'Azienda U.S.L. competente al fine di evitare la contaminazione ambientale.

ARTICOLO 18

Incassatura di salme destinate all'inumazione

(Art. 74 e 75 D.P.R. n. 285/1990)

1. Le salme destinate all'inumazione devono essere chiuse in cassa di legno e sepolte in fosse separate l'una dall'altra. Nella stessa cassa possono essere chiusi insieme e sepolti nella stessa fossa, soltanto madre e neonato morti all'atto del parto.

2. È vietata l'inumazione di salma con l'uso di casse metalliche o di altro materiale non facilmente decomponibile.

ARTICOLO 19

Feretri

(Art. 30 e 77 D.P.R. n. 285/1990)

1. Le salme destinate alla tumulazione o che devono essere trasportate in altro Comune oppure all'estero devono essere chiuse in duplice cassa, l'una di legno, l'altra di metallo.
2. Nel caso di trasporto di salme destinate all'inumazione in altro Comune, quando la distanza non superi 25 km e il trasporto venga fatto direttamente al Cimitero con idoneo carro mortuario, non è richiesta la duplice cassa, salvo che la morte non sia stata determinata da una delle malattie infettive diffuse comprese nell'elenco ufficiale ministeriale.
3. In ciascun feretro non si può racchiudere che una sola salma; madre e neonato, in concomitanza del parto o in conseguenza immediata del parto, possono essere chiusi in uno stesso feretro.
4. La salma deve essere collocata nel feretro rivestita con abiti, o decentemente avvolta in lenzuola. Le salme destinate all'inumazione devono essere rivestite con abiti o lenzuola di tessuto biodegradabile.

ARTICOLO 20

Condizioni per l'incassatura

(Art. 17 e 32 D.P.R. n. 285/1990)

1. Non può essere effettuata la chiusura della cassa funebre se non decorso il prescritto periodo d'osservazione. Si applicano le disposizioni di cui all'art. 32 del D.P.R. n. 285/1990.
2. All'atto della chiusura del feretro la verifica dell'identità del defunto e la regolarità del confezionamento del feretro, in relazione al tipo di trasporto, sono effettuati direttamente dall'addetto al trasporto, il quale dichiara l'avvenuta esecuzione di tali adempimenti redigendo apposito verbale.

CAPO IV

TRASPORTI FUNEBRI E ONORANZE FUNEBRI

ARTICOLO 21

Servizio di trasporto funebre

(Art. 19, 22 D.P.R. n. 285/1990)

1. Il Comune esercita la vigilanza sui trasporti funebri, e determina, con provvedimento della Giunta Comunale, le relative tariffe, suddivise in categorie per tipo di trasporto.
2. I trasporti funebri si dividono in trasporti gratuiti ed in trasporti a pagamento:
 - a) gratuiti: a carico del Comune, da effettuarsi con carro chiuso, nei soli casi di:
 - trasporto di cadavere su disposizione di pubblica autorità in caso di decesso sulla pubblica via o, per incidente, anche in luogo privato dal luogo del decesso al deposito di osservazione o all'obitorio. Nel caso la pubblica Autorità disponga il trasferimento in locali diversi da quelli indicati, il trasporto dal luogo di decesso a detti locali verrà ugualmente eseguito, ma con oneri a carico della pubblica Autorità che lo ha disposto;

- indigenza;
- appartenenza a famiglia bisognosa;
- disinteresse dei familiari;

b) a pagamento, in ogni altro caso.

4. Sui trasporti eseguiti da imprese funebri private, salvo quelli fatti da Confraternite con mezzi propri, è dovuto il pagamento di un diritto fisso, stabilito con provvedimento della Giunta Comunale, la cui entità non può essere superiore a quella stabilita per i trasporti di ultima categoria.

5. I trasporti di salme di militari, eseguiti dalle Amministrazioni militari con mezzi propri, sono esenti da qualsiasi diritto comunale.

6. Si devono sottoporre a trattamento conservativo i cadaveri per cui è previsto un trasporto che ricada nelle seguenti fattispecie:

- a) trasporto effettuato dal mese di aprile al mese di settembre compresi;
- b) trasporto, svolto negli altri mesi, ma con una percorrenza superiore ai 300 km.;
- c) trasporto avviene quando siano trascorse 48 ore dal decesso.

7. Per ogni trasporto funebre proveniente da altro Comune o da altro Stato o diretto ad altro Comune o altro Stato, eseguito per mezzo di terzi autorizzati, senza l'intervento del servizio comunale, è dovuto all'Amministrazione Comunale un diritto fisso, ai sensi dell'art. 19 comma 3 del DPR 285/90, nella misura stabilita dal Comune. Detto diritto non è dovuto per i trasporti eseguiti da terzi di ceneri o resti mortali, e per le salme provenienti da altri Comuni trasportate all'obitorio comunale su disposizione dell'Autorità Giudiziaria e successivamente dirette ad altri Comuni o all'estero.

ARTICOLO 22

Autorizzazione al trasporto funebre

(Artt. 20, 24, 26, 27-31 e 34 D.P.R. n. 285/1990)

1. Il trasporto delle salme al deposito di osservazione, all'obitorio o al cimitero, entro e fuori Comune, è svolto dalle imprese di pompe funebri o da confraternite e non è assoggettato al diritto di privativa. Le imprese funebri che risultino in possesso dei requisiti previsti dal presente regolamento possono esercitare il trasporto purché in possesso della prescritta autorizzazione.

2. A tale scopo devono essere utilizzati carri speciali, con le caratteristiche di cui all'art. 20 D.P.R. n. 285/1990, che siano stati riconosciuti idonei dalla competente Azienda U.S.L., al cui controllo dovranno essere sottoposti, almeno una volta all'anno, per accertarne lo stato di manutenzione e di idoneità. Su ogni carro adibito a trasporto di salme deve essere conservato un apposito registro dal quale risulti la vigente dichiarazione di idoneità.

3. Il trasporto di salme è in ogni caso autorizzato con provvedimento del Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria, che provvede a comunicarlo al Comune in cui deve avvenire la sepoltura, ove diverso. Qualora sia richiesta la sosta della salma in altri Comuni intermedi per il tributo di speciali onoranze, il provvedimento deve essere comunicato anche a tali Comuni.

4. Fanno eccezione alla competenza di cui al comma 3:

- a) i trasporti di prodotti abortivi di cui all'art. 7, commi 2 e 3 del D.P.R. n. 285/90, per i quali è competente l'Azienda U.S.L.;
- b) i trasporti di cadaveri di cui all'art. 21, comma 2, lett. a), primo alinea per i quali è competente la pubblica Autorità che ha disposto il trasporto.

5. L'incaricato del trasporto deve essere munito della relativa autorizzazione; questa, invece, dovrà essere consegnata al vettore, se il trasporto è fatto per ferrovia, per nave o per aereo.

6. Nel caso di trasporto al cimitero, entro e fuori dal Comune, l'incaricato del trasporto deve essere altresì munito dell'autorizzazione alla sepoltura di cui al precedente art. 12, che deve essere esibita, assieme al provvedimento di autorizzazione al trasporto.

7. Il trasporto di cadavere da Comune a Comune per la cremazione e il trasporto delle risultanti ceneri al luogo del definitivo deposito sono autorizzati con unico decreto dal Sindaco del Comune ove è avvenuto il decesso.

8. Le salme provenienti da altro Comune devono, di norma e qualora non vengano richieste speciali onoranze all'interno del territorio del Comune, essere trasportate direttamente al cimitero, ove sarà accertata la regolarità dei documenti e delle caratteristiche dei feretri in rapporto al tipo di sepoltura cui sono destinati, secondo quanto risulta dalla documentazione prodotta.

9. Per il trasporto di salme verso e/o dall'estero si applicano le norme stabilite dagli artt. 27-31 del D.P.R. n. 285/1990 e dalle eventuali convenzioni internazionali, ove applicabili.

ARTICOLO 23

Modalità del trasporto e percorso

(Art. 21 D.P.R. n. 285/1990)

1. I trasporti funebri sono permessi in tutte le strade del territorio comunale con le modalità di seguito indicate:

2. Fatte salve le eccezionali limitazioni di cui all'art.27, comma 2, del T.U. Legge Pubblica Sicurezza, il trasporto comprende:

- a) il prelievo della salma dal luogo del decesso, dal deposito di osservazione o dall'obitorio;
- b) il tragitto alla chiesa o al luogo di svolgimento delle esequie;
- c) la relativa sosta per il tempo necessario ad officiare il rito civile o quello religioso, secondo il culto praticato dal defunto;
- d) il proseguimento, seguendo il percorso più breve, fino al cimitero o ad altra destinazione richiesta (locale scalo ferroviario, aeroportuale, ecc.).

3. Nessuna altra sosta può farsi durante il percorso, salvo casi di forza maggiore.

4. In assenza di richieste di cui al comma precedente da parte di chi dispone del funerale, il feretro verrà trasportato direttamente al luogo di sepoltura.

5. L'eventuale richiesta di corteo deve essere preventivamente richiesta dai familiari/aventi titolo tramite l'impresa di pompa funebre al Comando di Polizia Municipale che rilascerà in tempo utile apposita autorizzazione; l'autorizzazione stessa si riterrà rilasciata ai sensi dell'istituto del silenzio/assenso, non sono pertanto ammessi cortei improvvisati e non autorizzati. È vietato fermare, disturbare o interrompere in qualsiasi modo il passaggio di un corteo funebre; dovrà comunque essere lasciato il passo ai mezzi pubblici (del servizio pubblico urbano, dei pompieri, dei servizi urgenti di assistenza pubblica e di pubblica sicurezza, ecc.).

6. Eventuali servizi o trattamenti speciali richiesti dall'avente titolo potranno essere disposti dal Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria compatibilmente con le esigenze di servizio.

7. L'Azienda U.S.L. vigila sul servizio di trasporto delle salme, e propone al Comune gli eventuali provvedimenti necessari ad assicurarne la regolarità, per quanto concerne gli aspetti igienico sanitari.

8. Con provvedimento del Sindaco sono disciplinati l'orario per il trasporto dei cadaveri, le modalità ed i percorsi consentiti, nonché il luogo e le modalità per la sosta dei cadaveri in transito.

ARTICOLO 24

Trasporto di deceduti per malattie infettive-diffusive o portatori di radioattività

(Art. 18 D.P.R. n. 285/1990)

1. Per i cadaveri di persone decedute per malattie infettive-diffusive l'Azienda U.S.L. prescriverà le opportune norme a tutela della salute pubblica per quanto concerne il trasporto, l'eventuale divieto del corteo ed i necessari provvedimenti per le disinfezioni.

2. Nel caso sia ritenuto necessario, su istruzione dell'autorità sanitaria di cui al comma precedente, le salme possono essere trasportate anche prima del termine di 24 ore dal decesso in locali di osservazione, e di qui, dopo il termine prescritto, direttamente al luogo di inumazione, tumulazione, cremazione.

3. Quando dalla denuncia della causa di morte risulti che il cadavere è portatore di radioattività, l'Azienda U.S.L. dispone, a seconda dei casi, le necessarie misure protettive in ordine al trasporto, ai trattamenti ed alla destinazione.

ARTICOLO 25

Trasporto di ceneri e resti

(Art. 26 e 36 D.P.R. n. 285/1990)

1. Il trasporto fuori Comune di ossa umane, di resti mortali assimilabili e di ceneri deve essere autorizzato dal Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria.

2. Se il trasporto di ceneri o resti mortali completamente mineralizzati è da o per Stato estero aderente alla convenzione internazionale di Berlino, la competenza circa l'autorizzazione spetta all'Ufficio di Stato Civile; qualora si tratti di Stati non aderenti alla convenzione suddetta, spetta al medesimo Ufficio di Stato Civile, previo nulla-osta dell'Autorità Consolare competente.

3. Le misure precauzionali igieniche stabilite per il trasporto delle salme dagli artt. 18, 20 e 25 del D.P.R. n. 285/90, non si applicano al trasporto di cui al presente articolo.

4. Le ossa umane e i resti mortali assimilabili devono essere raccolti in una cassetta di zinco di spessore non inferiore a mm. 0,660, chiusa con saldatura, anche a freddo, e recante nome e cognome del defunto o, se sconosciuto, l'indicazione del luogo e della data del rinvenimento.

5. Le ceneri devono essere raccolte in urne sigillate.

ARTICOLO 26

Rimesse dei carri funebri

(Art. 21 D.P.R. n. 285/1990)

1. Le rimesse dei carri funebri devono essere ubicate fuori dell'abitato, in località appartate, ed essere provviste dei mezzi necessari alla pulizia e alla disinfezione dei carri.

2. Le rimesse sono autorizzate dal Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria, previa attestazione di idoneità da parte dell'Azienda U.S.L. competente, fatta salva l'osservanza delle disposizioni di competenza dell'autorità di pubblica sicurezza e del servizio antincendi.

ARTICOLO 27

Autorizzazione per l'esercizio di pompe funebri

1. Le imprese funebri private, qualora intendano vendere cofani ed altri articoli funerari, devono munirsi della prescritta autorizzazione commerciale di cui alla legge 11.06.1971 n. 426, fermo restando l'obbligo della licenza di cui all'art. 115 del T.U.L.P.S. approvato con R.D. 18.06.31 n. 773.

2. A richiesta, le imprese di cui al precedente comma possono:

- a) espletare, a titolo di mediazione, affari o pratiche amministrative sia presso gli uffici del Comune sia presso le parrocchie o enti di culto;
- b) fornire feretri e accessori relativi;
- c) occuparsi della salma e/o del trasporto in o da altri Comuni.

ARTICOLO 28

Divieti

- 1.** Le imprese di onoranze funebri non possono:
 - a) offrire i propri servizi e forniture al domicilio dei defunti o presso ospedali, case di cura, ecc., e, comunque, accaparrarsi i servizi in modo molesto ed inopportuno;
 - b) esigere onorari sproporzionati alla entità del servizio; a tal fine nei negozi di vendita e/o nella sede di agenzie di affari o di trasporti funebri, dovranno essere chiaramente esposti tutti i prezzi di vendita di beni e servizi offerti: di questi ultimi dovrà, inoltre, esporsi la relativa tabella descrittiva;
 - c) sospendere il servizio assunto e già predisposto per eventuali contestazioni in ordine agli onorari o per altro motivo privato;
 - d) esporre, alla vista del pubblico, casse ed accessori nelle vetrine dei locali di attività;
 - e) svolgere la gestione di camere mortuarie (od obitoriali) site all'interno di presidi ospedalieri o nell'ambito di servizi pubblici o cimiteriali.
- 2.** I titolari e i dipendenti delle imprese non possono trattenersi negli uffici, nei locali del Comune e nei cimiteri comunali oltre il tempo necessario per svolgere gli incarichi loro affidati, allo scopo di offrire prestazioni.

ARTICOLO 29

Incaricato del trasporto

- 1.** È incaricato del trasporto funebre il dipendente o persona fisica o ditta a ciò commissionata da un'impresa di cui agli articoli precedenti.
- 2.** L'incaricato, data la peculiarità del trasporto di salme, è da considerarsi come incaricato di un pubblico servizio ai sensi dell'art. 358 C.P.

TITOLO III
DISPOSIZIONI SUI CIMITERI COMUNALI

CAPO I

DISPOSIZIONI GENERALI

ARTICOLO 30

Cimiteri comunali

(Art. 49 D.P.R. n. 285/1990)

Il Comune provvede al servizio del seppellimento con i seguenti cimiteri comunali:

- 1) Cimitero di S. Miniato;
- 2) Cimitero di San Mauro, frazione;
- 3) Cimitero di Lecore, frazione.

ARTICOLO 31

Orario

1. I cimiteri comunali sono aperti al pubblico secondo l'orario stagionale fissato con provvedimento del Responsabile dei Servizi Cimiteriali. I visitatori sono tenuti a rispettare tali orari. All'ora stabilita per la chiusura, i visitatori dovranno aver lasciato il cimitero.
2. L'entrata dei visitatori è ammessa fino a 15 minuti prima della scadenza dell'orario.
3. L'avviso di chiusura è dato di regola a mezzo di segnale acustico, 15 minuti prima della scadenza dell'orario, o di appositi cartelli apposti all'ingresso del Cimitero, in modo che la chiusura avvenga entro l'ora prescritta.

ARTICOLO 32

Competenze e tariffe

(Art. 51 D.P.R. n. 285/1990)

1. L'ordine e la vigilanza nei cimiteri spettano al Sindaco. Alla manutenzione, custodia e agli altri servizi cimiteriali il Comune provvede secondo quanto disposto al precedente art. 4.
2. La vigilanza sugli aspetti igienico sanitari dei cimiteri aventi rilevanza sulla salute umana, spetta all'Azienda U.S.L., che propone al Sindaco i provvedimenti necessari ad assicurare la regolarità del servizio.
3. Al personale addetto ai servizi cimiteriali sono riservate tutte le operazioni di inumazione, di tumulazione, di esumazione, di estumulazione, di traslazione di salme, di resti, di ceneri, di nati morti, di prodotti abortivi e del concepimento e di resti anatomici.
4. Salvo quanto stabilito dagli artt. 102 e 105 del D.P.R. n. 285/90, è fatto divieto di seppellire cadaveri fuori dai cimiteri.
5. Tutte le operazioni relative ai servizi cimiteriali, il rilascio di concessioni, le diverse registrazioni di atti, servizi e operazioni cimiteriali, svolgimento pratiche e stesura contratti, svolgimento sopralluoghi, sono subordinate al pagamento dell'apposita tariffa stabilita con provvedimento della Giunta Comunale.

6. Ai sensi dell'art. 1, comma 7 bis, della legge 28.02.2001, n. 26, i servizi di inumazione, esumazione ordinaria e di cremazione sono resi con oneri a carico del Comune limitatamente ai seguenti casi:

- a) nel caso di salma di persona indigente;
- b) nel caso di salma per la quale vi sia disinteresse da parte dei familiari.

Il disinteresse da parte dei familiari viene a determinarsi quando nessuno effettua la richiesta dei servizi di cui alle presenti disposizioni oppure quando i familiari del defunto manifestano espressamente tale disinteresse e dichiarano di non volersi assumere le spese per i servizi di cui trattasi.

ARTICOLO 33

Divieti di ingresso

1. È vietato l'ingresso nei cimiteri comunali:

- alle persone in stato di ubriachezza o di esaltazione;
- alle persone non decentemente vestite o comunque alle persone che manifestino atteggiamenti non consoni al rispetto del luogo;
- ai questuanti;
- alle persone aventi con sé cani o altri animali, con eccezione dei cani accompagnatori di persone non vedenti ;
- ai fanciulli di età inferiore agli anni 10 quando non siano accompagnati da adulti.

ARTICOLO 34

Condotta all'interno dei cimiteri

1. Nei cimiteri comunali è vietato compiere qualsiasi atto o comportamento irriverente o incompatibile con la destinazione e le caratteristiche del luogo ed in specie:

- parlare a voce alta, ridere, cantare;
- fumare, consumare cibi o bevande;
- rimuovere e portare fuori dai cimiteri piante, fiori secchi o finti, portafiori, oggetti ornamentali e lapidi senza debita autorizzazione e comunque danneggiarli;
- calpestare gli spazi riservati a sepolture, aiuole, danneggiare alberi, sedere su tumuli o monumenti, camminare fuori dai viali o viottoli;
- deporre sulle tombe fiori in vasi indecorosi, come barattoli di latta, ecc.;
- gettare sui viali o sui prati ramaglie, corone o fiori secchi, nastri, cartacce, ecc.;
- disturbare in qualsiasi modo i visitatori;
- compiere atti in contrasto con l'austerità del luogo e con il culto dei defunti;
- danneggiare o deturpare, manufatti o edifici;
- gettare fiori appassiti e rifiuti in genere fuori dagli appositi contenitori;
- fotografare o filmare i cortei funebri o le operazioni cimiteriali o funerarie che si svolgono nel Cimitero;
- turbare il libero svolgimento dei cortei, riti religiosi o commemorazioni;
- eseguire lavori o iscrizioni sulle tombe, senza idonea autorizzazione;
- assistere alle operazioni cimiteriali di esumazione o di estumulazione da parte di chi non ha diritto;
- entrare con biciclette, motocicli od altri veicoli non autorizzati.

2. I divieti predetti, in quanto possano essere applicabili, si estendono alla zona immediatamente adiacente al cimitero, salvo situazioni debitamente autorizzate.

ARTICOLO 35

Reclami

1. Gli eventuali reclami da parte dei cittadini per disfunzioni del servizio cimiteriale potranno essere indirizzati agli uffici comunali competenti anche tramite il responsabile del servizio di custodia istituito presso il cimitero che provvederà a trasmetterli per gli adempimenti di competenza.

ARTICOLO 36

Ammissione ai cimiteri comunali

(Art. 50 D.P.R. n. 285/1990)

1. Nei cimiteri comunali, salvo sia richiesta altra destinazione, sono ricevute e seppellite, senza distinzione di origine, di cittadinanza, di religione:

- a) le salme di persone decedute nel territorio del Comune, qualunque ne fosse in vita la residenza;
- b) le salme di persone che, ovunque decedute, siano nate nel Comune di Signa oppure avevano nel Comune, al momento della morte, la propria residenza o risultavano iscritte all'A.I.R.E. ;
- c) indipendentemente dalla residenza e dal luogo della morte, le salme delle persone che risultano essere state in vita, concessionarie, o membri della famiglia del concessionario, di sepoltura privata individuale o di famiglia; in dette sepolture private può essere autorizzata, su richiesta dei concessionari, la tumulazione di salme di persone che risultino essere state con loro conviventi, nonché di salme di persone che abbiano acquisito particolari benemeritenze nei confronti dei concessionari, a condizione che il periodo di tumulazione non sia inferiore ai 20 anni previsti per le tumulazioni ordinarie;
- d) il coniuge ed il convivente defunto di persona già sepolta in un cimitero comunale;
- e) le salme di persone che abbiano avuto la residenza nel Comune di Signa per almeno 15 anni;
- f) le salme di persone residenti nei Comuni limitrofi ma sotto la giurisdizione ecclesiastica di una delle Parrocchie di culto cattolico del Comune di Signa;
- g) le salme delle persone non residenti in vita nel Comune di Signa, purché siano parenti di 1° grado di persone residenti o sepolte nel Comune, senza che ciò comporti l'estensione del diritto ai familiari del defunto;
- h) le salme delle persone appartenenti a enti e comunità religiose legalmente riconosciuti, che abbiano operato nel territorio comunale per un periodo di almeno dieci anni;
- i) i nati morti ed i prodotti del concepimento di cui all'art. 7 del D.P.R. n. 295/90;
- j) i resti mortali e le ceneri delle persone sopra indicate.

2. Nei cimiteri comunali non possono essere accettate salme traslate da cimiteri di altri Comuni, se non per sepoltura in tombe o cappelle di famiglia.

3. Al di fuori dei casi sopra elencati, il Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria può eccezionalmente autorizzare la sepoltura di una salma su richiesta motivata di un parente del defunto.

ARTICOLO 37

Reperti speciali

(Art. 100 D.P.R. n. 285/1990)

1. Ove ritenuto necessario e/o opportuno in relazione a sopravvenute esigenze, il Comune ha facoltà di riservare campi speciali, da individuare attraverso il Piano di Settore Cimiteriale o, nelle more della sua adozione, dal Sindaco, da destinare al seppellimento delle salme, alla conservazione dei resti, ceneri ed ossa di persone professanti culti diversi da quello cattolico o a comunità straniere.

2. Il Piano di Settore Cimiteriale può altresì individuare un campo speciale da destinare all'inumazione dei resti mortali quando provenienti dalle estumulazioni.

3. Gli arti, altre parti anatomiche ed i feti, salvo specifica richiesta avanzata dall'interessato o dai suoi familiari vengono inumati in campo comune.

ARTICOLO 38

Ossario comune

1. In almeno un cimitero è istituito un ossario per la raccolta indistinta delle ossa, non richieste dai familiari e provenienti dalle esumazioni e, in caso di completa mineralizzazione, dalle estumulazioni

ARTICOLO 39

Cinerario comune

1. In almeno un cimitero è istituito un cinerario comune per la raccolta indistinta (dispersione) e la conservazione in perpetuo delle ceneri provenienti dalla cremazione delle salme.

2. Nel cinerario verranno disperse le ceneri provenienti dalle salme per le quali il *de cuius* abbia espresso in vita la volontà di scegliere tale forma di sepoltura o per le quali i familiari non abbiano manifestato alcuna volontà di destinazione.

ARTICOLO 40

Deposito provvisorio

1. In condizioni contingibili ed urgenti il Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria può disporre la tumulazione provvisoria in via diretta anche senza assenso dei familiari del defunto o familiare/avente titolo.

2. La tumulazione provvisoria delle salme nei loculi è consentita:

- a) nel caso sia stata presentata domanda di concessione di sepoltura, da costruirsi a cura del Comune, con progetto già approvato;
- b) nel caso sia stato stipulato regolare contratto di concessione di un'area di terreno allo scopo di costruirvi un sepolcro privato, fino alla sua agibilità;
- c) nel caso debbano essere effettuati lavori di ripristino di tombe private e/o colombari.

3. Il responsabile dei servizi cimiteriali fisserà la durata del deposito in relazione al tempo necessario all'ultimazione dei lavori e/o alla domanda degli interessati.

4. Per tali eventuali depositi è dovuta una tariffa di utilizzo, fatta salva l'applicazione dei diritti applicabili al caso di specie.

5. Scaduto il termine, originario o prorogato, senza che l'interessato abbia provveduto alla rimozione della salma, verrà notificata al responsabile formale diffida a provvedere nel termine di 30 giorni. In difetto agli adempimenti relativi la salma verrà inumata in campo comune.

6. La collocazione provvisoria di cassette ossario e di urne cinerarie è ammessa in un deposito cimiteriale nei casi di cui al comma 2, e dietro pagamento della relativa tariffa. Qualora gli interessati non provvedano entro sei mesi alla collocazione definitiva, i resti e le ceneri verranno dispersi rispettivamente in ossario e cinerario comune.

ARTICOLO 41

Sepulture riservate a cittadini illustri o benemeriti

All'interno dei cimiteri comunali possono essere riservate aree, tombe e lapidi alla memoria, di cui il Sindaco ha facoltà di disporre per l'assegnazione gratuita di posti destinati alla tumulazione di salme, ceneri o resti di cittadini che si siano distinti per opere dell'ingegno o per servizi resi alla città.

ARTICOLO 42

Piano di Settore Cimiteriale

(Art. 54, 80 D.P.R. n. 285/1990)

- 1.** Ai fini di cui all'art. 338 del T.U. delle Leggi Sanitarie R.D. 27.7.1934, n. 1265, il Consiglio Comunale può adottare un Piano di Settore Cimiteriale che recepisce le necessità del servizio per l'arco temporale di almeno venti anni.
- 2.** Il piano è sottoposto al parere preliminare dei competenti servizi dell'Azienda A.S.L., applicandosi al riguardo l'art. 139 del D. Lgs. n. 267/2000.
- 3.** Nell'elaborazione del piano dovrà tenersi conto:
 - a) dell'andamento medio della mortalità nell'area territoriale comunale sulla base dei dati statistici dell'ultimo decennio e di adeguate proiezioni, da formulare anche in base ai dati resi noti da organismi nazionali competenti;
 - b) della valutazione della struttura ricettiva esistente, distinguendo le dotazioni attuali di posti per sepoltura a sistema di inumazione e di tumulazione, di cellette ossario, di nicchie cinerarie, in rapporto anche alla durata delle concessioni;
 - c) della dinamica registrata nel tempo delle diverse tipologie di sepoltura e pratica funebre;
 - d) delle eventuali maggiori disponibilità di posti che si potranno rendere possibili nei cimiteri esistenti a seguito di una più razionale utilizzazione delle aree e dei manufatti in correlazione ai periodi di concessione e ai sistemi tariffari adottati;
 - e) dei fabbisogni futuri di aree, manufatti e servizi, in rapporto alla domanda esistente e potenziale delle inumazioni, tumulazioni, cremazioni;
 - f) delle eventuali zone soggette a tutela monumentale nonché dei monumenti funerari di pregio per i quali prevedere particolari norme per la conservazione e il restauro.
- 4.** Nei cimiteri sono individuati spazi o zone costruite da destinare a:
 - a) campi di inumazione comune;
 - b) ossario comune;
 - c) cinerario comune.
- 5.** Possono inoltre essere individuati spazi o zone costruite da destinare a:
 - a) campi per fosse ad inumazione per sepolture private;
 - b) campi per la costruzione di sepolture private a tumulazione individuale, per famiglie o collettività;
 - c) tumulazioni individuali (loculi);
 - d) manufatti a sistema di tumulazione a posti plurimi di costruzione comunale (cappelle) o loculi plurimi;
 - e) ossarini;
 - f) nicchie cinerarie.
- 6.** Con cadenza quinquennale il Comune provvede ad aggiornare le planimetrie generali di ciascun cimitero ai sensi dell'art. 54 del D.P.R. n. 285/90.

TITOLO IV

SEPOLTURE

ARTICOLO 43

Tipi di sepolture

1. Le sepolture nei cimiteri possono essere ad inumazione o a tumulazione.
2. Sono ad inumazione le sepolture nella terra, sono a tumulazione tutte le altre sepolture in loculi, tombe individuali in muratura, cripte, cappelle di famiglia, mausolei, ossari e cinerari.
3. Competono al personale addetto alla gestione dei servizi cimiteriali:
 - a) le operazioni inerenti il seppellimento nelle sepolture ad inumazione, nonché la posa dei feretri nelle sepolture a tumulazione e la sigillatura dei colombari, ossari e cinerari;
 - b) le operazioni di assistenza muraria, la rimozione di lapidi e monumenti necessarie alla tumulazione di cadaveri, resti e ceneri in tombe individuali in muratura, cripte, cappelle di famiglia, mausolei, ecc.

CAPO I

SEPOLTURE AD INUMAZIONE

ARTICOLO 44

Disposizioni generali

(Artt. 70-74, 63 D.P.R. n. 285/1990)

1. Le sepolture per inumazione si distinguono in comuni e private:
 - a) sono comuni le inumazioni in campo comune, assegnate ogni qualvolta non sia richiesta una sepoltura privata, e quelle di resti non completamente mineralizzati provenienti da esumazioni o estumulazioni; sono di regola soggette al pagamento della relativa tariffa, tranne che ricorrano le condizioni di cui all'art. 4;
 - b) sono private le sepolture per inumazione che vengono assegnate in concessione previo pagamento della relativa tariffa.
2. Le misure della fossa inumazione sono quelle previste dagli artt. 72-73 del D.P.R. n. 285/1990, fatto salvo particolari condizioni del terreno, che possono richiedere l'adozione di accorgimenti utili a favorire la naturale mineralizzazione del cadavere, quali la collocazione nel fondo di materiale ghiaioso atto a favorire il drenaggio delle acque. Tali interventi devono essere autorizzati previo parere la competente Azienda A.S.L.
3. Nelle sepolture ad inumazione è vietata la sovrapposizione di feretri, ivi comprese le cassette contenenti resti mortali e ceneri di cadaveri cremati.
4. Ogni fossa dei campi d'inumazione è contraddistinta, da un cippo realizzato in materiale resistente agli agenti atmosferici. Sul cippo è indicato il numero progressivo di sepoltura nel campo, e applicata una targhetta di materiale inalterabile con l'indicazione del nome e cognome, data di nascita e di morte del defunto.
5. L'installazione di lapidi e/o di copritomba e la loro manutenzione è da eseguirsi a carico dei familiari/aventi titolo. La loro manutenzione dovrà essere svolta costantemente per consentire un livello di decoro e ordine idoneo al luogo: con periodicità annuale ed in particolare in occasione della commemorazione dei defunti, il Servizio di Polizia Mortuaria comunale ovvero il soggetto

incaricato della gestione dei servizi cimiteriali svolgerà ricognizione circa la conservazione e lo stato di decoro delle sepolture, provvederà pertanto all'apposizione di eventuale avviso/diffida alla pronta esecuzione delle necessarie opere di ripristino e decoro o di rimozione pericoli riscontrati: è a diretto carico ed oneri dei familiari/aventi titolo del defunto provvedere prontamente entro un tempo massimo di gg. 30 ovvero immediatamente nell'ipotesi di sussistenza di grave situazione di pericolo. Il mancato intervento negli ulteriori successivi 30 gg. costituirà presupposto sostanziale per la immediata attivazione di decadenza della concessione o, nel caso di sepoltura in terra, per l'intervento sostitutivo del Comune che provvederà a sua cura ed a spese dei familiari alla rimozione di quanto pericoloso ovvero di quanto è stato oggetto di segnalazione. A seguito della rimozione il materiale sarà avviato a rifiuto o a discarica; la sepoltura sarà mantenuta nello stato minimale di decoro, ovvero con il tumulo di terra ed il cippo d'individuazione.

ARTICOLO 45

Aree destinate ad inumazione

(Artt. 68-69, 72 D.P.R. n. 285/1990)

1. I cimiteri dispongono di campi destinati alla inumazione di cadaveri di adulti.
2. Ove possibile, nei cimiteri comunali verrà previsto un apposito campo per l'inumazione di cadaveri di bambini di età inferiore a dieci anni e di nati morti.
3. Le caratteristiche del suolo per tali campi, la loro ampiezza, la divisione in riquadri le misure delle fosse, per adulti e per minori di dieci anni di età, la loro profondità, la distanza delle fosse l'una dall'altra e l'ordine d'impiego sono stabiliti dal D.P.R. n. 285/90.

ARTICOLO 46

Scadenza delle sepolture ad inumazione

(Art. 49 D.P.R. n. 285/1990)

1. La durata ordinaria di inumazione in fosse comuni e in sepolture private è di dieci anni.

ARTICOLO 47

Tariffe

1. Le tariffe per le sepolture ad inumazione sono stabilite dalla Giunta Comunale.

CAPO II

SEPOLTURE A TUMULAZIONE

ARTICOLO 48

Disposizioni generali

(Artt. 70-74, 63 D.P.R. n. 285/1990; circolare Min. Sanità n. 24/1993)

1. Sono a tumulazione le sepolture di feretri (loculi), cassette di resti ossei (ossarini) o urne cinerarie (nicchie cinerarie) in opere murarie costruite dal Comune o dai concessionari di aree laddove vi sia l'intenzione di conservare per un periodo di tempo determinato o in perpetuo (solo per concessioni rilasciate anteriormente al 9 febbraio 1976) le spoglie mortali.
2. Le sepolture private a sistema di tumulazione sono oggetto di concessione secondo le modalità di cui al presente regolamento.

3. A partire dall'entrata in vigore del presente regolamento ogni nuova sepoltura a sistema di tumulazione deve avere dimensioni minime interne adeguate alla collocazione del feretro, secondo le prescrizioni tecniche di cui all'art. 76 commi 8 e 9 del D.P.R. n. 285/1990. La costruzione in ogni modo deve essere impermeabile ai gas e ai liquidi.

4. I loculi possono essere costruiti a più piani sovrapposti, sia fuori terra, sia entroterra, tanto dal Comune, quanto dai privati concessionari di sepolcreti e cappelle gentilizie, e devono essere riconosciuti agibili dall'Ufficiale Sanitario o da un suo delegato.

5. E' consentita la collocazione di più cassette o urne, fino al massimo di due, contenenti resti o ceneri, in un unico tumulo, all'interno del quale sia collocato o meno un feretro, previa corresponsione dell'apposita tariffa.

ARTICOLO 49

Scadenza delle sepolture a tumulazione

1. Le sepolture a tumulazione hanno tutte la durata di anni 30, hanno carattere privato e sono soggette al pagamento di una tariffa.

ARTICOLO 50

Posa delle croci, lapidi, cippi o monumenti

1. Il collocamento delle croci, lapidi, cippi o monumenti è concesso, purché eseguito ed approvato ai termini del presente articolo, alle seguenti condizioni:

- a) nei tumuli predisposti nei riquadri, purché tali manufatti non occupino un'area superiore a m. 0,65 x 1,70 e siano posati non prima di tre mesi dall'inumazione per quelli provvisori e tra i sei ed i dodici mesi per quelli definitivi;
- b) nei colombari: all'opposizione, sulle lapidi di chiusura dei loculi, di piccoli portavasi o portalampade in metallo od altro materiale, purché esse non sporgano sopra le fasce separanti i vari loculi;
- c) nei colombari, ossari e cinerari siano utilizzate le lapidi di chiusura esistenti, ed in ogni caso della stessa dimensione e caratteristiche.

2. Sulle sepolture a tombe murate è fatto obbligo di posare, entro sei mesi dalla tumulazione, la lastra di chiusura del loculo secondo le modalità e le caratteristiche previste dal presente articolo.

3. Nel caso di inadempimento entro il termine stabilito, verrà tolto il segno provvisorio eventualmente collocato sulla sepoltura la cui concessione verrà dichiarata decaduta ed il Comune potrà disporre per la traslazione del cadavere in campo comune o la trasformazione dei resti mortali e delle ceneri nell'ossario comune del cimitero. In tali casi il Comune restituirà al concessionario o suo successore il 50% della tariffa relativa agli anni interi residui non fruiti, dedotte le spese di traslazione.

4. La posa dei monumenti e lapidi è subordinata alla presentazione di apposita istanza nonché al rilascio del relativo nulla osta da parte dell'ufficio competente.

5. La domanda dovrà essere corredata da un disegno quotato in triplice copia, dovrà essere specificato il tipo di materiale da usare, gli accessori, le epigrafi, nonché l'indicazione della ditta assuntrice dei lavori. E' prescritta, per le statue, bassorilievi e figure in genere, la presentazione di tre fotografie o di un disegno (in triplice copia), da cui si possono desumere le caratteristiche, anche volumetriche, dell'opera.

6. Sui monumenti e lapidi è fatto obbligo di iscrivere il cognome ed il nome del defunto (o dei defunti), nonché l'indicazione dell'anno di morte; non sono ammesse scritte o targhe pubblicitarie di qualsiasi tipo o natura e fotografie ed epigrafi a ricordo di cadaveri, resti, ceneri non ivi sepolti.

7. Il concessionario ha l'obbligo della manutenzione ordinaria e straordinaria delle opere realizzate. In caso di inottemperanza i lavori potranno essere effettuati dall'Amministrazione comunale con addebito delle spese sostenute.

ARTICOLO 51

Cappelle di famiglia

1. Il comune può concedere per 99 anni, salvo rinnovo, a privati o ad enti, residenti in Signa, l'uso di aree cimiteriali per la costruzione di sepolture a tumulazione. Vengono altresì posti in concessione, con pari modalità., manufatti già realizzati per la tumulazione dei cadaveri.

2. Per concessione di sepoltura è da intendersi non solo la mera occupazione di area cimiteriale, ma anche l'indicazione della capienza del sepolcro che va determinata in sede di stipulazione dell'atto.

3. Le concessioni, da formalizzarsi mediante stipulazione di atto a spese del concessionario, sono subordinate al pagamento di un canone ed al versamento di un deposito cauzionale, a garanzia dei successivi e connessi adempimenti, la consistenza dei quali viene determinata con propri atti dall'Amministrazione.

4. Il Piano di Settore Cimiteriale, o altro atto equipollente, individua i settori nei quali la concessione di aree, per esigenze connesse al patrimonio storico-artistico esistente, è subordinata all'impegno di costruzioni di manufatti di particolare contenuto artistico e di stile omogeneo alle strutture circostanti.

5. Le domande per la costruzione di cappelle di famiglia devono essere firmate dal concessionario, corredate dalle relative tavole progettuali (in triplice copia) contenenti una dettagliata descrizione dell'opera progettata soprattutto in riferimento alla qualità dei materiali da impiegare, al loro spessore, ai loro collegamenti. I disegni delle edicole saranno delineati in pianta, sezione ed elevazione per tutte indistintamente le facciate, il tutto in scala non inferiore a 1: 50. Nelle cappelle di famiglia è consentita la costruzione di ossari, cinerari e loculi.

6. Ai tipi di assieme si uniranno i dettagli dei principali particolari costruttivi di natura decorativa, in scala non inferiore a 1: 20, a richiesta, dovrà essere presentato per maggiore evidenza, oltre al progetto, un bozzetto o modello tale da offrire un'idea chiara e fedele del monumento nel suo complesso. E' prescritta la presentazione dei tipi dettagliati dei cancelli, inferiate, vetrate, e di ogni decorazione.

Tutti i disegni devono recare la firma del progettista, del direttore dei lavori, nonché dell'esecutore, la cui firma dovrà essere depositata in Comune prima dell'inizio dei lavori. Dovrà pure indicarsi il nome dell'artista che si assumerà l'esecuzione delle opere di scultura, pittura, di mosaico o comunque di rilevante importanza decorativa. Dovranno, infine essere presentate fotografie del bozzetto o disegni formato 18x24 (a colori quando riguardino opere di pittura o mosaici) in un monumento sufficiente alla valutazione tecnico-artistica del bozzetto o modello al fine della preventiva approvazione della Commissione Edilizia.

7. I progetti per la costruzione di cappelle di famiglia dovranno essere presentati per l'approvazione entro sei mesi dalla data di concessione dell'area, mentre la costruzione dell'opera, che avrà necessariamente inizio entro i termini di validità del titolo abilitativo comunale quanto previsto dalla vigente legge urbanistica e dal Regolamento Edilizio Comunale, dovrà essere portata a termine entro e non oltre un anno dalla data di inizio dei lavori.

Nessuna modifica può effettuarsi, rispetto al progetto originale autorizzato dal Comune, né durante il corso dei lavori, né ad opera ultimata, senza averne previamente chiesta ed ottenuta l'autorizzazione con le modalità di cui ai precedenti articoli.

Se l'approvazione del progetto non viene ottenuta o se l'interessato non dà inizio alla costruzione dell'opera entro il termine fissato dal presente articolo, la concessione dell'area si intende decaduta ed il Comune, a titolo di indennizzo per il subito vincolo e di penale per la mancata attuazione dell'opera, incamererà il deposito fatto a garanzia dell'esecuzione dei lavori, restituendo invece l'intero importo versato per la concessione dell'area.

8. Qualora un concessionario, iniziati i lavori di costruzione di una cappella di famiglia, non li porti ad ultimazione entro il termine previsto, perde il diritto d'uso e l'area concessa rientra nella disponibilità del Comune, il quale rimborserà la metà del corrispettivo versato per la concessione dell'area stessa, incamerando invece il deposito cauzionale. Il concessionario dovrà inoltre, a propria cura e spese, rimuovere le opere costruite e ripristinare il terreno entro due mesi dalla scadenza del termine anzidetto, in mancanza di che perderà il diritto al rimborso dell'altra metà del valore dell'area.

9. Il Comune potrà autorizzare la cessione di dette opere incomplete ad altro concessionario, che a sua volta ottenga dal Comune la concessione dell'area relativa e si impegni ad ultimare la costruzione entro il termine che verrà stabilito dai competenti uffici comunali.

10. Il deposito cauzionale a titolo di garanzia di cui al presente articolo viene rimborsato dopo il collaudo effettuato dal Comune (con l'accertamento che le opere costruite sono in tutto conformi a quelle indicate nel progetto presentato ed approvato) e dopo la consegna al responsabile del servizio di custodia della chiave della cappella, unitamente ad un prospetto indicante il numero e l'ubicazione dei loculi.

11. Qualora l'opera eseguita non corrisponda ai requisiti ed alle caratteristiche indicate nel progetto, il deposito di cui sopra viene incamerato dal Comune, salva ogni altra sanzione consentita dalle vigenti norme di legge e regolamentari.

12. Le aree per la realizzazione di Cappelle mortuarie private, sono concesse di volta in volta dall'Amministrazione Comunale una volta approvato dal Consiglio Comunale il Piano di Settore Cimiteriale, su domanda degli interessati e su presentazione dei bozzetti relativi. Esse sono di tre tipi:

Tipo A- superficie m. 5,40x3,20

Tipo B- superficie m. 3,90x3,20.

Tipo C- superficie m. 3,20x3,20

I relativi prezzi sono stabiliti dall'Amministrazione comunale. Nella relativa costruzione, il concessionario non potrà in nessun caso occupare una superficie maggiore di quella assegnatagli né fare opere di qualsiasi natura ad una profondità maggiore di metri 3,70 sotto il piano del terreno circostante.

13. Il concessionario è tenuto a provvedere alla manutenzione ordinaria e straordinaria della sepoltura.

ARTICOLO 52

Prescrizioni particolari da osservare nel corso dei lavori

1. Nell'interno dei cimiteri è vietata la lavorazione dei materiali; questi devono esservi introdotti soltanto a lavorazione ultimata. Si fa eccezione per i tagli, per la connessione delle pietre, per le iscrizioni su lapidi e monumenti già in opera e per quant'altro il personale tecnico comunale riconosca indispensabile eseguirsi in luogo.

2. Durante l'esecuzione dei lavori, è fatto preciso obbligo di usare ogni cautela per evitare che vengano imbrattati o guastati i muri, gli zoccoli, le piantagioni, i viali, i monumenti, ecc. nonché di provvedere - ad opera ultimata - ai necessari lavori di ripulitura e ripristino della circostante proprietà comunale o privata.

3. Il concessionario e l'esecutore dei lavori saranno ritenuti responsabili in solido di tutti i danni che venissero arrecati, in corso d'opera e in diretta conseguenza dei lavori medesimi, alla proprietà comunale o ai manufatti dei privati.

La terra ed i rottami di rifiuto provenienti dalla costruzione di cappelle, edicole o monumenti dovranno essere sollecitamente asportati dai Cimiteri a cura e spesa dell'esecutore dei lavori, od ammassati nei luoghi e nei modi che verranno indicati dal responsabile del servizio di custodia.

4. E' vietata l'esecuzione di qualsiasi opera nei giorni festivi e nel periodo che va dal 21 Ottobre al 7 Novembre. E' altresì vietata nel periodo in oggetto l'introduzione dell'interno del Comune stesso di materiali anche per tombe individuali.

5. Nella posa dei monumenti non è consentito invadere gli spazi di interesse comune circostante, in particolare è vietata la formazione di pavimentazioni in genere debordanti i monumenti stessi. Il Comune si riserva di far rimuovere o rinnovare a spese dei concessionari o loro eredi, quando essi non vi provvedano direttamente, i monumenti e accessori indecorosi, non regolamentari (e tali saranno considerati quelli realizzati in difformità alle misure prescritte ed ai progetti autorizzati) ed ogni qualsiasi opera realizzata in contrasto col presente Regolamento. Il Comune adotterà comunque tutti i provvedimenti che si rendessero necessari al fine di evitare danni alle sepolture circostanti o pregiudicare la sicurezza delle persone ed il decoro del cimitero.

6. Le imprese incaricate della esecuzione dei lavori hanno l'obbligo di preavvertire, anche telefonicamente, il responsabile del servizio di custodia circa il giorno e l'orario di introduzione nei cimiteri dei materiali da impiegare nella costruzione, al fine di consentire l'opportuno controllo dei materiali stessi.

ARTICOLO 53

Epigrafi

1. Sulle sepolture il concessionario è tenuto a inscrivere il nome, in cognome e la data di morte della persona a cui il cadavere, i resti o le ceneri si riferiscono. Non sono ammesse le abbreviazioni dei nomi che dovranno essere indicati nella forma risultante dagli atti di stato civile. I nomignoli, i diminutivi, i vezzeggiativi, i nomi d'arte sono consentiti solamente in seconda linea, e sempre che il carattere dei medesimi non contrasti con l'austerità del luogo.

2. L'iscrizione è consentita soltanto a seguito dell'occupazione della sepoltura.

3. Sono ammessi solo emblemi, simboli o epigrafi che si addicano al culto dei morti o alla sacralità del luogo.

4. Nei luoghi destinati all'esclusiva conservazione delle ceneri non possono essere collocati contenitori per fiori o foto dei defunti di tipologia diversa da quella consentita dall'Amministrazione Comunale. Il Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria disporrà la rimozione di quegli ornamenti che non rispondano alle prescrizioni previste.

ARTICOLO 54

Tariffe per le tumulazioni

Le tariffe per le tumulazioni sono stabilite dalla Giunta Comunale.

CAPO III

ESUMAZIONI ED ESTUMULAZIONI

ARTICOLO 55

Esumazioni ordinarie

(Artt. 82 e 85 D.P.R. n. 285/1990; circolare Min. Sanità n. 10/1998; D.P.R. n. 254/2003)

1. Nei cimiteri il turno ordinario di inumazione è pari a 10 anni. Sono parificate alle inumazioni ordinarie quelle dovute a successiva sepoltura dopo il primo decennio, per il periodo fissato in base alle condizioni locali con provvedimento del Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria.

2. Le esumazioni ordinarie possono essere svolte in qualunque periodo dell'anno, esclusi i mesi da maggio a settembre.

3. E' compito del Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria stabilire se un cadavere è o meno mineralizzato al momento della esumazione.

ARTICOLO 56

Avvisi di scadenza per esumazioni ordinarie

1. Nel mese di novembre di ogni anno viene redatto a cura del Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria il piano di esumazioni ordinarie per l'anno successivo, distinto per cimitero, con l'indicazione delle salme per le quali è attivabile l'esumazione ordinaria.

2. L'Amministrazione dà singolo avviso mediante lettera della data di esumazione ordinaria. La comunicazione avverrà al recapito fornito dalla famiglia al momento della sepoltura o a quello successivamente comunicato in variazione.
3. Almeno 30 giorni prima viene dato ulteriore avviso dell'esumazione ordinaria mediante affissione nel cimitero dell'elenco dei nominativi delle esumazioni in programma.
4. Nel suddetto avviso possono essere fornite eventuali indicazioni riguardanti l'esumazione.
5. Nel caso il cadavere esumato non sia in condizioni di completa mineralizzazione, sarà lasciato nella fossa di originaria inumazione oppure verrà traslato in altro quadro con il consenso ed a spese dei familiari, o cremato con le modalità di cui al successivo art. 58, comma 6, lettera b).
6. Nel caso in cui, invece, il cadavere sia mineralizzato, le ossa rinvenute in occasione dell'esumazione vengono raccolte nell'ossario comune, a meno che i familiari facciano domanda di raccoglierte per deporle in cellette ossario o in altri loculi già in concessione.

ARTICOLO 57

Esumazioni straordinarie

(Artt. 83-84 D.P.R. n. 285/1990)

1. L'esumazione straordinaria delle salme inumate può essere eseguita prima del termine ordinario di scadenza, per provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria o, a richiesta dei familiari e dietro l'autorizzazione del Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria, per trasferimento ad altra sepoltura dello stesso o in altro cimitero o per cremazione. Nel secondo caso esse sono soggette al pagamento dell'apposita tariffa.
2. Le esumazioni straordinarie si possono effettuare solo nei periodi stabiliti dall'art. 84 del D.P.R. n. 285/1990.
3. Prima di procedere ad operazioni cimiteriali di esumazione straordinaria occorre verificare se la malattia causa di morte è compresa nell'elenco delle malattie infettive o diffuse pubblicato dal Ministero della Sanità.
4. Quando è accertato che si tratta di salma di persona morta di malattia infettiva-diffusa, l'esumazione straordinaria è consentita a condizione che siano trascorsi almeno due anni dalla morte e che la competente Azienda A.S.L. dichiari che non sussista alcun pregiudizio per la pubblica salute.
5. Le esumazioni straordinarie per ordine dell'Autorità Giudiziaria sono eseguite alla presenza dell'incaricato della competente Azienda A.S.L.

ARTICOLO 58

Estumulazioni ordinarie e straordinarie

(Artt. 82 e 85 D.P.R. n. 285/1990; circolare Min. Sanità n. 10/1998; D.P.R. n. 254/2003)

1. Sono estumulazioni ordinarie quelle eseguite allo scadere della concessione a tempo determinato e comunque dopo una permanenza nel tumulo non inferiore a venti anni.
2. Nel mese di novembre di ogni anno viene redatto il piano di estumulazioni ordinarie sulla base delle concessioni scadute nell'anno in corso non soggette a proroga.
3. L'estumulazione avviene in base alla programmazione operativa concordata con l'eventuale gestore dei servizi cimiteriali ed è preceduta da avviso inviato a mezzo lettera al recapito dell'intestatario del loculo risultante in atto di concessione od a quello diverso comunicato dalla parte alla direzione dei servizi cimiteriali. L'estumulazione è altresì preceduta almeno 30 gg. prima da affissione sui loculi interessati di avviso recante la data dell'esecuzione e gli estremi del provvedimento comunale che l'autorizza. Almeno 30 giorni prima viene, infine, dato ulteriore avviso dell'esumazione ordinaria mediante affissione nel cimitero dell'elenco dei nominativi delle esumazioni in programma.

4. I resti ossei sono raccogliibili in cassette di zinco da destinare a cellette ossario, loculi o tombe in concessione, previa domanda degli aventi diritto e corresponsione della tariffa. Se allo scadere di concessioni a tempo determinato non sussiste domanda di collocazione di resti ossei o non è stato provveduto al versamento della tariffa, questi ultimi saranno collocati in ossario comune.

5. Se il cadavere estumulato non è in condizioni di completa mineralizzazione e salvo che diversamente non disponga la domanda di estumulazione, esso è avviato per l'inumazione in campo comune previa apertura della cassa di zinco. Il periodo di inumazione è fissato con provvedimento del Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria.

6. A richiesta degli interessati, all'atto della domanda di estumulazione, il Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria può autorizzare:

- a) la successiva tumulazione del feretro, previa idonea sistemazione del cofano in legno e rifasciatura con apposito cassone di avvolgimento in zinco, a spese dei richiedenti. In tal caso non si potrà procedere a nuova richiesta di estumulazione se non siano decorsi almeno 5 anni dalla precedente;
- b) la cremazione della salma, previa idonea sistemazione in cassa di legno, a spese dei richiedenti, fatta salva la facoltà per il Comune, da esercitare con deliberazione della Giunta comunale, di partecipare alla spesa qualora detto sistema sia da incentivare in carenza di soluzioni alternative;

7. L'Ufficio di Stato Civile può autorizzare, dopo qualsiasi periodo di tempo ed in qualsiasi mese dell'anno, l'estumulazione di feretri destinati ad essere trasportati in altra sede a condizione che, aperto il tumulo, il responsabile della competente Azienda A.S.L. verifichi la perfetta tenuta del feretro e dichiari che il suo trasferimento in altra sede può farsi senza alcun pregiudizio per la salute pubblica.

8. Le estumulazioni straordinarie sono di due tipi:

- a) a richiesta dei familiari interessati, laddove la permanenza del feretro nel tumulo sia inferiore ai 20 venti anni. Essa è generalmente finalizzata a consentire l'avvicinamento in unico cimitero di coniugi, genitori, figli ed avviene dietro pagamento della apposita tariffa;
- b) su ordine dell'Autorità giudiziaria.

9. Le esumazioni e le estumulazioni, siano esse ordinarie o straordinarie, sono eseguite dal personale cimiteriale incaricato dal Responsabile del Servizio cimiteriale comunale. Le estumulazioni straordinarie debbono essere eseguite alla presenza del personale Sanitario della competente Azienda A.S.L.

10. Alle estumulazioni sono applicate le procedure indicate nel D.P.R. 15.7.2003, n. 254.

ARTICOLO 59

Tariffe per le esumazioni e le estumulazioni

- 1.** Le esumazioni ordinarie sono soggette al pagamento dell'apposita tariffa.
- 2.** Qualora venga richiesta dai familiari la conservazione dei resti in ossario o in tomba privata, sia la relativa raccolta che la traslazione è subordinata al pagamento dell'apposita tariffa.
- 3.** Le estumulazioni ordinarie sono sottoposte al pagamento dell'apposita tariffa.
- 4.** Nel caso di salma per la quale vi sia disinteresse da parte dei familiari e ove ciò non sia in contrasto con la volontà del defunto, il Comune ha la facoltà di disporre la cremazione con oneri a proprio carico.

ARTICOLO 60

Oggetti da recuperare e disponibilità dei materiali

- 1.** Durante le operazioni di esumazione ed estumulazione nessuno può prelevare parte della salma, di indumenti o di oggetti rinvenuti, ad eccezione dell'Autorità Giudiziaria.
- 2.** Qualora gli aventi diritto presumano possano rinvenirsi oggetti preziosi o ricordi ed intendano venirne in possesso, essi devono darne avviso al momento della richiesta delle operazioni oppure

almeno 1 giorno prima dell'effettuazione delle stesse, alle quali devono presenziare personalmente o tramite un delegato.

3. Degli oggetti richiesti e rinvenuti verrà quindi redatto un verbale di consegna in duplice copia: una verrà consegnata al reclamante insieme agli oggetti; l'altra verrà depositata agli atti.

4. Gli oggetti preziosi e i ricordi personali rinvenuti durante le operazioni sopraddette devono, indipendentemente dalla richiesta degli aventi diritto, consegnarsi al Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria che provvederà a tenerli a disposizione degli aventi diritto per 12 mesi. Decorso tale termine, in mancanza di reclami, potranno essere alienati.

5. Tutti i materiali e le opere installate sulle sepolture passano in proprietà del Comune se entro la data di scadenza della concessione/assegnazione o dell'esumazione non sia pervenuta richiesta di riconsegna da parte degli aventi diritto.

6. Le opere di riconosciuto valore artistico o storico ove non ne sia stata richiesta la restituzione dai legittimi proprietari nei sopra indicati termini, sono acquisite al patrimonio del Comune e verranno conservate all'interno del cimitero o in luoghi idonei.

7. Le croci, le lapidi ed i copritomba, che rimangono a disposizione del Comune in seguito all'esumazione ordinaria dei campi comuni, possono essere assegnate gratuitamente per sepolture di parenti di persone bisognose che a tal fine ne facciano richiesta.

TITOLO V

CREMAZIONE

(Artt. 78-81 D.P.R. n. 285/1990; circolare Min. Interno n. 37/2004; DD.MM. 01.07.2002 e 16.05.2006;
L. n. 130/2001; L.R.T. n. 29/2004)

ARTICOLO 61

Cremazione

(DD.MM. 01.07.2002 e 16.05.2006)

- 1.** Il Comune, per procedere alla cremazione, si avvale dell'impianto funzionante più vicino o di quello eventualmente convenzionato.
- 2.** La cremazione è da considerarsi, ai sensi di legge, servizio pubblico oneroso.
- 3.** Le tariffe sono fissate dal comune sede dell'impianto, entro i limiti stabiliti dalle disposizioni nazionali vigenti.

ARTICOLO 62

Autorizzazione alla cremazione di cadaveri

(Art. 79 D.P.R. n. 285/1990)

- 1.** L'autorizzazione alla cremazione è rilasciata dall'Ufficiale di stato civile del Comune in cui è avvenuto il decesso nel rispetto della volontà espressa dal defunto o dei suoi familiari attraverso una delle seguenti modalità:
 - a)* disposizione testamentaria, tranne nei casi in cui i familiari presentino una dichiarazione autografa del defunto contraria alla cremazione fatta in data successiva a quella della disposizione testamentaria stessa;
 - b)* iscrizione, certificata dal presidente, ad associazione riconosciuta che abbia tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, tranne nei casi in cui i familiari presentino una dichiarazione autografa del defunto contraria alla cremazione, fatta in data successiva a quella dell'iscrizione all'associazione. L'iscrizione alla associazione di cui alla presente lettera vale anche contro il parere dei familiari per procedere alla cremazione del defunto;
 - c)* in mancanza di disposizione testamentaria, la volontà di cremare il defunto deve essere manifestata dal coniuge o, in difetto, dal parente più prossimo individuato ai sensi degli artt. 74, 75, 76 e 77 del codice civile o, nel caso di concorso di più parenti nello stesso grado, dalla maggioranza assoluta di questi. Nel caso in cui la volontà sia stata manifestata all'ufficiale di stato civile del comune ove è avvenuto il decesso, il relativo processo verbale è inoltrato immediatamente all'ufficiale di stato civile del comune di residenza del defunto;
 - d)* per i minori e le persone interdette la volontà è manifestata dai legali rappresentanti.
- 2.** Per coloro i quali al momento della morte risultino iscritti ad associazione riconosciuta che abbia tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, è sufficiente la presentazione di una dichiarazione in carta libera scritta e datata, sottoscritta dall'associato di proprio pugno o, se questi non sia in grado di scrivere, confermata da due testimoni, dalla quale chiaramente risulti, la volontà di essere cremato. La dichiarazione deve essere convalidata dal Presidente dell'associazione, così come la certificazione della regolarità dell'iscrizione, fino al momento del decesso.
- 3.** Dovrà essere resa dichiarazione che il defunto non era portatore di protesi elettro alimentate o che le stesse sono state rimosse a cura e spese dei familiari.

4. Gli aventi titolo hanno facoltà di dichiarare la volontà di procedere alla cremazione all'ufficiale di stato civile del Comune di decesso o di residenza del defunto. In quest'ultimo caso l'ufficiale di stato civile del Comune di residenza del defunto informa tempestivamente l'ufficiale di stato civile del Comune di decesso della dichiarazione degli aventi titolo, ai fini del rilascio dell'autorizzazione alla cremazione. La dichiarazione resa, su carta libera, è consegnata all'ufficiale di stato civile che si accerta della identità dei dichiaranti nei modi di legge o fatta pervenire allo stesso per via postale, telefax o per via telematica nelle forme consentite dalla legge.
5. L'autorizzazione alla cremazione di un cadavere non può essere concessa se la richiesta non sia corredata dal certificato di necropsia, dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato, ai sensi della L.130/01 Art.3 c.1. lett. a). In caso di morte sospetta, segnalata all'Autorità Giudiziaria, il certificato di necropsia è integralmente sostituito dal nulla osta dell'Autorità Giudiziaria, con la specifica indicazione che il cadavere può essere cremato.
6. In presenza di volontà testamentaria di essere cremato, l'esecutore testamentario è tenuto, anche contro il volere dei familiari, a dar seguito alle disposizioni del defunto.
7. L'autorizzazione alla cremazione può essere accompagnata dall'autorizzazione all'affidamento delle ceneri e consegna dell'urna cineraria e dall'autorizzazione alla dispersione delle ceneri, rilasciate secondo le procedure indicate dal presente regolamento.
8. In caso di morte improvvisa o sospetta occorre la presentazione del nulla osta dell'Autorità giudiziaria.

ARTICOLO 63

Autorizzazione alla cremazione di resti mortali e di ossa

(D.P.R. n. 254/2003; Circ. Min. Sanità 31.7.1998)

1. Le ossa ed i resti mortali inconsunti rinvenuti in occasione di esumazioni ordinarie dopo un periodo di 10 anni od estumulazioni dopo un periodo di 20 anni, possono essere cremati a richiesta degli aventi titolo, previa autorizzazione dell'Ufficiale di stato civile.
2. Gli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi derivanti da esumazione ordinaria possono:
 - a) essere trasferiti in fossa di apposito campo di inumazione;
 - b) essere avviati a cremazione.
3. Gli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi derivanti da estumulazione ordinaria possono:
 - a) permanere nello stesso tumulo;
 - b) essere avviati a cremazione;
 - c) essere inumati in quadrati appositi.
4. Sull'esterno del contenitore degli esiti di fenomeni cadaverici trasformativi conservativi dovrà essere riportato nome, cognome, data di morte del defunto.
5. È consentito aggiungere direttamente sugli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi, nonché nell'immediato intorno del contenitore o del cofano, particolari sostanze biodegradanti capaci di favorire i processi di scheletrizzazione interrotti o fortemente rallentati da mummificazione, saponificazione, o corificazione, purché tali sostanze non siano tossiche o nocive, né inquinanti il suolo o la falda idrica. Il tempo di inumazione degli esiti di fenomeni cadaverici trasformativi conservativi è stabilito ordinariamente in:
 - a) 5 anni, nel caso non si ricorra a sostanze biodegradanti;
 - b) 2 anni, nel caso si presenti ricorso all'impiego di dette sostanze biodegradanti.
6. La cremazione degli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi e la destinazione delle relative ceneri è ammessa previa acquisizione dell'assenso del coniuge o, in difetto, dal parente più prossimo, individuato secondo gli artt.74, 75, 76 e 77 del codice civile o, nel caso di concorso di più parenti nello stesso grado, dalla maggioranza assoluta di questi. In caso di loro

irreperibilità dopo trenta giorni dalla pubblicazione nell'albo pretorio del comune di uno specifico avviso, il Sindaco autorizza la cremazione dei cadaveri inumati da almeno 10 anni e dei cadaveri tumulati da almeno 20 anni.

7. Delle operazioni di esumazione ordinaria o estumulazione ordinaria allo scadere del diritto d'uso della sepoltura, viene data pubblicità con pubbliche affissioni presso i campi comuni in esumazione e per le altre sepolture in scadenza presso il Servizio di Polizia Mortuaria.

8. Con tali pubbliche affissioni viene informata preventivamente la cittadinanza del periodo di effettuazione delle operazioni cimiteriali nonché del trattamento prestabilito per gli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi: inumazione, tumulazione o avvio a cremazione. Il mancato interesse dei familiari circa la destinazione di ossa o esiti di fenomeni cadaverici trasformativi, si intende come assenso al trattamento previsto in via generale dal Comune.

9. Per le ossa contenute in ossario comune è il Sindaco a disporre per la cremazione.

10. In caso di comprovata insufficienza di sepolture nel cimitero, il sindaco, sentita l'Azienda A.S.L. territorialmente competente, dispone la cremazione a spese e cura del Comune degli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi, dopo aver preventivamente informato la cittadinanza con pubbliche affissioni:

- a) delle circostanze rilevate;
- b) del periodo di effettuazione della cremazione;
- c) del luogo di deposito temporaneo delle ceneri, anche ai fini della loro destinazione finale, a richiesta degli aventi titolo. Decorsi dodici mesi di deposito temporaneo le ceneri vengono disperse nel cinerario comune.

ARTICOLO 64

Urne cinerarie

1. Le ceneri devono essere conservate in urne sigillate con l'identificazione dei dati anagrafici del defunto, previa autorizzazione, che sarà rilasciata dall'Ufficiale di Stato Civile nel rispetto della volontà espressa dal defunto stesso, o, in mancanza, dal coniuge o altro familiare avente diritto, il quale dovrà assumersi la responsabilità per la custodia delle ceneri, indicando altresì, l'indirizzo dell'abitazione presso la quale saranno conservate, consentendo l'accesso agli addetti al fine di consentire i relativi controlli con conseguente obbligo di comunicare tempestiva notizia all'Ufficio Stato Civile del Comune di Signa di eventuali variazioni dell'uno o dell'altro di tali elementi.

ARTICOLO 65

Conservazione delle urne cinerarie

(Art. 80 D.P.R. n. 285/1990)

1. Le ceneri conservate nell'urna, a richiesta degli interessati e nel rispetto delle volontà del defunto così come definite dalle norme vigenti, possono essere:

a) tumulate

La tumulazione è effettuata solo in area cimiteriale e può avvenire in celletta individuale o collettiva, in sepoltura di famiglia o loculo anche in presenza di un feretro. La durata della tumulazione è prevista in 30 anni o frazioni annuali fino alla concorrenza di tale periodo. La tumulazione in sepoltura di famiglia, loculi è per il periodo concessori o residuo.

b) inumate in area cimiteriale

L'inumazione è effettuata solo in area cimiteriale ed è destinata ad una lenta dispersione delle ceneri. La durata dell'inumazione è prevista in 5 anni. Al termine del quinquennio, nei sei mesi precedenti la scadenza, la stessa può essere rinnovata a richiesta degli aventi diritto alla tariffa vigente al momento per un ulteriore quinquennio. Le fosse per l'inumazione delle urne cinerarie devono avere dimensioni minime di m.0,30 sia di lunghezza sia di larghezza, fra loro separate da spazi di larghezza non inferiore a m. 0,25. E' d'obbligo uno strato minimo di terreno di m. 0,30 tra l'urna ed il piano di campagna del campo. Ogni fossa di inumazione di urne cinerarie deve essere contraddistinta da una targa in materiale lapideo con indicazione del nome, cognome,

della data di nascita e di morte del defunto, nonché un identificativo numerico progressivo di fila e fossa. L'urna cineraria destinata alla inumazione deve essere di materiale biodegradabile in modo da assicurare la dispersione delle ceneri entro il periodo di inumazione. Il servizio di inumazione delle ceneri, la fornitura del cippo comprensivo di targhetta è effettuato dal Comune, previo pagamento della relativa tariffa. Alla scadenza della concessione l'urna con le ceneri può essere trasferita in altra collocazione privata all'interno dei cimiteri o può essere richiesto l'affidamento della stessa. In mancanza di indicazioni da parte dei legittimati si procederà, decorso il periodo di deposito, alla dispersione in cinerario comune.

c) conservate all'interno del cimitero, nei luoghi di cui all'articolo 80, comma 3, del d.p.r. 285/1990;

d) consegnate al soggetto affidatario.

Qualora la famiglia non abbia provveduto ad alcuna delle destinazioni ammesse, le ceneri verranno destinate al cinerario comune.

ARTICOLO 66

Affidamento delle ceneri.

(L. n. 130/2001; L.R.T. n. 29/2004)

1. I familiari di persona defunta, avente subito processo di cremazione, possono ottenere l'affidamento delle ceneri del *de cuius*. Per l'affidamento dell'urna cineraria occorre la volontà espressa del defunto ai sensi dell'art. 3 comma 1 lett. b) nn. 1) e 2) della L. n. 130/01 o di chi può manifestarne la volontà ai sensi della medesima L. n. 130/01, art. 3 comma 1 lett. b), nn. 3) e 4).

2. Ai sensi dell'art. 2 comma 1 L.R.T. n. 29/04, con l'espressione di volontà all'affidamento dell'urna dovrà essere altresì individuato il soggetto affidatario, persona fisica, ente o associazione, liberamente scelto dal defunto o da chi può manifestarne la volontà ai sensi del medesimo art.3 comma 1 lett. b) L. n. 130/01.

3. Il Comune di Signa è competente al rilascio dell'autorizzazione in quanto luogo di conservazione delle ceneri. L'istruttoria dell'autorizzazione è a cura dell'ufficio comunale competente in materia di servizi demografici.

4. Il soggetto che richiede l'affidamento dell'urna cineraria deve presentare apposita istanza.

5. L'autorizzazione viene redatta in triplice copia, di cui una viene conservata presso l'impianto di cremazione, una presso il comune di decesso, una viene consegnata all'affidatario e costituisce unitamente al verbale di consegna documento per il trasporto delle ceneri.

6. Al momento della consegna dell'urna, viene compilato apposito verbale contenente le seguenti dichiarazioni dell'affidatario:

- a) luogo di destinazione finale dell'urna;
- b) la conoscenza delle norme penali che sanzionano la dispersione non autorizzata delle ceneri e delle garanzie da porre in essere per evitare la profanazione dell'urna;
- c) la conoscenza della facoltà di rinuncia all'affidamento con conseguente consegna dell'urna al complesso cimiteriale;
- d) la non sussistenza di impedimenti all'affidamento derivanti da vincoli determinati dall'Autorità Giudiziaria o di Pubblica Sicurezza.
- e) il diritto dell'Amministrazione Comunale di procedere, in qualsiasi momento, a controlli, anche periodici, sull'effettiva collocazione delle ceneri nel luogo indicato degli aventi titolo ;
- f) la conoscenza che per il rilascio dell'autorizzazione e la eventuale verifica di controllo sia prevista e corrisposta idonea tariffa;
- g) la coincidenza tra il luogo di abituale conservazione dell'urna e la residenza legale degli aventi titolo.

Il verbale deve essere sottoscritto dal soggetto affidatario o dalla persona cui è consentita la consegna dell'urna sigillata e dal personale addetto alla consegna. Il verbale di affidamento viene redatto in triplice copia, di cui una viene conservata presso l'impianto di cremazione, una presso il comune di decesso, una viene consegnata al soggetto affidatario o dalla persona cui è consentita

la consegna dell'urna sigillata e costituisce, unitamente all'autorizzazione all'affidamento, documento per il trasporto delle ceneri.

7. Il trasporto delle ceneri non è soggetto alle misure precauzionali igieniche previste per il trasporto dei cadaveri, salvo diversa indicazione dell'autorità sanitaria, ai sensi dell'art. 2 comma 3 della L.R.T. n. 29/2004.

8. Affinché non sia perduto il senso comunitario della morte, nel caso di consegna dell'urna cineraria al soggetto affidatario, e nel caso di dispersione delle ceneri, è realizzata nel cimitero di Signa apposita targa, individuale o collettiva, da aggiornare annualmente su segnalazione dell'Ufficio di Stato Civile che riporta i dati anagrafici del defunto, salva espressa volontà di non menzione. La targa sarà fornita dall'affidatario e/o dal richiedente la dispersione delle ceneri. La permanenza della targa è prevista in 5 anni, rinnovabili in frazioni annuali, fino ad un massimo di 10 anni. Sono consentite forme rituali di commemorazione anche al momento della dispersione delle ceneri

9. L'Ufficiale di stato civile iscrive nell'apposito registro "Affidamento e dispersione ceneri" i dati anagrafici del defunto e dell'affidatario ed il luogo di conservazione delle ceneri.

ARTICOLO 67

Rinuncia all'affidamento dell'urna

(L. n. 130/2001; L.R.T. n. 29/2004)

1. Il soggetto indicato dal defunto può rinunciare all'affidamento dell'urna; tale rinuncia deve risultare da dichiarazione resa all'ufficiale dello stato civile che ha autorizzato la cremazione. In caso di affidamento a più soggetti, la rinuncia di un soggetto non implica anche la rinuncia degli altri affidatari.

2. In caso di rinuncia all'affidamento e qualora non sia stata effettuata la dispersione, le ceneri sono conservate in appositi spazi cimiteriali di cui all'art. 80 c. 6 D.P.R. 10.9.1990, n. 285.

3. Nei casi citati può essere disposta la tumulazione o l'inumazione dell'urna negli appositi spazi e manufatti posti all'interno del cimitero a spese dell'interessato.

4. L'ufficiale di stato civile annota nell'apposito registro "affidamento e dispersione ceneri" la rinuncia all'affidamento.

ARTICOLO 68

Dispersione delle ceneri. Manifestazione della volontà alla dispersione

1. La dispersione è ammessa nel rispetto della volontà del defunto e soltanto se tale volontà trova espressione in:

- a) disposizione testamentaria del defunto, tranne i casi in cui gli aventi titolo presentino una dichiarazione autografa del defunto contraria alla cremazione con data successiva a quella della disposizione testamentaria stessa;
- b) dichiarazione resa e sottoscritta nell'ambito dell'iscrizione ad associazione riconosciuta che abbia tra i propri fini statutari quello della cremazione dei cadaveri dei propri associati, accompagnata dalla dichiarazione del presidente dell'associazione stessa e salvo il caso in cui vi sia contraria dichiarazione autografa del defunto successiva all'iscrizione all'associazione ed alla dichiarazione di cui sopra;
- c) dichiarazione autografa, da pubblicarsi come testamento olografo ai sensi dell'art. 620 del cod. civ.

ARTICOLO 69

Richiesta di dispersione delle ceneri

1. Nel rispetto della volontà del defunto la richiesta di autorizzazione, rivolta alla dispersione, deve contenere l'indicazione:

- a) del soggetto richiedente, legittimato secondo la legge, con i suoi dati anagrafici e di residenza;

- b) del soggetto, legittimato, che provvede alla dispersione delle ceneri, con i suoi dati anagrafici e di residenza;
- c) del luogo, tra quelli consentiti, ove le ceneri saranno disperse;
- d) l'eventuale permesso scritto del proprietario dell'area se le ceneri verranno disperse in area privata.

ARTICOLO 70

Soggetti legittimati

1. Presenta richiesta di autorizzazione alla dispersione il soggetto indicato dal defunto per la dispersione.
2. La dispersione delle ceneri è eseguita dalla persona indicata dal defunto.
3. Se il soggetto indicato dal defunto non provvede a dare esecuzione alla volontà di questi provvede uno di quelli indicati all'art. 3 lett. d) L. n. 130/2001.
4. Se il defunto non ha lasciato indicazioni sulla persona, provvede il coniuge.
5. In mancanza del coniuge od in caso di rifiuto di questi provvede altro parente prossimo secondo gli artt. 74-75-76-77 Codice Civile.
6. In assenza o nell'impossibilità dei soggetti di cui sopra provvede l'esecutore testamentario
7. In subordine il legale rappresentante di associazione per la cremazione cui il defunto era iscritto
8. In subordine il personale dei servizi cimiteriali del comune solo per dispersione delle ceneri nei cimiteri comunali..
9. Nella determinazione del luogo di dispersione delle ceneri è osservata la volontà del defunto, se il defunto non ha lasciato indicazioni sceglie, tra i luoghi consentiti, il soggetto legittimato ad eseguire la dispersione.

ARTICOLO 71

Modalità e luoghi di dispersione delle ceneri

1. Il Comune, tramite l'Ufficio di Stato Civile autorizza la dispersione delle ceneri di defunti che
 - a) sono decedute nel territorio del Comune di Signa;
 - b) sono ovunque decedute, ma aventi nel Comune stesso, al momento della morte, la residenza;
 - c) sono nati morti ed i prodotti del concepimento di cui all'art. 7 del D.P.R. 285 del 10.9.1990;
 - d) aventi il coniuge o i parenti fino al 2° grado residenti nel Comune.
2. Il Comune autorizza la dispersione, oltre che nei cimiteri, nei seguenti luoghi:
 - a) in aree a ciò destinate all'interno del cimitero di cui alla vigente normativa;
 - b) in montagna, a distanza di oltre 200 mt. da centri ed insediamenti abitativi;
 - c) nei corsi d'acqua e nei fiumi;
 - d) in aree naturali appositamente individuate nell'ambito delle aree di propria pertinenza dai comuni, dalle province e dalla regione;
 - e) fuori dei centri abitati, in aree private con il consenso del proprietario e senza che siano perseguite finalità di lucro.
3. La dispersione è vietata nei centri abitati come definiti dal Codice della Strada.
4. La dispersione nei fiumi e corsi d'acqua è consentita nei tratti liberi da natanti e manufatti.
5. Ove manchi indicazione del defunto ed i familiari non abbiano provveduto ad altra destinazione per la conservazione delle ceneri, si provvede alla dispersione delle stesse in cinerario comune.

ARTICOLO 72

Deposito provvisorio delle urne cinerarie

1. Le urne contenenti le ceneri destinate alla dispersione vengono depositate presso il cimitero di S. Miniato in attesa del rilascio dell'autorizzazione alla dispersione o comunque prima che si dia esecuzione alla dispersione autorizzata.
2. Presso il cimitero di S. Miniato possono essere lasciate in deposito le urne contenenti ceneri in attesa di dispersione o di destinazione definitiva per un tempo massimo di mesi 6. Decorso tale termine senza che sia stata data una destinazione alle stesse si procede alla loro dispersione in cinerario comune indipendentemente dalla indicazione di un luogo per la dispersione da parte del defunto.

ARTICOLO 73

Autorizzazione alla dispersione

1. L'autorizzazione alla dispersione delle ceneri compete all'Ufficiale di Stato civile nel territorio comunale, anche per le ceneri appartenenti a persone defunte fuori dal Comune di Signa, previa la verifica della sussistenza delle condizioni richieste dalla legge e dal presente regolamento, anche per le ceneri
2. L'autorizzazione alla dispersione reca indicazione della data e del luogo in cui la stessa deve avvenire.
3. L'autorizzazione alla dispersione sia stata rilasciata da altro comune deve esserne data comunicazione all'Ufficiale di Stato civile del Comune di Signa che verifica l'inesistenza di impedimenti secondo il presente regolamento e verifica il rispetto delle norme di legge e del presente regolamento nelle operazioni di dispersione da parte di coloro che sono stati autorizzati.
4. L'Ufficio di Stato Civile comunica al Servizio di Polizia Mortuaria del Comune le dispersioni autorizzate nel territorio comunale.
5. Se la dispersione è richiesta per luogo fuori comune essa deve essere autorizzata dal Comune di destinazione delle ceneri.

ARTICOLO 74

Operazioni di dispersione

1. La persona che esegue la dispersione in luogo diverso dal cinerario comune deve attestare sotto la propria responsabilità con dichiarazione datata e sottoscritta che la dispersione è avvenuta nel luogo e nel giorno per cui è stata autorizzata.
2. La dichiarazione deve essere trasmessa in originale all'ufficio di stato civile del Comune.
3. Il soggetto che ha eseguito la dispersione deve consegnare entro 10 gg. l'urna al Servizio di Polizia Mortuaria.
4. La dispersione all'interno delle aree cimiteriali appositamente destinate viene eseguita previa comunicazione ai servizi cimiteriali comunali che regolano l'utilizzo delle aree suddette e dietro pagamento della relativa tariffa.

ARTICOLO 75

Tariffe

1. È prevista una tariffa per le seguenti operazioni di dispersioni ceneri e/o consegna :
 - a) dispersioni all'interno dell'area cimiteriale,
 - b) dispersioni ceneri all'esterno delle aree cimiteriali ovvero in aree naturali appositamente individuate, con apposizione di targa commemorativa all'interno del cimitero
 - c) affidamento ceneri degli aventi titolo con apposizione di targa commemorativa all'interno del cimitero

ARTICOLO 76

Registri cimiteriali

1. Deve essere predisposto apposito registro “*Affidamento e dispersione ceneri*” nel quale l’ufficiale di stato civile annota:
 - a) i dati anagrafici del defunto cremato e dell’affidatario ed il luogo di conservazione dell’urna cineraria;
 - b) i dati anagrafici del defunto cremato e del richiedente la dispersione ed il luogo di dispersione delle ceneri;
 - c) la rinuncia all’affidamento;
 - d) i dati anagrafici del defunto cremato le cui ceneri siano in deposito provvisorio.

ARTICOLO 77

Informazione ai cittadini

1. Il Comune promuove e favorisce l’informazione ai cittadini residenti sulle diverse pratiche funerarie, anche nel riguardo degli aspetti economici, tramite gli organi di informazione e forme di pubblicità adeguate.

ARTICOLO 78

Sanzioni

1. Ai sensi dell’art. 5 L.R.T. n. 29/2004, le violazioni delle presenti disposizioni comportano l’applicazione delle sanzioni amministrative previste dall’art. 7-bis. D. Lgs. n. 267/2000, salvo non siano diversamente sanzionate.
2. Ai sensi dell’art. 2 della L. n. 130/2001: “*La dispersione delle ceneri non autorizzata dall’ufficiale di Stato civile o effettuata con modalità diverse rispetto a quanto indicato dal defunto è punita con la reclusione da due mesi ad un anno e con la multa da cinque milioni a venticinque milioni di lire*” (da € 2.582,28 ad € 12.911,42).

TITOLO VI

CONCESSIONI

ARTICOLO 79

Disposizioni generali

- 1.** Per le sepolture private è concesso, nei limiti previsti dal Piano di Settore Cimiteriale di cui all'art. 42, l'uso di aree e di manufatti costruiti dal Comune.
- 2.** Le aree possono essere concesse in uso per la costruzione, a cura e spese di privati o enti, di sepolture a sistema di tumulazione individuale per famiglie e collettività.
- 3.** Le aree possono essere altresì concesse per impiantare, sempre a cura e spese di privati od enti, campi a sistema di inumazione per famiglie e collettività, purché tali campi siano dotati ciascuno di adeguato ossario.
- 4.** Le concessioni in uso dei manufatti costruiti dal Comune riguardano:
 - a) sepolture individuali (loculi, ossarini, nicchie per singole urne cinerarie);
 - b) sepolture per famiglie e collettività.
- 5.** Il rilascio della concessione è subordinato al pagamento della tariffa e, nel caso di concessione di area, all'ulteriore versamento di un deposito cauzionale a garanzia degli adempimenti consequenziali, i cui importi sono stabiliti dall'Amministrazione Comunale con proprio atto..
- 6.** Alle sepolture private, contemplate nel presente articolo, si applicano, a seconda che esse siano a sistema di tumulazione o a sistema di inumazione, le disposizioni generali stabilite dal D.P.R. n. 285/1990 rispettivamente per le tumulazioni ed estumulazioni e per le inumazioni ed esumazioni.
- 7.** La concessione, laddove sia regolata da schema di contratto-tipo approvato dalla Giunta Municipale, è stipulata previa assegnazione del manufatto da parte dell'ufficio cui è affidata l'istruttoria dell'atto.
- 8.** Il diritto d'uso di una sepoltura consiste in una concessione amministrativa, a tempo determinato e revocabile, su bene soggetto al regime dei beni demaniali e lascia integro il diritto alla nuda proprietà del Comune. I manufatti costruiti da privati su aree cimiteriali poste in concessione diventano, allo scadere della concessione, di proprietà del Comune ai sensi dell'art.953 del Codice Civile.
- 9.** Ogni concessione del diritto d'uso di aree o manufatti deve risultare da apposito atto contenente l'individuazione della concessione, le clausole e condizioni della medesima e le norme che regolano l'esercizio del diritto d'uso. In particolare, l'atto deve indicare:
 - a) la natura della concessione e la sua identificazione, l'indicazione del numero dei posti salma realizzati o realizzabili;
 - b) la durata e la decorrenza, che coincide con la data di stipulazione dell'atto di concessione;
 - c) la/le persona/e, o nel caso di enti o collettività il legale rappresentante pro-tempore della concessionaria/e;
 - d) le salme destinate ad esservi accolte o i criteri per la loro precisa individuazione;
 - e) l'eventuale restrizione od ampliamento del diritto d'uso in correlazione all'avvenuta corresponsione della tariffa prevista con atto dell'Amministrazione;
 - f) gli obblighi ed oneri cui è sottoposta la concessione, ivi comprese le condizioni di decadenza.
- 10.** La Giunta Comunale può assegnare a Enti, Comunità o Collettività aree per la realizzazione di sepolcri sulla base di convenzioni che prevedano a carico dei concessionari oneri di manutenzione e custodia particolari.

ARTICOLO 80

Durata delle concessioni

(Art. 92 D.P.R. n. 285/1990)

- 1.** Le concessioni di cui all'articolo precedente sono a tempo determinato ai sensi dell'art. 92 del D.P.R. 10/9/1990 n. 285.
- 2.** La durata è fissata:
 - a)* in 99 anni per i manufatti e le aree destinate alle sepolture per famiglie e collettività;
 - b)* in 30 anni per gli ossarini e le nicchie cinerarie individuali;
 - c)* in 30 anni per i loculi o comunque per le sepolture private individuali.
- 3.** Nell'ultimo anno della concessione e comunque prima del compimento del suo termine di scadenza, l'avente diritto può chiedere la proroga della stessa per un periodo pari a quello della durata originaria previo pagamento della tariffa vigente per quella tipologia al momento della richiesta di proroga. E' facoltà dell'Amministrazione concedere la proroga.
- 4.** Nell'atto di concessione verrà indicata la decorrenza della stessa, che coincide con la data della sottoscrizione.

ARTICOLO 81

Modalità di concessione

- 1.** La sepoltura privata può concedersi solo in presenza della salma per i loculi, dei resti o ceneri per gli ossarini, delle ceneri per le nicchie per urne, nei casi previsti dal precedente art. 36.
- 2.** La concessione può essere effettuata, in via eccezionale ed in deroga al primo comma, per loculi, ossarini e nicchie cinerarie, in favore di persone in vita, ovvero per accogliere i futuri resti ossei di persona già deceduta non ancora estumulati. Tale deroga si applica per il coniuge o convivente superstite, e per gli ascendenti e discendenti di primo grado in linea retta. In tali casi si dovrà corrispondere un aumento del prezzo della concessione, previsto in tariffa.
- 3.** La concessione di cui al precedente comma sarà accordabile purché si rispetti il limite del 30% dei loculi, ossarini, nicchie cinerarie, a seguito di nuova edificazione o di recupero causa scadenza delle concessioni, per assegnarli alle richieste avanzate in presenza di salme, resti mortali o ceneri.
- 4.** L'assegnazione di concessioni cimiteriali potrà essere effettuata secondo le disponibilità esistenti al momento della richiesta e secondo il seguente criterio ed ordine di priorità:
 - a)* ordine cronologico di presentazione della domanda al protocollo e relativa alla tumulazione di defunti la cui tumulazione è avvenuta in via provvisoria su manufatti comunali o di terzi a seguito di indisponibilità di manufatti o aree per le sepolture a suo tempo richieste;
 - b)* soddisfatte le richieste di cui al punto *a)* si procederà ad esitare le domande in ordine cronologico di presentazione al protocollo, alla individuazione della sepoltura ed alla conseguente tumulazione di defunti momentaneamente ospitati nella camera mortuaria;
 - c)* soddisfatte le richieste di cui al punto *a)* e *b)* si procederà in ordine cronologico di presentazione della domanda al protocollo a soddisfare tutte le altre istanze di concessione ammissibili anche a favore di persone in vita e maggiorenni (assegnazione di concessione *ante mortem*) compatibilmente alle disponibilità esistenti. Fatti salvi i casi di cui al precedente secondo comma, qualora la richiesta *ante mortem* sia relativa al rilascio di concessione di un loculo o di un cinerario, è necessario che il richiedente abbia oltre i settanta anni di età oppure che dimostri di non avere parenti oltre il secondo grado di parentela.
- 5.** Ad ogni persona non può essere assegnata più di una concessione di tomba o cappella di cui al precedente art. 79, comma 4, lettera b), mentre può essere titolare di più concessioni di loculi e/o loculi ossari. Il titolare di una concessione di cui al precedente art. 79, comma 4, lettera b), può richiedere un'altra concessione solo dopo aver dimostrato che la concessione, di cui è già titolare, è completamente utilizzata, cioè non esiste la disponibilità di posti per altra sepoltura, oppure che il richiedente dimostri che l'ulteriore concessione cimiteriale richiesta sia necessaria per la tumulazione di defunti appartenenti ad un unico ente o istituto.

6. La concessione in uso delle sepolture non può essere trasferita a terzi, ma solamente retrocessa al Comune secondo quanto previsto dal presente regolamento.
7. La concessione non può essere fatta a persona o ad enti che mirino a farne oggetto di lucro o di speculazione.
8. La titolarità del diritto d'uso spetta secondo la seguente disciplina:
- a) nei sepolcri gentilizi e/o familiari, ovvero nelle sepolture concesse prima del 10.02.1976, il diritto d'uso si trasmette, esaurita la linea familiare indicata nella concessione e sino ad estinzione della stessa, secondo le norme previste dal Codice Civile Libro Secondo - Titolo II e III e cioè agli eredi legittimi o testamentari del concessionario.
 - b) nei sepolcri ereditari, ovvero nelle sepolture concesse dopo il 10.02.1976, il diritto d'uso, alla morte del concessionario, si trasmette, in via residuale al coniuge, o in difetto, al parente più prossimo individuato secondo l'art.74 e seguenti del Codice Civile, e quindi, ove il concessionario non abbia disposto in via più restrittiva, al coniuge, agli ascendenti e discendenti in linea retta, ai collaterali e agli affini fino al 2° grado. Nel caso di concorrenza di più parenti nello stesso grado, il diritto d'uso si trasmette a tutti gli stessi solidalmente.
9. Nelle sepolture possono essere ammessi benemeriti di cui all'art. 93, comma 2 del D.P.R. n. 285/90 ed il diritto alla sepoltura è riconosciuto in virtù di apposita dichiarazione presentata in qualunque tempo dal concessionario o dagli aventi titolo (purché abbiano ottemperato agli obblighi relativi al subentro).

ARTICOLO 82

Assegnazione dei posti della concessione

1. Più concessionari possono richiedere al Comune la divisione dei posti o l'individuazione di separate quote della concessione stessa.
2. La richiesta deve essere sottoscritta da tutti i concessionari aventi titolo oppure essere formulata separatamente da tutti gli stessi.

ARTICOLO 83

Manutenzione

1. La manutenzione delle sepolture private spetta ai concessionari, per le parti da loro costituite o installate. La manutenzione comprende ogni intervento ordinario o straordinario, nonché l'esecuzione di opere o restauri che il Comune ritenesse necessario prescrivere in quanto indispensabile od opportuna per motivi di decoro, di sicurezza o di igiene.
2. Nelle sepolture private costruite dal Comune e in cui la tipologia costruttiva sia tale da non presentare soluzione di continuità tra una concessione e l'altra, il Comune provvede alla manutenzione ordinaria e straordinaria dei manufatti.
3. Sono escluse dalla manutenzione di cui al comma precedente:
 - le lapidi di copertura;
 - le parti decorative costruite o installate dai concessionari;
 - gli eventuali corpi o manufatti aggiunti dai concessionari;
 - l'ordinaria pulizia;
 - gli interventi di lieve rilevanza che possono essere eseguiti senza particolari strumenti.
4. Nel caso il sepolcro venga dichiarato inidoneo alla tumulazione di salme o resti o ceneri da parte del Responsabile dei Servizi cimiteriali, il concessionario ha l'obbligo di adeguare il sepolcro alle norme vigenti entro il termine di 3 mesi.
5. Ai sensi dell'art. 4 della Legge n. 1497/1939 le aree e/o gli edifici cimiteriali, in quanto beni di pubblico demanio, sono dichiarati "sottoposti a tutela", e pertanto assoggettabili ai soli interventi edilizi quali manutenzione ordinaria, straordinaria e restauro scientifico di tipo conservativo, tutti gli edifici ed i manufatti edilizi ipogei e/o epigei, lapidi, monumenti, cippi marmorei, elementi architettonico-decorativi e/o artistici, ecc., esistenti presso tutti i cimiteri comunali, al

momento della data di entrata in vigore del presente Regolamento, antecedenti di almeno settanta anni la data medesima. In tali casi, per conseguire il rilascio dell'autorizzazione edilizia oggetto d'istanza, è necessario ottenere il preventivo parere della Soprintendenza ai monumenti, territorialmente competente. Tale parere vincolante sarà chiesto durante la fase istruttoria a cura del responsabile dell'Ufficio Tecnico cimiteriale e comunicato nelle forme disposte dalla Legge n. 241/1990 e ss. mm. ii.

ARTICOLO 84

Subentri in concessioni d'uso

1. Gli obblighi relativi al loculo nel quale è stata tumulata la salma o ossarino o nicchia cineraria si trasmettono *mortis causa* per successione necessaria o testamentaria agli eredi dell'intestatario che al momento del subentro devono darne notizia ai Servizi cimiteriali e comunicare il recapito di riferimento se variato.
2. L'atto di assegnazione può essere oggetto di cessione *inter vivos*, quando la cessione sia volta a porre gli obblighi inerenti il loculo in capo a soggetto erede necessario di grado più vicino al defunto cui appartiene la salma tumulata (o i resti o le ceneri in caso di ossarino o nicchia cineraria).

ARTICOLO 85

Obblighi degli eredi

1. In caso di decesso del concessionario di una sepoltura privata, i discendenti legittimi e le altre persone che hanno titolo sulla concessione, sono tenuti a darne comunicazione al Servizio di polizia mortuaria entro 12 mesi dalla data di decesso, richiedendo contestualmente la variazione per aggiornamento dell'intestazione della concessione in favore degli aventi diritto e designando uno di essi quale rappresentante della concessione nei confronti del Comune.
2. In difetto di designazione di un rappresentante della concessione, il Comune provvede d'ufficio individuandolo nel richiedente o, in caso di pluralità di essi, scegliendolo tra i concessionari secondo criteri di opportunità in relazione alle esigenze di eventuali comunicazioni inerenti la concessione, ferma restando la titolarità sulla concessione da parte di tutti gli aventi diritto.
3. Trascorso il termine di un anno senza che gli interessati abbiano provveduto alla richiesta di aggiornamento dell'intestazione della concessione, il Comune può provvedere alla dichiarazione di presa d'atto della decadenza.
4. La famiglia viene ad estinguersi quando non vi sono persone che abbiano titolo per assumere la qualità di concessionari o non siano state lasciate disposizioni a Enti o Istituzioni per curare la manutenzione della sepoltura.
5. Nel caso di famiglia estinta, decorsi 10 anni dall'ultima sepoltura se ad inumazione o 25 anni se a tumulazione, il Comune provvede alla dichiarazione di decadenza della concessione.

ARTICOLO 86

Rinuncia

1. Uno o più concessionari possono dichiarare la loro irrevocabile rinuncia personale per sé e per i propri aventi causa, del diritto di sepoltura. In tal caso, la rinuncia comporta accrescimento e non cessione del diritto di sepoltura nei confronti dei concessionari residuali.
2. Tali richieste sono recepite e registrate dal Servizio di Polizia Mortuaria.
3. La divisione, l'individuazione di separate quote o la rinuncia non costituiscono atti di disponibilità della concessione, ma esclusivamente esercizio del diritto d'uso.
4. Con atto pubblico o scrittura privata autenticata, depositata agli atti del Comune, più concessionari di un'unica concessione cimiteriale possono regolare i propri rapporti interni, ferma restando l'unicità della concessione nei confronti del Comune.

ARTICOLO 87

Rinuncia a concessione a tempo determinato

1. Il Comune ha facoltà di accettare la rinuncia a loculi e ossari/cinerari concessi a tempo determinato quando gli stessi non siano mai stati occupati o si siano liberati per traslazione della salma o dei resti. In tal caso, spetterà al concessionario o agli aventi titolo alla concessione, rinuncianti, il rimborso di un indennizzo.
2. La rinuncia non può essere soggetta a vincoli o condizioni ed è automatica in caso di traslazione di salma o resti.
3. La richiesta comporta il riconoscimento in favore dei retrocedenti di un rimborso di una somma secondo le seguenti modalità:
 - a) qualora la retrocessione avvenga entro 2 anni dal rilascio, il rimborso sarà pari al 50% dell'importo di concessione in vigore al momento della rinuncia;
 - b) qualora la retrocessione avvenga dopo i 2 anni il rimborso sarà pari al 50% della tariffa relativa agli anni interi residui non fruiti. Nessun rimborso è dovuto per la rinuncia alla concessione se la traslazione della salma o dei resti avviene dopo vent'anni dalla tumulazione. Parimenti, nessun rimborso è dovuto per la rinuncia al loculo nel periodo di rinnovo;
 - c) qualora la retrocessione abbia per oggetto una concessione di durata cinquantennale, i termini di cui alle precedenti lettere a) e b) sono raddoppiati.
4. La retrocessione dei loculi assegnati in concessione perpetua dà luogo ad un rimborso pari al 50% dell'importo di concessione in vigore al momento della rinuncia.

ARTICOLO 88

Rinuncia a concessione di aree libere

1. Il Comune ha facoltà di accettare la rinuncia a concessione di aree libere, salvo i casi di decadenza, quando:
 - a) non siano state eseguite le opere necessarie alla tumulazione;
 - b) l'area non sia stata utilizzata per l'inumazione o comunque sia libera da salme, ceneri o resti.
2. In tal caso spetterà al concessionario o agli aventi titolo alla concessione rinuncianti, oltre alla restituzione del deposito cauzionale, il rimborso di una somma determinata come al precedente articolo; nessun rimborso è dovuto per le spese contrattuali.
3. La rinuncia non può essere soggetta a vincoli o condizione alcuna.

ARTICOLO 89

Rinuncia a concessione di aree con parziale o totale costruzione

1. Il Comune ha facoltà di accettare la rinuncia a concessione di aree cimiteriali, salvo i casi di decadenza, quando:
 - a) il concessionario non intenda portare a termine la costruzione intrapresa;
 - b) il manufatto sia interamente costruito e sia comunque libero o liberabile da salme, ceneri o resti, a cura e spese del rinunciante.
2. In tali casi spetterà al concessionario o agli aventi titolo alla concessione rinuncianti, oltre alla restituzione del deposito cauzionale, un equo indennizzo per le opere costruite, compresi i loculi ed i cinerari, su valutazione di congruità da parte dell'Ufficio Tecnico Comunale, sentito il Servizio di polizia mortuaria, da effettuarsi in contraddittorio con il concessionario, in rapporto ai posti disponibili ed allo stato delle opere, sulla base dei criteri di cui al precedente articolo 87, per quanto applicabili. In caso di disaccordo sul giudizio di congruità del valore dell'indennizzo, le parti possono deferire la controversia ad un arbitro, scelto di comune accordo, con spese a carico del concessionario.
3. La rinuncia non può essere soggetta a vincoli o a condizione alcuna.

ARTICOLO 90
Annullamento

Il Comune procede all'annullamento della concessione qualora il richiedente l'abbia richiesta non essendo in possesso dei requisiti.

ARTICOLO 91

Revoca

(Art. 92, comma 2, D.P.R. n. 285/1990)

- 1.** Salvo quanto previsto dall'art. 92, comma 2, del D.P.R. n. 285/1990, è facoltà dell'Amministrazione ritornare in possesso di qualsiasi area o manufatto concesso in uso quando ciò sia necessario per ampliamento, modificazione topografica del cimitero o per qualsiasi altra ragione di interesse pubblico.
- 2.** Verificandosi questi casi, la concessione in essere viene revocata dal Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria, previo accertamento dei relativi presupposti, e verrà concesso agli aventi diritto l'uso, a titolo gratuito, per il tempo residuo spettante secondo l'originaria concessione o per la durata di 20 anni nel caso di perpetuità della concessione revocata, di un'equivalente sepoltura nell'ambito dello stesso cimitero in zona o costruzione indicati dall'Amministrazione, rimanendo a carico della stessa le spese per il trasporto delle spoglie mortali dalla vecchia tomba alla nuova e di ogni altra accessoria.
- 3.** Della decisione presa, per l'esecuzione di quanto sopra, l'Amministrazione dovrà dar notizia al concessionario ove noto, o in difetto mediante pubblicazione all'Albo comunale ed in quello cimiteriale per la durata di 60 giorni, almeno un mese prima, indicando il giorno fissato per la traslazione delle salme. Nel giorno indicato la traslazione avverrà anche in assenza del concessionario.
- 4.** L'Amministrazione ha facoltà di provvedere alla cremazione dei resti ossei o mortali con il consenso degli eredi ed al trasferimento dei resti mortali o alla loro riduzione in resti ossei in caso di irreperibilità o disinteresse degli eredi medesimi.

ARTICOLO 92

Decadenza

- 1.** La decadenza della concessione può essere dichiarata nei seguenti casi:
 - a) quando la sepoltura individuale non sia stata occupata da salma, ceneri o resti per i quali essa era stata richiesta, entro 90 giorni dal decesso, cremazione, esumazione o estumulazione;
 - b) quando venga accertato che la concessione sia oggetto di lucro o di speculazione;
 - c) in caso di violazione del divieto di cessione tra privati del diritto d'uso della sepoltura, previsto all'art. 81;
 - d) quando non si sia provveduto alla costruzione delle opere entro i termini fissati;
 - e) quando la sepoltura privata risulti in stato di abbandono per incuria o per morte degli aventi diritto, o quando non si siano osservati gli obblighi relativi alla manutenzione della sepoltura previsti dall'art. 83;
 - f) quando vi sia grave inadempienza ad ogni altro obbligo previsto nell'atto di concessione.
- 2.** La pronuncia della decadenza della concessione nei casi previsti ai punti e) ed f) di cui sopra, è adottata previa diffida al concessionario o agli aventi titolo, in quanto reperibili.
- 3.** In casi di irreperibilità la diffida viene pubblicata all'albo comunale e a quello del cimitero per la durata di 30 giorni consecutivi.
- 4.** La dichiarazione di decadenza, a norma dei precedenti commi, compete al Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria previo accertamento dei relativi presupposti.

ARTICOLO 93

Provvedimenti in seguito alla decadenza

- 1.** Pronunciata la decadenza della concessione, il Responsabile del Servizio di Polizia Mortuaria disporrà, se del caso, la traslazione delle salme, resti, ceneri, rispettivamente in campo comune, ossario comune, cinerario comune.
- 2.** Successivamente, il Responsabile dell'Ufficio Tecnico disporrà per la demolizione delle opere o al loro restauro a seconda dello stato delle cose, restando i materiali o le opere nella piena disponibilità del Comune.

ARTICOLO 94

Estinzione

- 1.** Le concessioni si estinguono o per scadenza del termine previsto nell'atto di concessione, ovvero con la soppressione del cimitero salvo, in quest'ultimo caso, quanto disposto nell'art. 98 del D.P.R. n. 285/1990.
- 2.** Prima della scadenza del termine delle concessioni di aree per sepolture per famiglie e collettività gli interessati possono richiedere di rientrare in possesso degli elementi mobili, ricordi, decorazioni e oggetti simili.
- 3.** Allo scadere del termine, se gli interessati non avranno preventivamente disposto per la collocazione delle salme, resti o ceneri, provvederà il Comune collocando i medesimi, previo avvertimento agli interessati, rispettivamente nel campo comune, nell'ossario comune o nel cinerario comune.

TITOLO VII

ILLUMINAZIONE VOTIVA

ARTICOLO 95

Gestione del servizio

- 1.** L'Amministrazione Comunale provvede al servizio illuminazione tombe nei cimiteri comunali nelle forme consentite dall'ordinamento vigente.
- 2.** Il servizio compete al gestore dei cimiteri il quale provvede alla ricezione delle richieste, alla tenuta dell'archivio degli utenti, all'amministrazione del servizio in genere, nonché alla gestione e all'esercizio degli impianti.

ARTICOLO 96

Domanda di abbonamento: durata, scadenza e tariffa

- 1.** Chiunque intenda ottenere l'installazione di una lampada votiva elettrica deve effettuare richiesta al Servizio di Polizia Mortuaria.
- 2.** L'Amministrazione provvede alla erogazione della illuminazione elettrica votiva nei loculi, ossari, nicchie cinerarie ed inoltre nelle tombe di famiglia mediante lampada non superiore a 5 Watt.
- 3.** Il contratto di utenza decorre dalla data di stipulazione con scadenza fissa al 31 dicembre dello stesso anno.
- 4.** Qualora l'utente non comunichi a mezzo lettera raccomandata A.R., la propria disdetta almeno un mese prima della scadenza, ovvero entro il 30 novembre, il contratto si intende tacitamente rinnovato per un anno e così di seguito, avendo lo stesso una durata minima di un anno.
- 5.** In caso di retrocessione di concessione cimiteriale il contratto si intende automaticamente risolto senza alcun diritto a rimborsi.
- 6.** La tariffa di abbonamento annuo per ogni lampada votiva installata è fissata con provvedimento dell'Amministrazione.
- 7.** Per il primo periodo di utenza, di cui al precedente articolo, il canone di abbonamento sarà fissato in dodicesimi. L'importo dovrà essere versato anticipatamente.
- 8.** Il pagamento della tariffa di cui al sesto comma dovrà essere effettuato dall'utente in forma anticipata ed in un'unica rata con versamento da eseguirsi, secondo le modalità previamente comunicate dall'Ufficio, entro il termine di 30 giorni dal ricevimento dell'avviso di pagamento.
- 9.** Qualora l'utente non effettui il pagamento nel termine prescritto, si provvederà ad inviare un secondo avviso postale. Qualora l'utente non provveda entro il nuovo termine, non inferiore a 15 giorni, il Comune può provvedere all'interruzione del servizio senza che l'abbonato abbia diritto ad alcun indennizzo.
- 10.** Il contratto di abbonamento alla luce votiva comprende:
 - a) l'impianto di allacciamento che consiste nel collegamento di punto luce all'impianto realizzato costituito da portalampana, lampadina e connessioni, cui sono correlate le spese di 1° impianto fissate secondo la tipologia della sepoltura;
 - b) la manutenzione, la fornitura di energia, il ricambio gratuito delle lampadine fulminate, la sorveglianza dell'intera rete di distribuzione, la sostituzione dei materiali, quali linee elettriche, trasformatori e quant'altro non specificato ma inerente al servizio cui è correlato il pagamento della tariffa di abbonamento annuo.

ARTICOLO 97

Lavori di manutenzione

1. In caso di smontaggio di lapidi in relazione ad interventi nell'ambito della tomba (sepoltura a terra, loculo, nicchia cineraria, ossarino, cappella, ecc.), l'intestatario del contratto di luce votiva dovrà dare preventiva comunicazione al Servizio di Polizia Mortuaria ai fini della conseguente e contestuale richiesta di scollegamento e poi di ricollegamento del servizio che possono essere svolti esclusivamente dagli addetti; tale scollegamento non sospende in alcun caso il periodo relativo al canone in pagamento o pagato e l'intervento potrà avvenire dietro corresponsione della tariffa per nuovo allaccio.
2. Nel caso si accerti d'ufficio l'inadempimento di cui al comma precedente, si procederà all'applicazione di una maggiorazione pari al 50% della tariffa di cui sopra.

ARTICOLO 98

Interruzioni o sospensioni di corrente

Il Comune non assume alcuna responsabilità per le eventuali interruzioni o sospensioni di corrente da parte del fornitore, per guasti o danni da causa forza maggiore o per riparazioni della rete, per fenomeni atmosferici, incendi, per disposizioni di limitazioni di consumi, ecc... Per tali interruzioni o sospensioni di corrente l'abbonato non avrà diritto di sospendere il pagamento delle quote di canone o di pretendere rimborsi.

ARTICOLO 99

Divieti

E' assolutamente vietato all'utente asportare o cambiare le lampade, modificare o manomettere in qualsiasi modo l'impianto, eseguire attacchi abusivi, cedere o subaffittare la corrente e fare quanto possa in qualunque modo apportare variazioni all'impianto esistente. I contravventori saranno tenuti al risarcimento dei danni, fatta salva l'eventuale azione civile o penale da parte del Comune, che ha facoltà di interrompere il servizio in seguito all'invio di preavviso scritto entro 15 gg. dalla di ricezione riscontrata.

ARTICOLO 100

Riserva

Il Comune si riserva il diritto di apportare alle condizioni di abbonamento contenute nel presente regolamento tutte quelle modifiche ed aggiunte che nel tempo si rendessero opportune per il migliore funzionamento del servizio, o necessarie per modificazioni del mercato, in relazione ai costi del materiale in genere, dell'energia elettrica, della manodopera o per qualsiasi altro onere aggiuntivo. Di tali variazioni ed aggiunte verrà data tempestiva comunicazione agli abbonati a mezzo stampa o lettera raccomandata.

ARTICOLO 101

Reclami

Ogni eventuale reclamo, da segnalarsi per iscritto direttamente al Servizio Polizia Mortuaria, non comporta per l'utente il diritto di sospendere i pagamenti. E' fatta salva tuttavia la possibilità di eventuali rimborsi, qualora ne venga riconosciuto il diritto da parte del Comune.

ARTICOLO 102

Decesso del titolare del contratto

In caso di decesso del titolare del contratto di abbonamento all'illuminazione votiva, gli eredi sono tenuti a darne immediata comunicazione all'ufficio ai fini della variazione dell'intestazione, e comunque a provvedere al pagamento del canone.

TITOLO VIII

DISPOSIZIONI FINALI

ARTICOLO 103

Sanzioni

Fatti salvi i casi in cui l'Amministrazione disporrà d'ufficio il deferimento all'Autorità Giudiziaria o all'Autorità di Pubblica Sicurezza, per l'inosservanza delle norme contenute nel presente regolamento, qualora non si tratti di violazioni anche delle disposizioni in materia di polizia mortuaria, è applicata la sanzione amministrativa pecuniaria da euro 25 a euro 500, ai sensi della Legge 24.11.1981, n. 689 e successive modificazioni ed integrazioni.

ARTICOLO 104

Norma di rinvio

- 1.** Per quanto non previsto dal presente Regolamento si applicano le disposizioni del Regolamento di Polizia Mortuaria approvato con D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 e le altre norme nazionali e regionali vigenti in materia.
- 2.** Per quanto non disposto dal presente regolamento si fa espresso riferimento alle normative di legge e regolamentari in materia ed in particolare al Titolo VI del T.U. delle leggi sanitarie approvato con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, al D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285, alla L. 30 marzo 2001 n. 130, alla L.R.T. 31 maggio 2004, n. 29 e loro successive integrazioni e modificazioni.
- 3.** Si fa inoltre espresso riferimento alla L. 9 gennaio 1951, n. 204 in ordine all'esenzione dai normali turni di esumazione dei cadaveri dei caduti in guerra e nella lotta di liberazione.

ARTICOLO 105

Abrogazioni

- 1.** Dalla data di entrata in vigore del presente regolamento sono abrogati:
 - il Regolamento di Polizia Mortuaria approvato dal Consiglio Comunale con deliberazione n. 65 del 16.02.1979, ivi incluse le relative modificazioni e/o integrazioni;
 - le norme di polizia mortuaria contenute in provvedimenti amministrativi incompatibili con le disposizioni del presente regolamento;
 - ogni altro atto, provvedimento, ordinanza o disposizione in contrasto o comunque incompatibile con il presente regolamento.

ARTICOLO 106

Entrata in vigore

- 1.** Il presente regolamento entra in vigore alla data di esecutività della deliberazione di approvazione del Consiglio Comunale.



***Pubblica Assistenza
Signa***

PUBBLICA ASSISTENZA SIGNA ODV

Organizzazione di Volontariato

Fondata nel 1909 - Rifondata nel 1972

Ente del Terzo Settore con Personalità Giuridica

P.IVA 03981060480 - Cod. Fisc. 80035070483

Via Argine Strada, 5 - 50058 Signa (FI)

Tel. 055876777 - 055876555

E-Mail: info@passigna.it

PEC: passigna@pec.passigna.it

www.passigna.it

**SELEZIONE PUBBLICA
PER TITOLI E PER ESAMI FINALIZZATA ALL'ASSUNZIONE
DI N. 1 DIPENDENTE PROFILO PROFESSIONALE
"AUTISTA-SOCCORRITORE/NECROFORO"**

MATERIALE DI STUDIO

PER LA PREPARAZIONE DELLE PROVE

**Circolare Ministero della Salute Indicazioni
emergenziali connesse ad epidemia SARS-CoV-2
riguardanti il settore funebre, cimiteriale e della
cremazione**



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

PROTEZIONE CIVILE	ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI STATUTO ORDINARIO E SPECIALE LORO SEDI
UFFICIO DI GABINETTO	
MINISTERO ECONOMIA E FINANZE	ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE AUTONOME TRENTO E BOLZANO LORO SEDI
MINISTERO SVILUPPO ECONOMICO	
MINISTERO INFRASTRUTTURE E TRASPORTI	ASSOCIAZIONE NAZIONALE COMUNI ITALIANI (ANCI)
MINISTERO DEL LAVORO E POLITICHE SOCIALI	U.S.M.A.F. - S.A.S.N. UFFICI DI SANITA' MARRITTIMA, AEREA E DI FRONTIERA LORO SEDI
MINISTERO DEI BENI E DELLE ATTIVITÀ CULTURALI E DL TURISMO	INAIL
MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE	UTILITALIA - SEFIT
MINISTERO DELLA DIFESA ISPettorato GENERALE DELLA SANITÀ MILITARE	FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
MINISTERO DELL'ISTRUZIONE MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA	FNOPI FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
MINISTERO DELL'INTERNO	CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (CIRM)
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA	COMANDO GENERALE DEL CORPO DELLE CAPITANERIE DI PORTO - GUARDIA COSTIERA
MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE, ALIMENTARI E FORESTALI	ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTA' (INMP)
MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE	
PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE	CONFARTIGIANATO
FNOPO FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA	CONFCOMMERCIO ENTE NAZIONALE PER L'AVIAZIONE CIVILE

FEDERAZIONE ORDINI FARMACISTI ITALIANI (FOFI)

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI DEI TSRM E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE

AZIENDA OSPEDALIERA- POLO UNIVERSITARIO OSPEDALE LUIGI SACCO MILANO

COMANDO CARABINIERI TUTELA DELLA SALUTE - NAS
SEDE CENTRALE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE - IRCCS "LAZZARO SPALLANZANI"

CRI

ENAC
ITALO - NUOVO TRASPORTO VIAGGIATORI S.P.A.

REGIONE VENETO - ASSESSORATO ALLA SANITÀ - DIREZIONE REGIONALE PREVENZIONE
COORDINAMENTO INTERREGIONALE DELLA PREVENZIONE

ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)

Oggetto: Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia SARS-CoV-2 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e della cremazione – Versione 11 gennaio 2021

1. Sulla base delle esperienze maturate in questi mesi si ritiene opportuno aggiornare e sistematizzare le indicazioni e le cautele per la gestione dei defunti interessati dal Covid-19 già espresse da precedenti circolari di questo Ministero ed ordinanze di Protezione Civile.
2. Permane l'obiettivo dell'individuazione di procedure uniformi e valide da attuare a cura degli operatori funebri e cimiteriali, nonché degli addetti alla cremazione che – in fase di attuazione pratica – sono da commisurare al rischio di esposizione all'agente biologico e alla diffusione epidemica rilevabile localmente mediante:
 - la corretta identificazione dei percorsi di maggior tutela dei defunti dal luogo di decesso al luogo di sepoltura o cremazione, nonché delle cautele da adottare a cura del personale interessato al trasporto funebre, all'attività funebre, a quella necroscopica, cimiteriale e di cremazione;
 - il contenimento delle occasioni di maggiore vicinanza dei dolenti durante la ritualità del commiato e la loro disciplina;
 - il potenziamento delle strutture di deposito dei defunti, in relazione alle prevedibili variazioni di mortalità connesse all'evento epidemico, nonché dei servizi di sepoltura e di cremazione.
3. Conseguentemente la presente circolare sostituisce integralmente i contenuti delle circolari del Ministero della salute emanate nei mesi precedenti (11285 del 1/4/2020, 12302 dell'8/4/2020, 15280 del 2/5/2020, 18457 del 28/5/2020).
4. Si rammentano altresì, per quanto applicabili, le norme contenute principalmente nel regolamento di polizia mortuaria approvato con D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 e le previsioni delle "Linee guida per la prevenzione del rischio biologico nel settore dei servizi necroscopici, autoptici e delle pompe funebri" approvate dalla Conferenza Stato Regioni e PP. AA. in data 09/11/2017 e le disposizioni contenute nel Titolo X "Esposizione ad agenti biologici" e Titolo X-bis: "Protezione dalle ferite da taglio e da punta nel settore ospedaliero e sanitario" del D.lgs. n. 81/2008.

5. I protocolli di sicurezza contenuti nella presente circolare e nei suoi Allegati 1 e 2, che ne costituiscono parte integrante, sono connessi alla pericolosità dell'agente biologico SARS-CoV-2, attualmente classificato come appartenente al gruppo 3 o prioni e quindi ALTA, tenuto conto dell'art. 268 del TU sulla salute e sicurezza nel lavoro approvato con D.Lgs. 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i.. Detti protocolli possono essere aggiornati dal Ministero della salute in relazione all'evolversi delle conoscenze mediche e delle necessità applicative.

A. Cautele e indicazioni da adottare per la gestione dei defunti

1. In tutti i casi di morte nei quali sia conclamata o sospetta la presenza di malattia infettiva diffusiva Covid-19 si applicano le cautele specifiche di cui all'Allegato 1 e il confezionamento del feretro si effettua secondo le indicazioni di cui all'Allegato 2.
2. È facoltà del Ministero della salute, con successiva circolare, estendere le indicazioni di cui agli Allegati 1 e 2 anche a tutti i casi in cui non si possa escludere con certezza che la persona defunta fosse affetta in vita da malattia infettiva diffusiva Covid-19.
3. Quando per un defunto non si sia in presenza di Covid-19 sospetta o conclamata e non si ricada nell'ipotesi di cui al punto 2, si applicano le usuali norme statali previste dal D.P.R. 10/9/1990, n. 285, regionali e comunali vigenti per trasporto, sepoltura e cremazione.

B. Semplificazione del rilascio delle autorizzazioni necessarie in caso di morte

1. Si richiamano le strutture sanitarie, gli uffici comunali e gli operatori funebri all'osservanza di quanto disposto dall'articolo 1 (*Disposizioni per facilitare l'attuazione della cremazione e delle pratiche funerarie*) dell'OCDPC n. 664 del 18 aprile 2020 e dall'art. 12 (*Accelerazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi*) del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 e successive modifiche ed integrazioni, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

C. Accesso al cimitero e partecipazione ai riti di commiato.

1. Nei cimiteri è consentito l'accesso del pubblico nei termini previsti dal DPCM 3 dicembre 2020, evitando assembramenti, indossando protezioni delle vie respiratorie e rispettando rigorosamente la distanza di sicurezza interpersonale di almeno un metro.
2. In caso di impossibilità del rispetto delle misure di contrasto al contagio, il Sindaco può disporre limitazioni di accesso del pubblico o di operatori privati nei cimiteri, che talune operazioni cimiteriali vengano effettuate a cancelli cimiteriali chiusi, chiudere il cimitero o parti di esso.
3. La celebrazione del rito funebre si svolge nel rispetto dei protocolli sottoscritti dal Governo e dalle rispettive confessioni di cui agli allegati da 1, integrato con le successive indicazioni del Comitato tecnico-scientifico, a 7 ed è obbligatorio il rispetto delle misure relative al divieto di assembramento, alla distanza interpersonale ed alla protezione delle vie respiratorie. Anche in caso di rito laico o di culti che non abbiano ancora stipulato Intese con lo Stato, indipendentemente dal luogo di svolgimento, valgono sempre le misure di contenimento del contagio indicate per le celebrazioni del rito funebre.
4. Per consentire la partecipazione di conoscenti, amici e congiunti al rito di commiato va favorita a cura di persona delegata dagli aventi titolo, la trasmissione della ripresa dei momenti più rilevanti attraverso modalità telematiche.

D. Potenziamento delle strutture di deposito temporaneo e della ricettività dei cimiteri

1. Quando sia necessario perché il livello di mortalità determina la prevedibile saturazione dei Servizi mortuari della struttura sanitaria, o in caso di carenza di sepolture o di difficoltà crematorie, il Sindaco, sentito il Prefetto, adotta ordinanza contingibile ed urgente che preveda uno o più delle seguenti misure:
 - a. la disciplina, d'intesa con le direzioni sanitarie competenti, degli orari e delle modalità di operatività dei servizi mortuari delle strutture sanitarie nel territorio accreditate del comune, con l'intento di garantirne una funzionalità adeguata al livello di mortalità;
 - b. l'individuazione di una o più strutture di deposito temporaneo, preferibilmente al cimitero, al crematorio, in casa funeraria o sala del commiato, o in altro spazio chiuso e facilmente attrezzabile allo scopo;

- c. che l'effettuazione del servizio di trasporto funebre, laddove non sia garantito dalle imprese funebri localmente operanti, possa essere svolto dal Comune, avvalendosi di ditte selezionate d'urgenza o chiedendo al Prefetto di intervenire secondo le modalità consentite dall'urgenza stessa;
 - d. che gli orari di arrivo di trasporti funebri sia in cimitero che al crematorio siano opportunamente distanziati l'uno dall'altro per favorire la operatività e per ridurre le occasioni di assembramento;
 - e. che il gestore del crematorio sito nel proprio territorio sia obbligato a garantire per almeno il periodo emergenziale, la dotazione di posti refrigerati o condizionati, con capienza non inferiore a 5 volte la capacità di cremazione giornaliera massima dell'impianto, fatte salve le situazioni in cui per carenza di spazio o in ambito monumentale ciò non sia possibile e conteggiando anche soluzioni già esistenti nell'impianto o nel cimitero. Tale dotazione di posti può essere assicurata anche con container o mezzi mobili refrigerati convertiti alla bisogna per tale servizio.
2. Ferma restando la garanzia di esecuzione di operazioni di inumazione, tumulazione di feretri, di sepolture comunque denominate di urne cinerarie e di cassette di ossa, di esumazioni, estumulazioni e traslazioni, alla luce delle indicazioni nazionali e regionali, in riferimento all'evoluzione epidemica locale, il Sindaco adotta ordinanza che preveda, in situazioni di carenza di sepolture o difficoltà crematorie:
 - i. avvio di attività di estumulazione straordinaria in loculi o tombe con sepoltura di feretri da più di 25 anni, finalizzate a liberare quanto più possibile posti per le nuove sepolture. A tal fine è consentita la collocazione di due contenitori di resti mortali in unico tumulo, per disporre di spazi da destinare a sepolture di feretri derivanti dalla fase emergenziale;
 - ii. il rinvio nel tempo dell'esecuzione di esumazioni ed estumulazioni ordinarie e straordinarie non necessarie per provvedere alla sepoltura in occasione di funerale o per rendere disponibili adeguate quantità di sepolture emergenziali al cimitero;
 - iii. l'obbligo di effettuazione di esumazioni ed estumulazioni a cancelli cimiteriali chiusi;
 - iv. in applicazione dell'articolo 93 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285 e s.m. e in deroga ad atti, regolamenti e altri impedimenti amministrativi, l'estensione dell'istituto della benemerenzia per l'ammissione in sepoltura privata familiare, senza particolari formalità amministrative, anche per sepoltura di amici e conoscenti dei concessionari, quando questi ultimi siano consenzienti;
 - v. l'avvio di una serie di azioni tese a rendere disponibili in tempi ravvicinati loculi per feretri, ossarietti e tombe in genere, utilizzando a seconda dei casi procedure di decadenza o di revoca di concessioni cimiteriali esistenti;
 - vi. l'adozione di provvedimenti di rafforzamento dell'organico da parte del gestore del servizio cimiteriale, per garantire l'incremento atteso di sepolture.
 3. Quando si ritenga non sia possibile soddisfare le necessità di inumazione di feretri avvalendosi delle aree di cui all'articolo 58 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, anche riducendo fino ad azzerarla la distanza tra le singole fosse, sentita l'ASL territorialmente competente, il Sindaco con ordinanza contingibile ed urgente provvede ad ampliamento d'urgenza del cimitero.
 4. Nel registro cimiteriale di cui all'articolo 52 del regolamento di polizia mortuaria approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, ricorrendone le condizioni, viene obbligatoriamente indicato che il feretro è stato confezionato per la sepoltura di defunto con malattia infettiva diffusiva Covid-19, apponendo il codice "Y" (ypsilon).
 5. La estumulazione o la esumazione di feretri temporanee aventi la codifica "Y" di cui al punto precedente se eseguite prima del termine di cui al punto 1 della lettera G della presente circolare, sono da effettuarsi con procedure di salvaguardia del personale operante, dotato dei DPI adeguati alla situazione di Covid-19, e in orario di chiusura al pubblico del cimitero, se non siano trascorsi almeno 15 giorni dalla sepoltura. In caso di estumulazione, i loculi liberi risultanti devono essere sanificati.
 6. Dopo il termine del periodo di cui al di cui al punto G. 1 (un mese oltre il termine dell'emergenza), o anche prima di quest'ultimo ma dopo i dieci giorni dalla sepoltura, le estumulazioni e le esumazioni vengono eseguite con procedure di salvaguardia del personale operante, dotato dei normali DPI.
 7. In caso di consistente focolaio infettivo territoriale il Sindaco, in raccordo con il Prefetto territorialmente competente, in base all'evoluzione epidemiologica, allo sviluppo della mortalità e in funzione delle dotazioni di strutture necroscopiche, cimiteriali e di cremazione presenti nella zona, nei limiti dei poteri a lui assegnati dalla normativa vigente emana provvedimenti contingibili ed urgenti necessari per l'attuazione delle indicazioni fornite dalla presente lettera (punti D.1, D.2, D.3, D.5 e D.6.) e da quella successiva (punti E.1, E.2, E.3)

E. Potenziamento e ottimizzazione in fase emergenziale della rete di crematori sul territorio nazionale

1. In ogni crematorio prioritariamente vanno cremati i feretri conseguenti a funerali svolti nel bacino di riferimento stabilito dalla pianificazione regionale. In mancanza di pianificazione regionale il bacino di riferimento di ciascun crematorio è il territorio provinciale.
2. L'esecuzione di altre cremazioni di cadaveri provenienti dall'esterno della provincia, nonché di resti mortali, parti anatomiche, ossa, sono eseguite una volta garantita la prioritaria cremazione dei feretri di cui al punto precedente.
3. Gli organismi competenti, su richiesta degli aventi titolo, rilasciano deroghe ad autorizzazioni precedentemente fornite ove si ritenga necessario che gli impianti di cremazione operino per l'intero arco della giornata, senza interruzione (H24), e anche in giorni prefestivi e festivi. Possono inoltre provvedere ad autorizzazioni d'urgenza in caso di richiesta di attivazione di nuove linee o nuovi impianti di cremazione.
4. In caso di fermo impianto di crematorio con due o più forni per motivi di manutenzione, è necessario, qualora tecnicamente possibile, che sia assicurato che almeno uno dei forni rimanga in funzione per garantire la operatività del crematorio.
5. In caso di fermo impianto per motivi di manutenzione è necessario che i gestori dei crematori della regione e quelli vicini fuori regione in un raggio in linea d'aria di 50 chilometri, siano informati preventivamente di tale sosta, in maniera da sfalsare i fermi impianto tra crematori di area e continuare a garantire una quantità minimale di servizi offerti.
6. Per favorire l'aumento di potenzialità di ciascun impianto e fermo restando il rispetto di tutte le norme di igiene, sicurezza e ambientali, sono consentite soluzioni tecniche per ciascuna cremazione che abbrevino i tempi di esecuzione accelerando l'ignizione del feretro. È altresì da favorire nella cremazione l'uso di bare di essenze lignee facilmente infiammabili.
7. Nell'autorizzazione al trasporto funebre per procedere a cremazione quando si indica il crematorio scelto dagli aventi titolo è opportuno aggiungere *“o qualunque altro crematorio disponibile”*.
8. L'uso per il trasporto massivo di feretri o contenitori di resti mortali ai crematori può essere svolto con autofunebri a posti plurimi e, se del caso, con camion chiuso, anche militare, da disinfettare adeguatamente dopo l'utilizzo.
9. Laddove sia necessario ampliare la ricettività dei locali per i feretri in attesa di cremazione, si possono utilizzare:
 - i. appositi container refrigerati o condizionati o mezzi mobili refrigerati convertiti alla bisogna per tale servizio;
 - ii. le sale del commiato, dove collocare feretri chiusi e disinfettati, aventi le caratteristiche di cui all'Allegato 2;
 - iii. loculi vuoti, purché la cremazione sia eseguita entro al massimo 30 giorni dalla tumulazione temporanea e il feretro sia confezionato come previsto dall'Allegato 2, lettera B).

F. Procedure di monitoraggio della mortalità

1. Il monitoraggio a livello statale da parte del Ministero della salute e della Protezione Civile viene svolto utilizzando le informazioni provenienti dalle banche dati di mortalità già esistenti per effetto di leggi in vigore, messi tempestivamente a loro disposizione dall'Ente gestore della banca dati.
2. Il monitoraggio a livello comunale dell'evoluzione di mortalità si basa sul confronto tra il dato di mortalità dei residenti e lo stesso dato medio storico del 2019 o se noto del quinquennio precedente.
3. I dati necessari riguardano l'evoluzione giornaliera di mortalità di un determinato periodo dell'anno in corso, rapportati all'analogo periodo del 2019 o se noto del quinquennio precedente, per territorio interessato dall'analisi.
4. Periodicamente i dati di cui al punto precedente sono messi a disposizione delle regioni, dei comuni e di chiunque abbia interesse a studiarli, nella forma di *open data*.

G. Natura e durata delle indicazioni emergenziali

1. Le indicazioni e le cautele stabilite dalla presente circolare vanno applicate fino ad un mese dopo il termine della fase emergenziale, come stabilita dai vigenti provvedimenti del Presidente del Consiglio dei Ministri.
2. Le indicazioni contenute in Allegato 1 e 2 della presente circolare costituiscono misure speciali ed integrative di quelle già previste in ambito statale dal D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285 per i defunti di malattia infettiva diffusa.

Il Direttore generale
f.to (*) Dott. Giovanni Rezza

Allegato 1 – Precauzioni da adottare per defunti con malattia infettiva diffusiva COVID-19 sospetta o conclamata

A. Osservazione dei cadaveri e cautele antecedenti il trasporto funebre

1. Il primo medico intervenuto, se il decesso avviene all'esterno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, sospende ogni intervento sul defunto, allontana i presenti e li informa delle procedure da seguire per ridurre il rischio di contagio. Allerta tempestivamente la struttura territoriale competente per l'intervento del medico necroscopo che detta le cautele da osservare. L'allerta è immediata per via vocale e seguita da comunicazione scritta o per via telematica a mezzo PEC;
2. In caso di decesso sulla pubblica via, in luogo pubblico o privato, o comunque in luoghi diversi da strutture sanitarie o di ricovero e cura, gli operatori intervenuti sono tenuti ad osservare le precauzioni di cautela corrispondenti ad una pericolosità dell'agente biologico di gruppo 3 o prioni e quindi ALTA, tenuto conto dell'articolo 268 del testo unico sulla salute e sicurezza nel lavoro approvato con Decreto legislativo 9 aprile 2008 n. 81 e s.m.i.. I defunti sono trasportati al Servizio mortuario della struttura sanitaria territoriale di riferimento o al deposito di osservazione o all'obitorio, secondo le indicazioni ricevute dall'Autorità intervenuta, sia essa giudiziaria, di polizia giudiziaria, o sanitaria.
3. Se il decesso avviene all'interno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, il personale sanitario, attenendosi alle istruzioni puntuali della direzione sanitaria, allontana i presenti e li informa delle procedure da seguire per ridurre il rischio di contagio.
4. Per consentire la più rapida presa in carico da parte del servizio mortuario, nei casi di deceduti in strutture di ricovero e cura o presso i rispettivi domicili, in deroga all'articolo 4 comma 5 del decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, la visita del medico necroscopo per l'accertamento di morte è effettuata anche prima di 15 ore dal decesso e al più tardi entro 30 ore da questo.
5. In ogni caso di decesso presso struttura sanitaria le direzioni di presidio riducono il periodo di osservazione della salma, ricorrendo ad accertamento strumentale della morte, ai sensi del D.M. Salute 11 aprile 2008.
6. Se il decesso avviene al di fuori di strutture sanitarie, i medici necroscopi, constatata la morte mediante visita necroscopica riducono il periodo di osservazione al tempo dell'esecuzione della loro visita e consentono il più rapido incassamento del cadavere e il successivo trasporto funebre.
7. Luoghi consentiti di destinazione intermedia dei feretri, in caso di difficoltà ricettive di cimiteri e crematori della zona possono essere le strutture individuate dal sindaco con apposita ordinanza. Sono consentite cerimonie funebri in luoghi di culto, sale del commiato, case funerarie, purché a feretro sigillato e disinfettato esternamente e non sussista divieto di esecuzione con ordinanza del sindaco in situazioni di consistente focolaio di cui al punto D.7 della circolare.
8. Luoghi di destinazione finale dei feretri sono il cimitero in cui ha diritto di essere sepolto il defunto o a cui sia destinato il feretro per scelta della Autorità competente (v. OCDPC n. 664 del 18 aprile 2020), nonché un crematorio disponibile per la cremazione.

B. Precauzioni nella manipolazione del defunto e per l'incassamento

1. La manipolazione del defunto antecedente la chiusura nel feretro deve avvenire adottando misure di sicurezza atte ad evitare il contagio connesso con la pericolosità dell'agente biologico riscontrato.
2. Sono da evitare le manipolazioni non necessarie, così come qualsiasi contatto con la salma da parte di parenti, conviventi o altre persone diverse da quelle incaricate delle operazioni necessarie e indicate dal presente provvedimento.
3. Il personale adibito alla manipolazione del defunto adotta, nel rispetto delle disposizioni normative, delle ordinanze e dei protocolli operativi emanati dalle Autorità sanitarie, dispositivi di protezione individuale appropriati, secondo le indicazioni formulate da parte dei competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché dal medico competente di cui al Decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e

successive modifiche ed integrazioni, tenendo conto delle indicazioni fornite per gli operatori sanitari con livelli di pericolosità dell'agente biologico riscontrato.

4. Le indicazioni di cui al comma precedente sono fornite con provvedimenti o circolari del Ministero della salute, fermo restando che chi manipola un cadavere deve utilizzare come Dispositivi di Protezione Individuale, maschera almeno di tipo FFP2 o equivalente, occhiali protettivi (oppure mascherina con visiera), camice monouso idrorepellente, guanti spessi e scarpe da lavoro chiuse.
5. Deve inoltre essere garantita un'adeguata aerazione dei locali. Al termine delle attività, dovrà essere eseguita un'accurata pulizia con disinfezione delle superfici e degli ambienti.
6. Nei decessi avvenuti nelle strutture sanitarie, prima dell'arrivo del personale incaricato del trasporto funebre, il personale sanitario deve provvedere all'isolamento del defunto all'interno di un sacco impermeabile sigillato e disinfettato esternamente per ridurre al minimo le occasioni di contagio durante le operazioni di incasso.
7. In caso di decesso al di fuori delle strutture sanitarie, il personale incaricato del trasporto funebre provvede all'incasso del defunto riducendo al minimo le occasioni di contatto, avvolgendo in un lenzuolo imbevuto di disinfettante o inserendolo in sacco impermeabile sigillato e disinfettato esternamente.
8. La vestizione del defunto, la sua tanatocosmesi, il lavaggio, il taglio di unghie, interventi su capelli e barba sono consentiti con l'uso di dispositivi di protezione individuale obbligatori per chi manipola un cadavere, richiamati ai punti precedenti. In situazione di consistente focolaio di cui al punto D.7 della circolare tali interventi sono vietati con ordinanza contingibile ed urgente del Sindaco.
9. Dopo l'incasso il feretro, confezionato diversamente in funzione della destinazione e secondo le indicazioni dell'Allegato 2, è chiuso e sottoposto a disinfezione esterna sia superiormente, sia lateralmente che inferiormente.
10. I rifiuti prodotti sono trattati nel rispetto delle norme applicabili in base alla natura.

C. Trasporto funebre in cimitero e crematorio

1. Fatto salvo il solo caso di trasporto di salma per ordine dell'Autorità giudiziaria, di pubblica sicurezza o sanitaria, per morti sulla pubblica via, per morte violenta, in abitazione in cui sia pericoloso il mantenimento per motivi accertati dalla competente ASL, ogni trasporto funebre di defunto in presenza di sospetta o conclamata malattia infettiva diffusa Covid-19 è svolto con feretro sigillato e confezionato secondo le modalità di cui all'Allegato 2.
2. Nessun feretro di defunto può essere trasportato senza autorizzazione comunale come previsto dall'art. 339 R.D. 27/7/1934, n. 1265, nonché dal D.P.R. 10/09/1990, n. 285, da rilasciare una volta nota la dichiarazione di corretto confezionamento secondo le modalità di cui all'Allegato 2.
3. Il corretto confezionamento del feretro è svolto dall'impresa funebre prescelta dai familiari o altri aventi titolo a disporre il trasporto funebre. L'incaricato del trasporto funebre attesta la tipologia di confezionamento utilizzata in relazione alle previsioni regolamentari in funzione di destinazione e tragitto del trasporto, secondo modulistica uniforme per il territorio nazionale, in Allegato 3, inoltrata al Comune autorizzante e alla struttura di destinazione.

D. Esami autoptici e riscontri diagnostici

1. Per defunti con sospetta o conclamata malattia infettiva diffusa Covid-19, l'esecuzione di autopsie o riscontri diagnostici, laddove necessario, è effettuata con l'applicazione dei protocolli di sicurezza di cui ai successivi commi. Nei restanti casi si applicano le usuali norme e precauzioni stabilite dal decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285.
2. È sempre consentito l'esame istologico, ottenuto anche da prelievi biotici mediante core biopsy su organi multipli (polmone, fegato, reni, muscolo scheletrico).
3. In caso di esecuzione di esame autoptico o riscontro diagnostico vanno adottate le precauzioni seguite durante l'assistenza del malato.

4. Le autopsie e i riscontri diagnostici possono essere effettuati solo in quelle sale settorie che garantiscano condizioni di massima sicurezza e protezione infettivologica per operatori ed ambienti di lavoro: sale BSL3, ovvero con adeguato sistema di aerazione, cioè un sistema con minimo di 6 e un massimo di 12 ricambi aria per ora, pressione negativa rispetto alle aree adiacenti, e fuoriuscita di aria direttamente all'esterno della struttura stessa o attraverso filtri HEPA, se l'aria ricircola.
5. Patologi e tecnici devono indossare i seguenti dispositivi: divisa chirurgica; camice monouso resistente ai liquidi che copra completamente braccia, torace e gambe; grembiule monouso in plastica che copra torace, tronco e gambe; protezione oculare o visore piano non ventilato; mascherina facciale per proteggere bocca e naso da schizzi, se non è indossato un visore; cappellino (opzionale); guanti: tre paia, esterno e interno in lattice, e in mezzo un paio di guanti resistenti ai tagli; stivali in gomma. Se può essere generato aerosol aggiungere una protezione respiratoria (N-95 o N-100 respiratori particolari monouso o PAPR). Il personale di autopsia che non può indossare un respiratore particolare perché ha la barba o altre limitazioni deve indossare il PAPR.
6. È raccomandato di evitare l'effettuazione di procedure e l'utilizzo di strumentario che possono determinare la formazione di aerosol. Deve essere evitata l'irrigazione delle cavità corporee; il lavaggio di tessuti ed organi deve essere eseguito utilizzando acqua fredda a bassa pressione, fatta defluire a distanza ravvicinata in modo da evitare la formazione di aerosol; i fluidi corporei devono essere raccolti per mezzo di materiale assorbente, immesso nelle cavità corporee.
7. Campioni di tessuti ed organi, prelevati per esami istologici, debbono essere immediatamente fissati con soluzione di Zenker, formalina al 10% o glutaraldeide per la microscopia elettronica.
8. Al termine dell'autopsia o del riscontro diagnostico, la sala settoria deve essere accuratamente lavata con soluzione di ipoclorito di sodio o di fenolo.

Allegato 2 – Caratteristiche dei feretri e loro confezionamento

A) Inumazione, cremazione e tumulazione

È consentito l'uso di cofani aventi le caratteristiche stabilite, in base alla pratica funebre adottata, alla lunghezza del trasporto funebre, dal regolamento di polizia mortuaria approvato con D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285.

Sono altresì consentiti cofani conformi ad una delle norme UNI 11520:2014 o UNI 11519:2014 e successive modifiche od integrazioni, nonché rispondenti a quanto previsto dallo standard EN 15017:2019.

B) Tumulazione temporanea in attesa di cremazione, purché entro la settimana

Si utilizza la cassa lignea di cui alla lettera A) che precede, in funzione della destinazione, sempre confezionata con sostitutivi dello zinco autorizzati in base all'art. 31 del D.P.R. 285/1990, purché il fondo del sostitutivo, prima della collocazione del cadavere, sia cosparso con non meno di 250 gr. di materiale a base di SAP (polimero super assorbente).

C) Feretri non conservati in cella refrigerata o stanza refrigerata destinati a inumazione o cremazione

1. Si utilizza la cassa lignea di cui alla lettera A) che precede, in funzione della destinazione, confezionata con controcassa di zinco o con sostitutivi dello zinco autorizzati anche in caso di malattie infettive diffuse in base all'art. 31 del D.P.R. 285/1990, purché il fondo del sostitutivo, prima della collocazione del cadavere, sia cosparso non meno di 250 gr. di materiale a base di SAP (polimero super assorbente). In caso di inumazione il materiale assorbente deve anche possedere caratteristiche biodegradanti.
2. La condizione di temporanea impermeabilità fino alla immissione nel forno è garantita dall'avvolgimento del feretro con materiale poliaccoppiato di polietilene, alluminio e poliestere, di spessore totale non inferiore a 90 micron, rispondente ad una o più delle norme MIL PRF131K classe 1 – NFH 00310 classe 4 – TL 8135-0003-1 – DIN55531-1.

D) Feretri destinati a tumulazione stagna

È consentito solo l'uso di cofano interno di zinco, dello spessore stabilito dalle norme richiamate alla lettera A).

Laddove la pendenza del piano del loculo sia tale da non garantire l'uscita di percolato per eventuale cedimento del cofano di zinco, occorre che siano utilizzate soluzioni appropriate per il contenimento dei liquami.

Allegato 3 – Modello di confezionamento feretro per trasporto in Italia di cadavere con sospetta o conclamata malattia infettivo diffusiva COVID-19

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ a _____ residente a _____ in via _____ n° _____ in qualità di incaricato del trasporto funebre _____, a ciò commissionato dagli aventi titolo alla fornitura e confezionamento della cassa necessaria per il trasporto del cadavere di _____ nato/a _____ il _____ morto il _____, in vita residente a _____ in via _____ Cod.Fiscale _____
dal Comune di _____ al Cimitero/Crematorio di _____, nel Comune di _____

nella sua veste di incaricato di pubblico servizio ai sensi dell'art. 358 C. P. e successive modificazioni, consapevole della responsabilità penale nella quale posso incorrere in caso di dichiarazione mendace,

DICHIARA CHE:

1. Il cadavere sopra generalizzato viene stato riposto in idonea cassa conformemente alle prescrizioni previste dalla vigente normativa e in particolare del DPR 285/1990 e della circolare Ministero salute n. _____ del _____, in relazione alla destinazione e distanza da percorrere, e in particolare (barrare il/ caso/i corrispondente/i):
 - il cadavere è stato confezionato come previsto dalla lettera A dell'all.2 circolare Ministero salute n. _____ del _____,
 - il cadavere è stato confezionato come previsto dalla lettera B dell'all.2 circolare Ministero salute n. _____ del _____,
 - il cadavere è stato confezionato come previsto dalla lettera C.1 dell'all.2 circolare Ministero salute n. _____ del _____,
 - il cadavere è stato confezionato come previsto dalla lettera C.2 dell'all.2 circolare Ministero salute n. _____ del _____,
 - il cadavere è stato confezionato come previsto dalla lettera D dell'all.2 circolare Ministero salute n. _____ del _____.
2. Sono state adottate particolari precauzioni igienico-sanitarie aggiuntive prescritte dal medico necroscopo e _____ nella _____ fattispecie _____

_____;
3. Esternamente al feretro viene applicata una targhetta metallica riportante cognome, nome, data di nascita e di morte del/la defunto/a;
4. La presente dichiarazione di eseguite prescrizioni viene inoltrata al Comune di partenza per il rilascio del-

la autorizzazione al trasporto funebre. Copia viene conservata agli atti dell'impresa funebre commissionata.

_____ lì, _____ L'incaricato del trasporto funebre

Note per la compilazione

1. L'identificazione del cadavere può avvenire per conoscenza diretta o per identificazione da parte di testimoni o per presa visione di documento di identità.
2. Il modello è da compilare e sottoscrivere dall'incaricato del trasporto funebre prescelto dalla famiglia o dall'avente titolo a disporre il trasporto funebre. Il modello compilato è inoltrato via fax o per via telematica al competente ufficio del Comune a cui si chiede il rilascio dell'autorizzazione la trasporto funebre
3. L'impiegato addetto del Comune autorizzante il trasporto funebre dà conto dell'avvenuta ricezione della dichiarazione nella autorizzazione al trasporto rilasciata.
4. Da inoltrare con telefax, o con PEC o altro mezzo telematico che consenta di tracciare giorno e ora di avvenuto invio.