

Regione Marche

Delibera Giunta Regionale 07/09/2009, n. 1397

“Attuazione regolamento n. 3/09 in materia di attività funebri e cimiteriali – Approvazione dei corsi di formazione per i soggetti esercenti l’attività funebre (art. 15 comma 4) e dei modelli regionali previsti all’art. 17 comma 1, art. 18 comma 5, art. 19 comma 3”

[Pubblicato sul B.U.R. n. 85 del 18/09/2009]

LA GIUNTA REGIONALE

... omissis ...

DELIBERA

1. di approvare i seguenti allegati, parti integranti e sostanziali del presente provvedimento, in adempimento a quanto previsto nel Regolamento Regionale n. 3 del 09.02.2009:
 - Allegato 1 – corsi di formazione per la qualificazione professionale dei soggetti esercenti l’attività funebre;
 - Allegato 2 – modello di verbale di chiusura feretro per trasporto cadavere;
 - Allegato 3 – modulo per il trasporto di salma (prima dell’accertamento di morte);
 - Allegato 4 – modello di libretto di idoneità dell’automezzo adibito al trasporto funebre;
2. di stabilire che i corsi di formazione per la qualificazione dei soggetti esercenti l’attività funebre siano organizzati dall’ASUR (Azienda Sanitaria Unica Regionale), con oneri a carico dei partecipanti, attraverso il Centro di Formazione Permanente per la Prevenzione istituito presso la Zona Territoriale n. 2 di Urbino che provvederà a rilasciare, al termine di ogni Corso e del superamento dell’esame di verifica finale, un attestato di abilitazione e l’iscrizione in un apposito registro regionale;
3. che gli “Esami di verifica finale” siano effettuati da Commissioni formate da:
 - Presidente (Il Direttore Scientifico dei Corsi o suo delegato)
 - Componente (un Docente del Corso)
 - Componente (il Responsabile della P.O Prevenzione rischi per la collettività della PF Sanità Pubblica del Servizio Salute della Regione Marche o suo delegato)
 - Segretario (funzionario amministrativo A.S.U.R.)

Ai componenti le Commissioni spettano, a carico dell’ASUR, i compensi previsti dalla disciplina concorsuale del personale del Servizio Sanitario Nazionale.

ALLEGATO 1
CORSI DI FORMAZIONE PROFESSIONALE PER LA QUALIFICAZIONE PROFESSIONALE DEI
SOGGETTI ESERCENTI L'ATTIVITÀ FUNEBRE
(art. 15, comma 4, Regolamento Regionale n. 3 del 9 febbraio 2009)

Destinatari:

Il Corso si rivolge:

- A) – ai “Direttori Tecnici” di imprese che intendono svolgere attività funebre ai sensi dell’art. 14 del Regolamento 3/09;
B) – agli “Addetti” alle attività funebri (art. 7 L.R. 3/05).
È prevista la partecipazione di circa 20/25 fra “Direttori Tecnici” e “Addetti” per ogni edizione del Corso.

Durata:

- A) Corso “Direttori Tecnici” di imprese che intendono svolgere attività funebre ai sensi dell’art.14 del Regolamento 3/09;
30 ore suddivise in Moduli di 4 ore/giorno
(6 ore + 24 ore del corso per “Addetti” di cui al punto B)
B) Corso “Addetti” alle attività funebri:
24 ore suddivise in Moduli di 4 ore/giorno.

È prevista la “partecipazione congiunta” dei “Direttori Tecnici” e degli “Addetti” alle attività funebri relativamente a quelle ore di lezione che si riferiscono a materie che sono di interesse comune alle due figure A) e B).

È previsto un “ESAME FINALE”, differenziato per le due tipologie di figure professionali “A” e “B”, teso a verificare l’acquisizione delle conoscenze necessarie ad operare con professionalità nelle “attività funebri”.

Gli “Esami finali” sono effettuati da Commissioni formate da:

- Presidente (Il Direttore Scientifico dei Corsi o suo delegato)
- Componente (un Docente del Corso)
- Componente (il Responsabile della P.O Prevenzione rischi per la collettività del Servizio Salute della Regione Marche o suo delegato)
- Segretario (funzionario amministrativo A.S.U.R.)
- Per essere ammessi all’Esame Finale è richiesta ai partecipanti ai Corsi una presenza minima pari al 90% del monte ore complessivo.

Esame finale:

Verifica circa l’acquisizione delle conoscenze necessarie ad esercitare le attività funebri in conformità alla normativa nazionale e regionale vigente in materia.

La “verifica” consiste nella somministrazione di un TEST con più quesiti formulati dai docenti del Corso, i quali provvederanno, altresì a stabilire i criteri di valutazione, nonché a stabilire la soglia minima di profitto che unitamente al rispetto della soglia minima di frequenza (90% del monte orario complessivo) costituisce presupposto per il rilascio dell’attestato di abilitazione all’esercizio della professione.

Abilitazione:

Al termine di ogni Corso, a seguito dell’avvenuta frequenza minima al 90% delle ore di lezione e del superamento della prova di verifica finale, verrà rilasciato un attestato di abilitazione all’esercizio della professione o come “DIRETTORE TECNICO” o come “ADDETTO” alle attività funebri.

I nominativi di coloro che risulteranno abilitati saranno iscritti dall’ASUR in un apposito registro regionale.

Programma comune alle due figure professionali di cui alle lettere “A” Direttore Tecnico e “B” Addetto:

Modulo	Ore	Contenuto
1	2	La legislazione: D.P.R. 285/90; Legge Regionale 1 febbraio 2005, n. 3; Regolamento Regionale n. 3 del 9 febbraio 2009. Competenze del Comune, dell’ASUR e gli obblighi dell’incaricato di pubblico servizio.
	2	Rapporto con i dolenti: ruolo dell’impresa. Il trasporto funebre: decoro, rispetto, ritualità, comportamento degli addetti alle attività funebri.
2	2	Autorizzazioni ai trasporto, alla sepoltura e alla cremazione. Attestazioni mediche.
	2	Obitorio: trasferimento di salme dall’esterno e all’interno degli obitori, assistenza all’accertamento autoptico, servizio mortuario sanitario, strutture per il commiato, toilette, composizione, preparazione salma

3	2	Esercitazione pratica presso un obitorio
	2	Esercitazione pratica in aula: procedure nel trattamento di salme e di cadaveri
4	2	Cimitero – Operazioni cimiteriali: precauzioni igienico-sanitarie generali, sepolture e cimiteri , cremazioni e impianti cromatori , esumazioni ed estumulazioni , traslazione dei feretri
	2	Esercitazione pratica presso un Cimitero
5	2	Norme e procedure in tema di salute e sicurezza dei lavoratori
	2	Esercitazione pratica in aula: conoscenza e uso dei D.P.I. da utilizzare nello svolgimento delle attività funebri
6	2	Mezzi funebri, autorimesse, sistemi di sanificazione e disinfezione
	2	Recuperi salme difficili

Totale 24

Programma per la sola figura professionale di cui alla lettera “A” Direttore Tecnico

Modulo	Ore	Contenuto
7	2+1	Norme che regolamentano la vigilanza, i controlli e l'applicazione delle relative sanzioni. Approfondimento delle problematiche inerenti la salute e la sicurezza degli “Addetti ai servizi funebri” con esercitazione pratica in aula.
8	2+1	Problematiche e particolarità del recupero salme in caso di decessi a seguito di incidenti stradali,. incidenti sul lavoro e altri recuperi speciali con intervento dell'autorità giudiziaria con esercitazione pratica in aula.

Totale 6

Sedi:

Per coprire le esigenze dell'intero territorio regionale, è previsto che i Corsi si svolgano in tutti gli ambiti provinciali della Regione Marche, nelle sedi rese disponibili dall'organizzazione.

Organizzazione:

ASUR Marche – Centro di Formazione Permanente per la Prevenzione – Zona Territoriale n. 2 di Urbino.

Ripetizione del Corso:

In presenza di un numero sufficiente di nuove domande di ammissione, il Corso potrà essere ripetuto nelle sedi ritenute adeguate in rapporto alle nuove adesioni che perverranno.

Tabella riassuntiva

Qualifica	Modulo 1	Modulo 2	Modulo 3	Modulo 4	Modulo 5	Modulo 6	Modulo 7	Modulo 8	Totale ore teoria	Totale ore pratica	Totale ore
Direttore Tecnico attività funebri	X	X	X	X	X	X	X	X	20	10	30
Addetto attività funebri	X	X	X	X	X	X			16	8	24

ALLEGATO 2
MODELLO DI VERBALE DI CHIUSURA FERETRO PER TRASPORTO CADAVERE
(esclusi i trasferimenti all'estero) (art. 17, comma 1 del regolamento regionale n. 3/09)

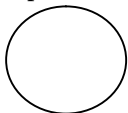
Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____ a _____ residente a _____ in via _____ n° _____ in qualità di addetto al trasporto, chiamato ad eseguire il trasporto del cadavere di _____ nato/a _____ il _____ residente a _____ in via _____ Cod. Fiscale _____ dal Comune di _____ al Cimitero di _____ previa sosta presso _____ per la celebrazione delle esequie, 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:

- Il cadavere sopra generalizzato, trascorso il periodo di osservazione, è stato riposto in idonea cassa conformemente alle prescrizioni previste dalla vigente normativa, in relazione alla destinazione e distanza da percorrere, e in particolare (barrare il caso corrispondente):
 - ☐ il cadavere è stato racchiuso in DUPLICE cassa, una di legno e una di metallo (zinco), ermeticamente chiusa mediante saldatura a fuoco o a freddo;
 - ☐ il cadavere è stato racchiuso nella sola cassa di legno foderato internamente con contenitore biodegradabile autorizzato dal Ministero della Sanità e idoneo al trasporto, fuori regione, anche per distanze superiori a 100 chilometri;
 - ☐ il cadavere è stato racchiuso nella sola cassa di legno;
 - ☐ in caso di decesso di persona affetta da malattia infettiva e diffusiva, sono state adottate le necessarie cautele igienico-sanitarie e nella fattispecie _____.
- Esternamente al feretro è stata applicata una targhetta metallica riportante cognome, nome, data di nascita e di morte del/la defunto/a;
- Il trasporto ha avuto inizio in data odierna alle ore _____ come da autorizzazione del Comune di _____ in data _____ autor. n. _____
- La movimentazione del feretro e il trasporto dal luogo di partenza a quello di destinazione viene effettuato avvalendosi di idoneo personale e di carro funebre il cui impiego è conforme alle norme vigenti;
- Alla presenza dei familiari del defunto/a ha personalmente provveduto all'identificazione del cadavere mediante:
 - ☐ Tipo di documento _____ n° _____ rilasciato da _____ il _____
 - ☐ Nella seguente forma _____

A garanzia dell'integrità del feretro e del suo contenuto ha apposto, su una delle viti di chiusura del coperchio, un sigillo dell'impresa che effettua il trasporto (sul quale è impresso il nominativo dell'impresa stessa, il numero di autorizzazione e il Comune che l'ha rilasciata), riprodotto anche in calce al presente documento.

La presente dichiarazione di eseguite prescrizioni viene allegata in originale alla documentazione che accompagna il feretro fino al cimitero/crematorio di destinazione. Copia viene conservata agli atti dell'impresa funebre che ha eseguito il trasporto; copia è inviata al comune di partenza, a quello di arrivo e alle Zone Territoriali dell'ASUR competenti per territorio.

_____, li, _____  L'addetto al trasporto _____

Il sottoscritto _____ addetto alla struttura ricevente, denominata _____ sita in _____ dichiara di ricevere il feretro sopra indicato unitamente alla documentazione che lo accompagna, il giorno _____ alle ore _____; dichiara altresì di aver verificato l'integrità del sigillo di cui al comma 2 dell'art. 17 del Regolamento Regionale 3/09.

_____, li, _____
Il dichiarante _____

Note per la compilazione

L'identificazione del cadavere può avvenire per conoscenza diretta o per identificazione da parte di testimoni o per presa visione di documento di identità.

Il modello è da compilare e da sottoscrivere dall'addetto al trasporto funebre, quando il trasporto è eseguito all'interno del territorio comunale o in partenza da esso. In caso di trasporto internazionale provvede la Zona Territoriale dell'ASUR competente per territorio.

ALLEGATO 3
MODULO PER TRASPORTO DI SALMA (PRIMA DELL'ACCERTAMENTO DI MORTE)
(art. 18 comma a Regolamento Regionale 9 febbraio 2009, n. 3)
(art. 5 comma 2, 4 Legge Regionale 1 febbraio 2005, n. 3)

All'Ufficiale di Stato Civile del Comune
di _____ Comune presso il quale è avvenuto il decesso)
e di _____ (Comune cui è destinata la salma)

All'ASUR Zona Territoriale
Di _____ (ZT ove è avvenuto il decesso)
e di _____ (ZT cui è destinata la salma)

Al Responsabile della struttura cui è destinata la salma
_____ (se diversa da abitazione privata)

Il sottoscritto, medico chirurgo, Dr/Dr.ssa _____ Dipendente/Convenzionato con l'ASUR/AO di _____
dichiara che il/la Sig./ra _____ Nato/a a _____ il _____ cittadino/a _____ residente a _____ in
via _____ n° _____ stato civile _____ coniugato/a con _____ è deceduto/a il giorno _____ al-
le ore _____ presso _____ e che è escluso il sospetto che la morte sia dovuta a reato.

La salma può essere trasportata, senza pregiudizio per la salute pubblica, per la prosecuzione del periodo di os-
servazione, presso:

- ☐ Deposito di osservazione comunale sito in via _____ a _____
- ☐ Sala del commiato, sita in via _____ a _____
- ☐ Struttura Sanitaria denominata _____ a _____
- ☐ Abitazione sita in via _____ a _____

_____ lì, _____

Il Medico _____ (timbro e firma)

Il sottoscritto _____ nella sua qualità di titolare / direttore tecnico dell'Impresa Funebre _____ con sede a
_____ in via _____ n° _____ autorizzazione n° _____ del _____ rilasciata dal comune di _____
VISTA la richiesta effettuata in qualità di avente titolo, dal Sig. _____ di trasferimento della salma sopra ge-
neralizzata

DICHIARA

- ☐ che il trasporto avverrà in tempi brevi in data _____ alle ore _____ a mezzo di autofunebre targata
_____ condotta da _____
- ☐ che il trasporto della salma è effettuato conformemente alle prescrizioni previste dall'ari. 5 e. 4 della Legge
Regionale n. 3/05 con la salma riposta in contenitore impermeabile non sigillato e in condizioni che non o-
stacolano eventuali manifestazioni di vita e che comunque non siano di pregiudizio per la salute pubblica.

_____ lì, _____

Il dichiarante _____

Il sottoscritto _____ nella sua qualità di responsabile della struttura _____ sita in _____.
Dichiara di ricevere la salma sopra indicata il giorno _____ alle ore _____.

L'addetto al trasporto _____

Il dichiarante _____

ALLEGATO 4
MODELLO DI LIBRETTO DI IDONEITÀ DELL'AUTOMEZZO
ADIBITO AL TRASPORTO FUNEBRE
(art. 19 comma 3 del Regolamento Regionale n. 3/09)

Autoveicolo

Marca _____ Tipo _____ Targa _____ Data della prima immatricolazione _____
di proprietà di _____ in Via _____ n° _____ a _____
C.F. / part. IVA _____ in uso a _____ in Via _____ n° _____ a _____
C.F. / part. IVA _____
titolo di possesso [Indicare di proprietà, leasing, in comodato d'uso, altro (specificare)] _____

Autorimessa di abituale deposito

Comune _____ Via _____ n° _____

SI DICHIARA CHE

l'automezzo sopra individuato è idoneo sotto il profilo igienico-sanitario all'effettuazione di trasporto funebre.

_____ li, _____

(Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR) _____

Zona Territoriale _____

(Firma e timbro funzionario-ASUR) _____

Note per la compilazione

- Il presente libretto viene rilasciato in triplice copia conservate:
 - nell'autofunebre, per essere esibito ad ogni richiesta degli organi di vigilanza;
 - dal competente servizio comunale;
 - dal competente servizio della Zona Territoriale dell'ASUR
- Le autocertificazioni annuali attestanti la continuità del rispetto e mantenimento dei requisiti, sulle operazioni di disinfezione straordinaria condotte e sul permanere del luogo di abituale rimessaggio vanno inviate dal proprietario alla Zona Territoriale dell'ASUR ed allegate in copia al presente libretto (art. 19, comma 4 del regolamento regionale n. 3/09).

Verifica di idoneità

Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR	Firma funzionario e timbro ASUR
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR	Firma funzionario e timbro ASUR
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR	Firma funzionario e timbro ASUR
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR	Firma funzionario e timbro ASUR
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR	Firma funzionario e timbro ASUR
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR	Firma funzionario e timbro ASUR
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR	Firma funzionario e timbro ASUR
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR	Firma funzionario e timbro ASUR
Data	Nome Cognome in stampatello funzionario ASUR	Firma funzionario e timbro ASUR