



C.R.E.A.  
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente  
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Pag. 1 di 7

Protocollo Gestione e preparazione salma

PRO – 13  
Rev. 01 del 13.07.2020

# PRO - 13


## Protocollo

### Gestione e preparazione salma

#### Sommario

Applicabilità .....	2
Gestione del rischio.....	2
Emergenza Covid-19 .....	4
Informazioni documentate da conservare.....	5
Revisione del Protocollo .....	5
1. Decesso dell'ospite.....	5
2. Modalità operative.....	6
Allegato 1 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA.....	6

Numero Revisione	Motivo	Data	Firma Legale Rappresentante	Firma RAQ
00	Prima emissione	31/03/2011		
01	Revisione	13.07.2020	FIRMATO A DISTANZA	FIRMATO A DISTANZA

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	<b>Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente  UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015</b>	Pag. 2 di 7
	Protocollo Gestione e preparazione salma	PRO – 13 <b>Rev. 01 del 13.07.2020</b>

## Applicabilità

Fattore di rischio	n. Protocollo	Titolo del Protocollo adottato al fine di implementare un'azione di sistema atta ad affrontare il rischio connesso con il fattore specifico individuato	RSA CD e AD anziani	CAP	Comunità e CD Minori	Nidi d'infanzia	CDD / CDS	CIAF/CAG/Educativa	Servizi immigrati e medd. Ling.	Assistenza scolastica	Assistenza sociale
Gestione salma	13	Protocollo Gestione e preparazione salma	X	X	X						

Le misure di seguito indicate sono applicate in base alla pertinenza della specifica attività per la tipologia di ospiti del servizio/struttura. Per ciascun servizio / struttura può essere allegato un protocollo specifico che individua, tenuto conto della valutazione del rischio, particolari disposizioni derogatorie ovvero indicazioni operative rilevanti riguardo altresì alla tipologia di ospiti o ad altre esigenze specifiche del servizio.

Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema.

## Gestione del rischio

La valutazione del rischio è il processo complessivo d'identificazione, analisi e ponderazione del rischio. L'attività di valutazione del rischio è applicata ai singoli processi aziendali, inclusi pertanto i processi di erogazione connessi all'applicazione del presente protocollo, e deriva dalla comprensione del contesto (fattori interni ed esterni) e delle parti interessate (cfr. Sez. 04 MGI e PG 04 Gestione del Rischio). Tale comprensione evidenzia fattori di rischio e opportunità che determinano la definizione dei processi aziendali e le loro interazioni.

In linea con i principi seguiti della norma IEC 31010:2009, la metodologia seguita per la valutazione del rischio è quella che, valuta la grandezza del rischio (indice del rischio) come moltiplicatore di una matrice quadrata 4x4, quindi:



P				
	4	8	12	16
	3	6	9	12
	2	4	6	8
	1	2	3	4
				C

$R = P \times C$   
 R = indice del rischio;  
 P = probabilità o frequenza del verificarsi dell'evento;  
 C = ponderazione delle conseguenze derivanti

Range numerico	Livello	Valutazione indice dei rischi (R) Misure di contenimento
----------------	---------	---


1 – 3	Rischio basso	Nessuna AC specifica, consolidamento dei livelli di Rischio, valutazione eventuali miglioramenti.
4 – 8	Rischio medio	Predisposizione AC od obiettivi di miglioramento nel medio periodo, aumento del monitoraggio e del controllo.
9 – 16	Rischio alto	Predisposizione AC urgenti, stretto monitoraggio e controllo della fonte di Rischio.

Indice numerico	Livello	Valutazione della probabilità (P) Definizione/criterio
-----------------	---------	---

1	Improbabile	Indica la scarsissima probabilità del verificarsi dell'evento per la mancanza della presenza oggettiva del rischio in esame. Non sono noti episodi già verificatisi. Assenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento susciterebbe incredulità.
2	Occasionale	Indica la scarsa possibilità del verificarsi dell'evento. Sono noti solo rarissimi episodi già verificatisi o che sarebbero potuti accadere. Scarsa presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe grande sorpresa.
3	Probabile	Indica la possibilità concreta del verificarsi dell'evento. È noto qualche episodio in cui alla non conformità ha fatto seguito l'evento. Presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità. Il verificarsi dell'evento ipotizzato susciterebbe una moderata sorpresa.
4	Molto probabile	Esiste una correlazione diretta tra la non conformità rilevata ed il verificarsi dell'evento ipotizzato. Si sono già verificati episodi per la stessa non conformità rilevata in situazioni operative simili. Alta presenza di criteri oggettivi nell'individuazione del livello delle probabilità.

Indice numerico	Livello	Valutazione delle conseguenze (C) Definizione/criterio
-----------------	---------	---

1	Lieve	Evento di scarsa entità, con conseguenze facilmente contenibili
2	Media	Evento di media entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione
3	Grave	Evento di grave entità, che coinvolge parte dell'Organizzazione

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	<b>Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente  UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015</b>	Pag. 4 di 7
	Protocollo Gestione e preparazione salma	PRO – 13 <b>Rev. 01 del 13.07.2020</b>

4	<b>Gravissima</b>	<i>Evento di grave entità, che coinvolge l'intera Organizzazione</i>
---	-------------------	--

La Cooperativa elabora, per i diversi servizi, una valutazione del rischio specifico di erogazione, a partire dall'applicazione del presente protocollo tenendo conto:

- Delle NC rilevate rispetto al processo considerato
- Delle AC intraprese a seguito di NC o reclami riferibili al processo
- Dei reclami pervenuti relativamente al processo
- Di eventuali eventi critici, near miss o criticità rilevate e riferibili al processo
- Dei risultati di controlli, verifiche, ispezioni anche di Enti esterni relativamente al processo
- Dei risultati degli audit interni relativi al processo
- Dell'efficacia della formazione erogata che ha un impatto sul processo
- Dei risultati conseguiti dalle azioni di miglioramento intraprese relativamente al processo considerato
- Dell'andamento del processo e di altri aspetti specifici inerenti il processo
- Di ulteriori fattori rilevanti del contesto interno od esterno impattanti sul processo
- Dei risultati derivanti dalle indagini di soddisfazione del cliente e del clima interno
- Dai rapporti del servizio dei Coordinatori dei servizi e delle strutture

## **Emergenza Covid-19**

In relazione all'emergenza Covid – 19 la Cooperativa ha adottato le misure di sicurezza da applicare all'erogazione del servizio, mediante protocolli speciali, procedure e documenti organizzativi. Il presente protocollo, per quanto incompatibile con le più strette misure di sicurezza previste, viene da queste modificato senza necessità di specifica revisione.

Il quadro normativo di riferimento è in costante evoluzione. [A questo link del sito web del Dipartimento della Protezione Civile](#) sono disponibili in costante aggiornamento i provvedimenti normativi a livello governativo e regionali relativi alla gestione dell'emergenza.


[A questo link](#) in particolare sono disponibili le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana specificamente inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture socio-sanitarie.

[A questo link](#) in particolare è disponibile la documentazione prodotta dall'A.USL Toscana Nord Ovest inerenti la gestione dell'emergenza nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

Si fa riferimento a tale documentazione quale aggiornamento delle leggi e della documentazione di origine esterna.

Ai fini della gestione dell'emergenza, le autorità sanitarie e di protezione civile emettono altresì protocolli e linee guida con indicazioni operative da applicare e/o raccomandazioni suggerite riferibili ad esempio a strutture o servizi assistenziali e socio-sanitari specifici. Anche tale documentazione viene acquisita dal sistema come documentazione di origine esterna ed è oggetto sia di trasmissione ai servizi interessati, che di applicazione nella documentazione di erogazione del servizio.

In particolare vengono formalmente recepite nel sistema di gestione:

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	<b>Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente  UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015</b>	Pag. 5 di 7
	Protocollo Gestione e preparazione salma	PRO – 13 Rev. 01 del 13.07.2020

- le Ordinanze del Presidente della Regione Toscana sopra richiamate e applicabili al contesto aziendale;
- le Delibere di GR Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo della Regione Toscana applicabili al contesto aziendale
- le Linee di indirizzo elaborate dall'A. USL Toscana Nord Ovest – Unità di Crisi Gestione dell'emergenza COVID-19;
- Rapporti Covid-19 a cura dell'Istituto Superiore di Sanità <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

## Informazioni documentate da conservare

Presso i singoli servizi / strutture sono in uso modulistica specifica per la registrazione delle informazioni documentate da conservare inerenti lo svolgimento degli atti assistenziali. In alcune strutture è in uso altresì il gestionale e-personam che progressivamente consente di sostituire la registrazione cartacea con la registrazione digitalizzata.

In allegato al presente protocollo (allegato 1) l'elenco della modulistica ad esso riconducibile in uso presso ciascun servizio / struttura. Il Coordinatore si fa carico di tenere aggiornato il suddetto elenco e di trasmetterlo al RAQ che ne verifica la rispondenza al SGI e lo archivia tra gli elenchi della documentazione a sistema. Resta inteso che ciascun servizio non sia autorizzato ad introdurre autonomamente nuova modulistica e che ciò avvenga attraverso l'ordinario processo di emissione.

## Revisione del Protocollo


Il presente protocollo è sottoposto a revisione triennale e ogniqualvolta ciò si renda necessario. La revisione può essere proposta anche dai singoli servizi per il tramite del Coordinatore e/o dell'infermiere laddove presente.

La proposta di revisione può essere inoltrata al RAQ via email indicando:

- n. pagina oggetto di modifica;
- paragrafo da modificare;
- testo del paragrafo da modificare;
- testo proposto per la modifica

## 1. Decesso dell'ospite

Il decesso dell'ospite è una condizione di non rara frequenza all'interno dei servizi di RSA.

 C.R.E.A. Società Cooperativa Sociale	<b>Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente  UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015</b>	Pag. 6 di 7
	Protocollo Gestione e preparazione salma	PRO – 13 <b>Rev. 01 del 13.07.2020</b>

Il progressivo innalzarsi dell'età di ingresso e la conseguente progressiva diminuzione delle capacità relazionali e dell'autonomia, accompagnata dall'insorgere di condizioni multi problematiche e multi patologiche hanno come esito finale il decesso

La condizione di decesso dell'ospite viene accertata, tramite specifica visita, dal medico competente.

La Direzione provvede, quando possibile, ad avvisare i familiari in merito all'evoluzione delle condizioni cliniche che rendono presumibile l'esito letale.

## 2. Modalità operative

La constatazione ufficiale del decesso è di competenza del medico.

Dopo l'avvenuta constatazione del decesso, gli operatori di assistenza provvedono a:

- preparare l'ambiente idoneo alla gestione del lutto rimuovendo eventuali presidi medico-chirurgici ed igienizzando l'ambiente
- trasferire la salma nell'apposita sala mortuaria.
- preparare la salma rendendo il più decoroso possibile il suo aspetto
- assistere emotivamente (psicologicamente) i familiari, ascoltando e comprendendo le loro manifestazioni comportamentali/psicologiche e le loro richieste

E' in ogni caso esclusa l'attività di "vestizione" che rimane a cura dell'impresa funebre incaricata dai familiari per lo svolgimento delle esequie.

Il responsabile della struttura prende sotto la sua cura gli effetti personali del defunto, al fine di consegnarli ai familiari, al legale rappresentante o all'autorità giudiziaria,

In particolare la Direzione provvede a garantire un ambiente idoneo alla gestione del lutto, il rispetto delle norme sulla privacy, dei protocolli comportamentali e delle procedure amministrative sia in relazione ad attività autonome che collaborative o su indicazione di altri operatori valutando i risultati del suo intervento.

È comunque sempre compito dei familiari provvedere, in piena autonomia, al servizio funebre.

E' tassativamente vietato agli operatori del servizio fornire indicazioni in merito agli operatori e alle imprese attive nel settore.

## Allegato 1 - ELENCO DELLA MODULISTICA ALLEGATA

SERVIZIO / STRUTTURA \_\_\_\_\_



C.R.E.A.  
Società Cooperativa Sociale

**Sistema di Gestione per la Qualità e per l'Ambiente  
UNI EN ISO 9001:2015 e UNI EN ISO 14001:2015**

Pag. 7 di 7

Protocollo Gestione e preparazione salma

PRO – 13  
Rev. 01 del 13.07.2020

**E- personam**

€ Si

€ No

**In caso di risposta 'Sì' indicare quali sezioni sono utilizzate:**

- ...
- ...
- ...

**Indicare quali moduli legati al presente protocollo sono in uso:**

Modulo	In uso (✓)

**Aggiornato al** \_\_\_\_\_