



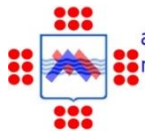
**STRUTTURA INTERAZIENDALE COMPLESSA
REGIONALE DI MEDICINA LEGALE**
Direttore Prof. Aldo DI FAZIO



SEMINARIO

ACCERTAMENTO E CERTIFICAZIONE DI MORTE,
OSSERVAZIONE DELLA MORTE ENCEFALICA,
DONAZIONE DI ORGANI A SCOPO DI TRAPIANTO TERAPEUTICO

DOTT. MARIO GIUSEPPE GRECO
DIRIGENTE MEDICO – AOR SAN CARLO DI POTENZA





CdLM Medicina e Chirurgia per l'a.a. 2025/2026

Insegnamento di Medicina Legale

(Tit.: Prof. Aldo Di Fazio)



Obiettivi

Fornire le competenze teoriche e pratiche necessarie per il corretto espletamento delle procedure in materia accertamento e certificazione di morte, accertamento della morte encefalica e trapianti d'organo, basato sulla normativa italiana vigente e sulle migliori pratiche cliniche. L'obiettivo principale è garantire il massimo rigore scientifico, clinico e legale in un momento estremamente delicato, fondamentale sia per la definizione di morte certa che per il potenziale percorso di donazione di organi.

Dott. Mario Giuseppe Greco

Medico-Chirurgo

Specialista in Medicina Legale e delle Assicurazioni

Dottore di Ricerca in Scienze Biologiche Forensi

Cultore della Materia per l'insegnamento di Medicina Legale presso l'UNIBAS

Potenza, Campus di Macchia Romana

20 marzo 2026



Argomenti



- ☐ **Accertamento e certificazione di morte**
- ☐ **Normativa sui trapianti d'organo**
- ☐ **Accertamento della morte encefalica**
- ☐ **Donazione di organi a scopo di trapianto terapeutico**



I. Accertamento e certificazione di morte



La Medicina Necroscopica e il Regolamento di Polizia Mortuaria



La normativa di riferimento

DPR 10 settembre 1990 n. 285



Contiene il nuovo regolamento di
polizia mortuaria, tuttora vigente



Excursus storico sulla normativa

**Circolare del Ministero della Sanità
del 24/6/1993 n. 24**

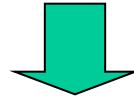


Si sono armonizzate le nuove norme
in materia di polizia mortuaria con la
nuova struttura della sanità pubblica
quale delineata dal D.Lgs n. 502/92



Excursus storico sulla normativa

**Legge 29 dicembre 1993 n. 578:
“Norme sull’accertamento e certificazione
della morte”**

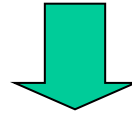


Con l’Art.1 dà una definizione
giuridica della morte, stabilendo che
“la morte si identifica con la
cessazione irreversibile di tutte le
funzioni dell’encefalo”



Excursus storico sulla normativa

**Legge 29 dicembre 1993 n. 578:
“Norme sull’accertamento e certificazione
della morte”**



Con l’Art.2 opera una distinzione tra i decessi avvenuti per arresto cardiaco e quelli in persone affette da lesioni encefaliche e che siano sottoposti a misure rianimatorie



Excursus storico sulla normativa

**Legge 29 dicembre 1993 n. 578:
“Norme sull’accertamento e certificazione
della morte”**



Decreto ministeriale 22 agosto 1994, n. 582
Gazzetta Ufficiale 19 ottobre 1994, n. 245

Nel caso di *decessi per arresto cardiaco*, il comma 1 dell’art. 2, integrato dall’art. 1 del “Regolamento recante le modalità per l’accertamento e la certificazione della morte” emanato con **Decreto del Ministero della Sanità n. 582 del 22 agosto 1994**, prevede che il decesso sia da considerarsi accertato dopo un rilievo grafico con elettrocardiogramma “piatto” protrattosi per almeno 20 minuti



Excursus storico sulla normativa

**Legge 29 dicembre 1993 n. 578:
“Norme sull’accertamento e certificazione
della morte”**



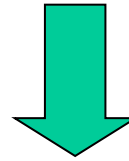
Decreto ministeriale 22 agosto 1994, n. 582
Gazzetta Ufficiale 19 ottobre 1994, n. 245

Nel caso di *persone affette da lesioni encefaliche e sottoposte a misure rianimatorie*, l’art. 2 comma 5 della legge 578, integrato dall’art. 2 e 3 del regolamento n. 582, prevede che il decesso sia accertato da un’apposita commissione medica istituita presso ogni azienda sanitaria (locale od ospedaliera)



Excursus storico sulla normativa

LEGGE 30 marzo 2001, n. 130
“Disposizioni in materia di cremazione
e dispersione delle ceneri.”

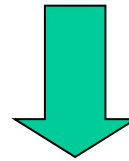


Disciplina la pratica funeraria della cremazione,
nonché, nel rispetto della volontà del defunto, la
dispersione delle ceneri.



Excursus storico sulla normativa

D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254
Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari
a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179.



**Disciplina la sepoltura di parti anatomiche riconoscibili e
di resti mortali**



Il Regolamento di Polizia Mortuaria



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

CAPO I: Denuncia della causa di morte e accertamento dei decessi

LA DENUNCIA DI MORTE

Il medico curante, ai sensi dell'art. 1 comma 1 del regolamento di polizia mortuaria (o il medico necroscopo, ai sensi del combinato disposto degli artt. 1, comma 4, e 4 del regolamento) deve denunciare ⁽¹⁾ al sindaco del Comune in cui si trova, entro 24 ore, la morte di un suo assistito, indicandone anche le possibili cause

⁽¹⁾ Su apposita scheda di morte, stabilita d'intesa tra il Ministero della Sanità e l'Istituto Nazionale di Statistica



Il Regolamento di Polizia Mortuaria



La scheda ISTAT
di denuncia delle
cause di morte

ATTENZIONE:
Non piegare il modello durante la compilazione (carta copiativa)
Scrivere in stampatello

Istat
ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA
SCHEDA DI MORTE OLTRE IL 1° ANNO DI VITA

ISTAT MODELLO D4 - Ediz. 2021
COPIA PER L'ISTAT

PARTE A - A CURA DEL MEDICO (per una corretta compilazione leggere le istruzioni sul retro)

MASCHIO ☐ FEMMINA ☐
Cognome e nome della persona defunta

1. Luogo del decesso
Abitazione ☐ 1 Comune ☐ 2
Istituto di cura (pubblico - privato - accreditato) ☐ 3
Ospedale ☐ 4
Struttura residenziale o socio-assistenziale ☐ 5
Istituto di pena ☐ 6
Altro (specificare) ☐ 9 Codice ASL ☐ 10

2. Rischio diagnostico
E' stato richiesto? ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

3. Stato di gravidanza della deceduta negli ultimi 12 mesi di vita (da compilare per le donne decedute in età fertile)
Nessuna gravidanza ☐ 1 Morte in gravidanza ☐ 2 Morte entro 42 giorni dal parto ☐ 3 Morte tra 43 giorni e 1 anno dall'ultimo parto ☐ 4 Informazione sconosciuta ☐ 5

4. Parte I
CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatiche/avvelenamenti che ha condotto a morte
In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante - In caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9

Causa iniziale:
Scegliere la SCLA
patologia o trauma
che ha dato inizio
alla sequenza.

Eventuali condizioni
o complicazioni che
fanno parte della
sequenza.

4. Parte II
Altri stati morbose rilevanti: indicare altre condizioni morbose o traumatiche/avvelenamenti che non fanno parte della sequenza riportata nel quesito 4.
Parte I, ma che hanno contribuito al decesso

Quesiti da 5 a 9 - Compilare se nel quesito 4. Parte I è stato riportato un Traumatismo/avvelenamento (anche con informazioni riferite)
In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante - In caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9

5. Modalità del traumatismo/avvelenamento (indicare la più verosimile, compilare sempre)
Accidentale (indicare se causato da eventi catastrofici (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, crolli, distruzioni, ...))
Suicidio ☐ 1 Omicidio ☐ 2

6.1 Se "Accidentale" specificare: Infortunio sul lavoro ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

7. In caso di incidente da trasporto specificare anche
7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi")
7.2 Ruolo della vittima
Pedone ☐ 1 Guida ☐ 2
Passeggero ☐ 3 Persona intenta nel salire o scendere dal veicolo ☐ 4
7.3 Tipo di incidente (es. investimento, scontro, ribaltamento, ecc.)
7.4 In caso di scontro indicare l'oggetto (es. altro veicolo, motocicletta, autobus, etc.)
In caso di investimento indicare il veicolo coinvolto (es. treno, autobus, trattore, etc.)

8. Data dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento
Orario ☐ giorno ☐ mese ☐ anno

9. Luogo dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento
Casa ☐ 1
Istituzione collettiva ☐ 2
Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione ☐ 3
Luogo dedicato ad attività sportiva ☐ 4
Strada e via ☐ 5
Luogo di commercio e servizio ☐ 6
Area industriale e di costruzione ☐ 7
Azienda agricola ☐ 8
Altri luoghi (specificare) ☐ 9

PARTE B - A CURA DELL'UFFICIALE DI STATO CIVILE (controllare ed eventualmente correggere cognome e nome)

MASCHIO ☐ FEMMINA ☐
CODICE FISCALE della defunta

Atto di morte
Numero ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Serie ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

1. Data di morte
Giorno ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Mese ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Anno ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

2. Località di nascita
Stesso comune di morte ☐ 1
Altro Comune ☐ 2
(specificare comune e provincia) (comune) (provincia)

3. Località di nascita
Stesso comune di morte ☐ 1
Altro Comune ☐ 2
(specificare comune e provincia) (comune) (provincia)

4. Età compiuta
Anni ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

5. Stato civile
Celibe/ubile ☐ 1
Coniugato/a ☐ 2
Viduo/a ☐ 3
Divorziato/a o già coniugato/a ☐ 4
Separato/a legalmente ☐ 5
Unito civilmente ☐ 6
Già in unione civile (per decesso del partner) ☐ 7
Se coniugato/a o unito civilmente o separato legalmente indicare:
Anno di nascita del coniuge o del partner superstite ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 ☐ 32 ☐ 33 ☐ 34 ☐ 35 ☐ 36 ☐ 37 ☐ 38 ☐ 39 ☐ 40 ☐ 41 ☐ 42 ☐ 43 ☐ 44 ☐ 45 ☐ 46 ☐ 47 ☐ 48 ☐ 49 ☐ 50 ☐ 51 ☐ 52 ☐ 53 ☐ 54 ☐ 55 ☐ 56 ☐ 57 ☐ 58 ☐ 59 ☐ 60 ☐ 61 ☐ 62 ☐ 63 ☐ 64 ☐ 65 ☐ 66 ☐ 67 ☐ 68 ☐ 69 ☐ 70 ☐ 71 ☐ 72 ☐ 73 ☐ 74 ☐ 75 ☐ 76 ☐ 77 ☐ 78 ☐ 79 ☐ 80 ☐ 81 ☐ 82 ☐ 83 ☐ 84 ☐ 85 ☐ 86 ☐ 87 ☐ 88 ☐ 89 ☐ 90 ☐ 91 ☐ 92 ☐ 93 ☐ 94 ☐ 95 ☐ 96 ☐ 97 ☐ 98 ☐ 99 ☐ 100

6. Professione
Occupazione ☐ 1
Disoccupato/a ☐ 2
In cerca di prima occupazione ☐ 3
Ritirato/a da lavoro ☐ 4
Casalingo/a ☐ 5
Studente ☐ 6
Inabile al lavoro ☐ 7
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) ☐ 8

7. Residenza
Stesso Comune di morte ☐ 1
Altro Comune ☐ 2
(specificare comune e provincia) (comune) (provincia)

8. Grado di istruzione
Laurea ☐ 1
Diploma universitario o laurea breve ☐ 2
Diploma di scuola media superiore ☐ 3
Licenza di scuola media inferiore ☐ 4
Licenza elementare o nessun titolo ☐ 5

9. Condizione professionale o non professionale
Occupazione ☐ 1
Disoccupato/a ☐ 2
In cerca di prima occupazione ☐ 3
Ritirato/a da lavoro ☐ 4
Casalingo/a ☐ 5
Studente ☐ 6
Inabile al lavoro ☐ 7
Altro (compreso servizio di leva o servizio civile) ☐ 8

10. Posizione nella professione
Da svolgere solo se la professione è libera
Per lavoratori/impiegati autonomi
Imprenditore/imprenditrice o libero professionista ☐ 1
Lavoratore/lavoratrice in proprio o coadiuvante ☐ 2
Altro ☐ 3
Per lavoratori/impiegati dipendenti
Dirigente o direttore ☐ 4
Impiegato o intermedio ☐ 5
Operativo o assistente ☐ 6
Altro (apprendista, lav. a domicilio, ecc.) ☐ 7

11. Ramo di attività economica
Da compilare solo se la professione è libera
Agricoltura, caccia e pesca ☐ 1
Industria ☐ 2
Commercio, pubblici servizi, alberghi ☐ 3
Pubblica amministrazione e servizi pubblici ☐ 4
Altri servizi privati ☐ 5

12. Cittadinanza
Italiana ☐ 1
Per nascita ☐ 2
Acquisita ☐ 3
Straniera ☐ 4
(specificare stato estero) ☐ 5
Non conosciuta ☐ 6

13. Data
Giorno ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Mese ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Anno ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

14. Firma e recapiti dell'Ufficiale dello Stato Civile
Firma
E-mail
Tel.

15. Timbro
(timbrare anche la copia per la ASL)



	CAUSA DI MORTE: sequenza di condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che ha condotto a morte	Tempo intercorso tra l'insorgenza della causa indicata e la morte
4. Parte I	In presenza di più sequenze scegliere la più rilevante - In caso di traumatismo/avvelenamento compilare anche i quesiti da 5 a 9	
Causa iniziale. Scegliere la SOLA patologia o trauma che ha dato inizio alla sequenza.	1 _____ che ha provocato la causa riportata nella riga successiva	anni ____ mesi ____ giorni ____
Eventuali condizioni o complicazioni che fanno parte della sequenza.	2 _____ che ha provocato la causa riportata nella riga successiva	anni ____ mesi ____ giorni ____
	3 _____ che ha provocato la causa riportata nella riga successiva	anni ____ mesi ____ giorni ____
	4 _____	anni ____ mesi ____ giorni ____
4. Parte II	Altri stati morbosi rilevanti: indicare altre condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che non fanno parte della sequenza riportata nel quesito 4. Parte I, ma che hanno contribuito al decesso	
	_____	anni ____ mesi ____ giorni ____
	_____	anni ____ mesi ____ giorni ____
	_____	anni ____ mesi ____ giorni ____
Quesiti da 5 a 9 - Compilare se nel quesito 4. Parte I è stato riportato un Traumatismo/Avvelenamento (anche con informazioni riferite)		
5. Evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento indicato nel quesito 4. Parte I (es: caduta da scala a pioli, impiccamento, colpo di fucile, violenza sessuale, ...) Specificare inoltre se causato da eventi catastrofici (terremoti, alluvioni, frane, incendi boschivi, valanghe, ondate di calore, crolli, distruzioni, ...)		

Descrizione dell'evento che ha provocato il traumatismo/avvelenamento	6. Modalità del traumatismo/avvelenamento (indicare la più verosimile, compilare sempre)	
	Accidentale (include incidenti da trasporto)....1 ☐ Suicidio....2 ☐ Omicidio...3 ☐	
	6.1 Se "Accidentale" specificare: Infortunio sul lavoro 1 ☒ 2 ☐ NO 2 ☐	
	7. In caso di incidente da trasporto specificare anche	
	7.1 Mezzo di trasporto della vittima al momento dell'incidente (se pedone scrivere "a piedi") _____ _____	
	8. Data dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento	
	Orario _____ giorno _____ mese _____ anno _____	
	9. Luogo dell'evento che ha dato origine al traumatismo/avvelenamento	
	Casa1 ☐	
	Istituzione collettiva2 ☐	
	Scuola, istituzioni della pubblica amministrazione3 ☐	
	Luogo dedicato ad attività sportive4 ☐	
	Strade e vie5 ☐	
	Luogo di commercio e servizio6 ☐	
	Area industriale e di costruzione7 ☐	
	Azienda agricola8 ☐	
	Altri luoghi (specificare) _____ 9 ☐	



Il Regolamento di Polizia Mortuaria



LA DICHIARAZIONE DI MORTE

La dichiarazione di morte viene presentata all'ufficiale dello stato civile, entro 24 ore, da parte di un congiunto, da persona convivente o da un suo delegato o, in mancanza, da persona informata del decesso (il direttore sanitario, per il caso delle morti avvenute presso strutture sanitarie –Aziende Ospedaliere o Presidi Ospedalieri)

REGIO DECRETO 9 luglio 1939, n. 1238
(Ordinamento dello stato civile)

Decreto Presidente della Repubblica 3
Novembre 2000, n. 396 (Regolamento
di Stato Civile)



Il Regolamento di Polizia Mortuaria



LA DICHIARAZIONE DI MORTE

Art. 136

Nella prima parte dei registri di morte l'ufficiale dello stato civile iscrive le dichiarazioni di morte fattegli direttamente nei casi indicati nell'art. 138, comma primo.

((12))

AGGIORNAMENTO (12)

Il [D.P.R. 3 novembre 2000, n. 396](#) ha disposto (con l'art. 109, comma 2) che "Tutte le

REGIO DECRETO 9 luglio 1939, n. 1238
(Ordinamento dello stato civile)



Il Regolamento di Polizia Mortuaria



LA DICHIARAZIONE DI MORTE

Art. 72

(Dichiarazione di morte)

1. La dichiarazione di morte è fatta *((, eventualmente anche in formato digitale con invio mediante posta elettronica certificata,))* non oltre le ventiquattro ore dal decesso all'ufficiale dello stato civile del luogo dove questa è avvenuta o, nel caso in cui tale luogo si ignori, del luogo dove il cadavere è stato deposto.
2. La dichiarazione è fatta da uno dei congiunti o da una persona convivente con il defunto o da un loro delegato o, in mancanza da persona informata del decesso.
3. In caso di morte in un ospedale, casa di cura o di riposo, collegio, istituto o qualsiasi altro stabilimento, il direttore o chi ne è stato delegato dall'amministrazione deve trasmettere avviso della morte *((o inviarlo telematicamente se redatto in formato digitale))*, nel termine fissato dal comma 1, all'ufficiale dello stato civile, con le indicazioni stabilite nell'articolo 73.

Decreto Presidente della Repubblica 3 Novembre 2000, n. 396 (Regolamento di Stato Civile)

La LEGGE 2 dicembre 2025, n. 182 (in G.U. 03/12/2025, n.281) ha disposto (con l'art. 37, comma 1, lettera a)) la modifica dell'art. 72, commi 1 e 3.



Il Regolamento di Polizia Mortuaria



Il modello di dichiarazione di morte in uso presso l'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Potenza

 **OSPEDALE S. CARLO**
Istituto Ospedaliero - Potenza

FOGLIO DI NOTIZIE DA ALLEGARE ALLA COMUNICAZIONE DI MORTE, DIRETTA

ALL'UFFICIO DI STATO CIVILE
COMUNE DI POTENZA

Visti gli atti d'ufficio

SI CERTIFICA

che _____ Sig. _____

Paternità _____

Maternità _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____ Atto n. _____ parte _____

Professione o condizione _____

Comune di residenza _____

Via _____ n. _____

Stato civile _____

Cognome e nome del coniuge _____

Data di nascita del coniuge _____

è stato ricoverato in questo Ospedale il _____

perchè affetto: _____

che _____ stesso è deceduto alle h _____ il _____

con la seguente diagnosi: _____

Potenza, _____

IL DIRETTORE SANITARIO

Modello S. Carlo di Potenza - Mod. S.4



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

L'ACCERTAMENTO DI MORTE

Secondo le disposizioni del Ministero della Sanità, il **periodo di osservazione** di eventuali manifestazioni di vita è di 24 ore (portato a 48 in caso di morte improvvisa o con dubbi di morte apparente).

La visita del medico necroscopo deve essere effettuata, dunque, **non prima di 15 ore e non oltre le 30 ore** dal decesso (sono fatti salvi i casi di decapitazione, maciullamento, morte dovuta a malattia infettivo-diffusiva -in quest'ultimo caso, così come in caso di avvenuto precoce inizio dei fenomeni putrefattivi, previa autorizzazione del sindaco-, con contestuale annullamento dell'obbligo del periodo della osservazione)



Regolamento di Polizia Mortuaria



Il modello di certificato necroscopico

 **COMUNE DI POTENZA**

N.

CERTIFICATO NECROSCOPICO

Il sottoscritto Dr., incaricato del servizio necroscopico, ai sensi ed agli effetti dell'art. 141 del R.D. 9 luglio 1939, n. 1238 sull'ordinamento di stato civile e degli artt. 1 e 4 del vigente regolamento di polizia mortuaria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285;

CERTIFICA

di aver eseguito alle ore del giorno
in via n.
la visita necroscopica di
nato a il
di professione di stato civile
residente in vita in
Attesta che la morte è avvenuta alle ore del giorno
a causa di:

Il cadavere può essere sepolto dopo che saranno trascorse ore
da quella del decesso.
Annotazioni (discordanze con la denuncia della causa di morte del medico curante)

IL MEDICO NECROSCOPO
(firma leggibile)

COMUNE DI

UFFICIO DELLO STATO CIVILE

Atto di Morte N. P. S. Anno

Ufficio

Visto: per l'inserzione del presente documento.

Il
L'UFFICIALE DELLO STATO CIVILE

N.B. — La visita del medico necroscopo deve essere effettuata non prima di 15 ore dal decesso, salvo i casi previsti dagli artt. 8, 9 e 10 del Reg. di P.M. (art. 4 reg.)



Il Regolamento di Polizia Mortuaria



Il modello di richiesta di riduzione del periodo di osservazione predisposto dalla U.O. Medicina Legale dell'Azienda Ospedaliera S. Carlo di Potenza

Potenza, _____

ALL'ILL.MO
SIG. SINDACO
DEL COMUNE DI
POTENZA

Oggetto: proposta di riduzione del periodo di osservazione di cadavere, ai sensi dell'art. 10 DPR 285/90.

Il sottoscritto Medico Necroscopo, avendo rilevato alle ore _____ del _____
segni di iniziata putrefazione, relativamente alla salma de _____ Sig. _____

nat_ a _____, il _____
decedut_ il _____ alle ore _____ presso questa Azienda
Ospedaliera,

PROPONE

alla S.V., ai sensi dell'art. 10 del DPR 985/90, la riduzione del periodo di
osservazione a _____ ore dall'epoca del decesso.



Il Regolamento di Polizia Mortuaria



L'ACCERTAMENTO DI MORTE

La delimitazione del periodo di effettuazione dell'accertamento necroscopico, specie nei casi di decesso antecedenti festività, rende necessaria l'attivazione di uno specifico servizio di **guardia necroscopica**.



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

L'ACCERTAMENTO DI MORTE

In alternativa, è consentito dotare il medico necroscopo di apposite apparecchiature di ausilio per l'accertamento della morte.

In tal caso, dopo il decesso, anche prima delle 15 ore, ai sensi del combinato disposto dell' art. 4 comma 5 e dell'art. 8, il medico accerterà la morte con registrazione di un **elettrocardiogramma**, protratto per almeno 20 minuti.



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

LA SEPOLTURA

Ai sensi dell'art. 6, comma 1 del regolamento, una volta espletate tutte le formalità relative all'accertamento ed alla segnalazione dell'avvenuto decesso, l'autorizzazione alla sepoltura verrà rilasciata, a norma dell'art. 141 del R.D. 1238 del 1939, dall'ufficiale dello stato civile (previo rilascio di nulla osta da parte dell'A.G., per il caso delle morti da causa violenta)



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

LA SEPOLTURA

Ai sensi dell'art. 6, comma 2 del regolamento, occorre provvedere alla sepoltura nel cimitero anche di parti di cadavere, resti mortali o ossa umane (*)

(*) Modificato dal DPR n. 254/2003



Il Regolamento di Polizia Mortuaria



LA SEPOLTURA

L'art. 7 prevede disposizioni particolari nel caso di **feti o prodotti abortivi**, stabilendo tra l'altro la possibilità per i genitori di richiedere la sepoltura di feti di età inferiore alle 20 settimane (art. 7 comma 3)



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

LA SEPOLTURA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica i prodotti abortivi in tre fasce:

1) **Feti con meno di 20 settimane** complete di gestazione, per i quali non vi è obbligo né di denuncia allo stato civile né di seppellimento nel cimitero. L'eliminazione può avvenire direttamente tramite inceneritore per il tramite dell'assimilazione ai rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo. E' facoltativo richiedere all'ASL il permesso di seppellimento entro 24 ore dall'evento.



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

LA SEPOLTURA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica i prodotti abortivi in tre fasce:

2) Feti da 20 a meno di 28 settimane complete di gestazione, in merito ai quali non vi è obbligo di denuncia allo stato civile ma è obbligatoria la denuncia all'ASL nelle 24 ore dall'evento, nonché il seppellimento nel cimitero.

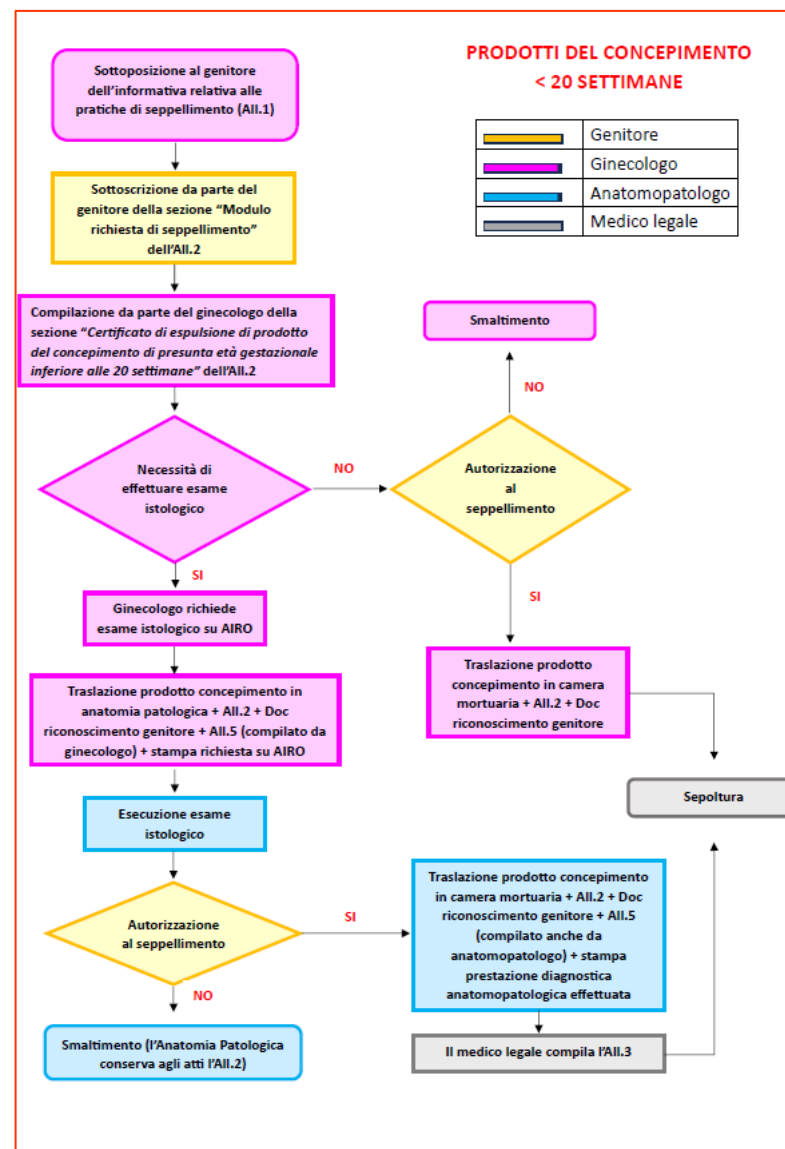


Il Regolamento di Polizia Mortuaria

LA SEPOLTURA

L'Organizzazione Mondiale della Sanità classifica i prodotti abortivi in tre fasce:

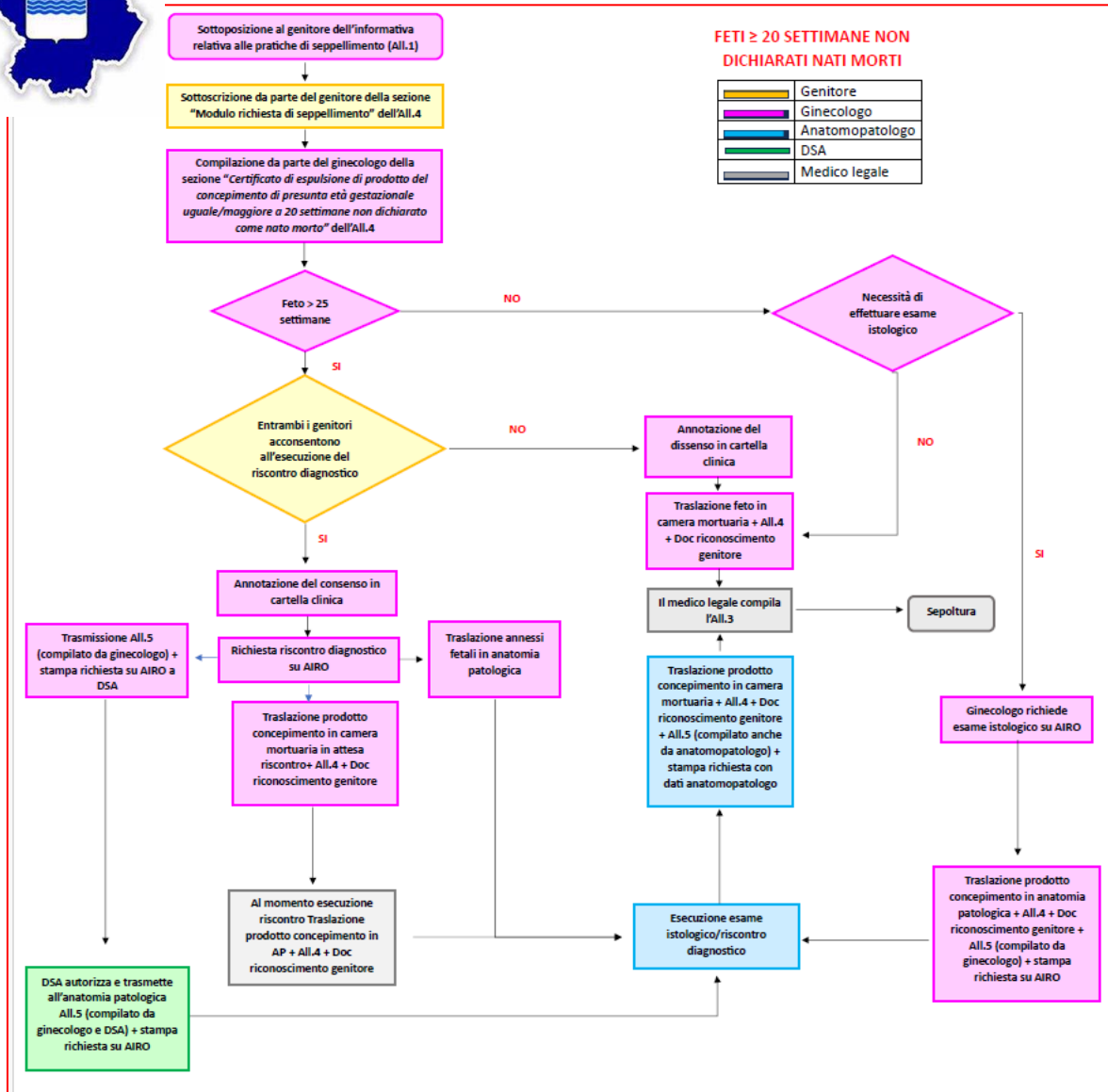
3) Feti di 28 settimane e più di gestazione, per i quali, trattandosi di nati morti, vi è obbligo di denuncia allo stato civile e di seppellimento nel cimitero. L'autorizzazione al seppellimento è rilasciata, previa acquisizione del certificato necroscopico, dall'ufficiale dello stato civile, mentre l'autorizzazione al trasporto è rilasciata dal Sindaco.





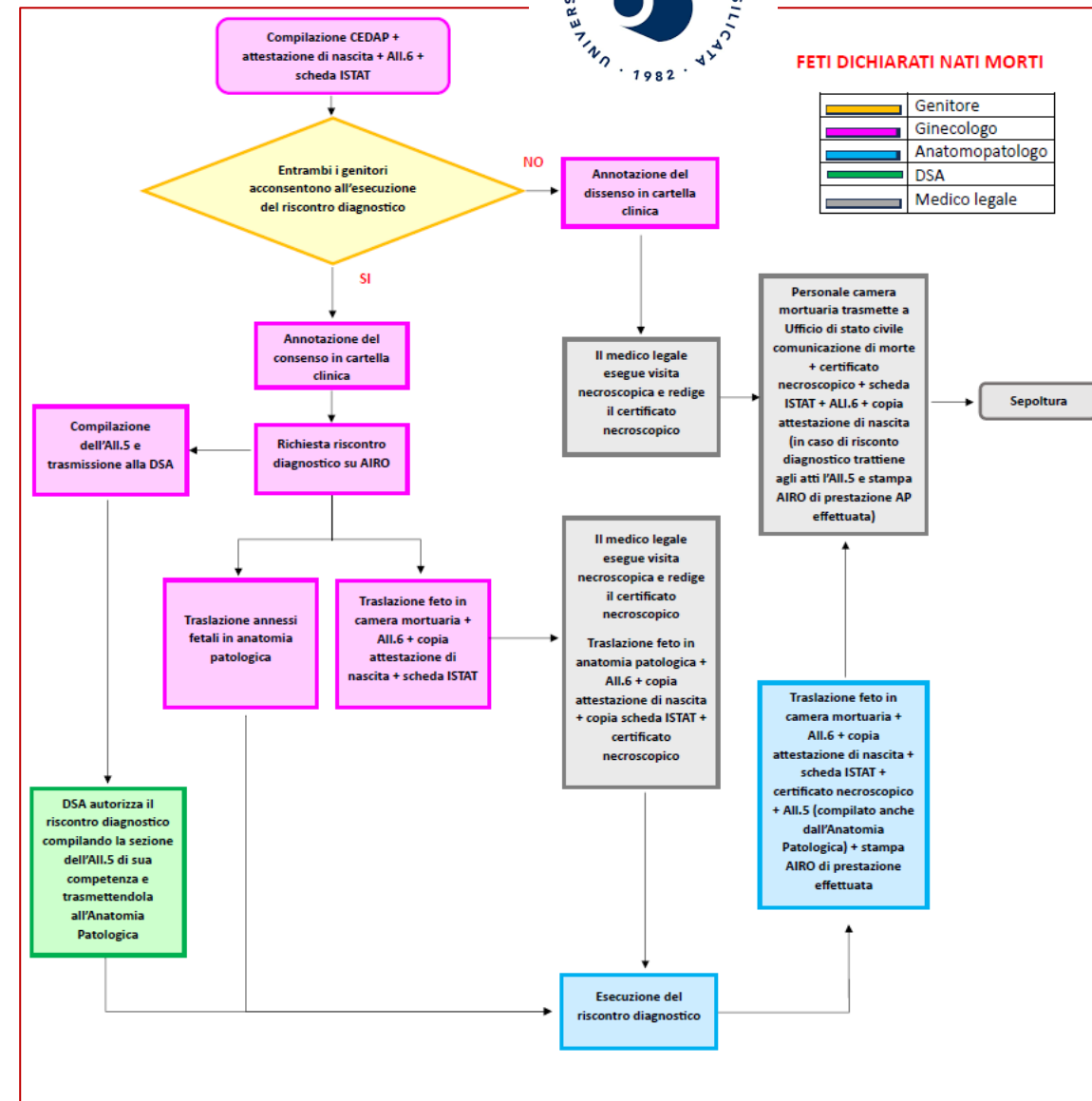
FETI ≥ 20 SETTIMANE NON DICHIARATI NATI MORTI

	Genitore
	Ginecologo
	Anatomopatologo
	DSA
	Medico legale



FETI DICHIARATI NATI MORTI

	Genitore
	Ginecologo
	Anatomopatologo
	DSA
	Medico legale





INFORMATIVA AI GENITORI RELATIVA ALLA RICHIESTA DI SEPPELLIMENTO

Ai sensi dell'art.7 comma 3 del DPR 285/1990 (Regolamento di Polizia Mortuaria) sono avviati alla sepoltura i prodotti abortivi di presunta età gestazionale dalla 20ma alla 28ma settimana e dei feti che abbiano presumibilmente compiuto 28 settimane di età di vita intrauterina. A richiesta dei genitori, nel cimitero possono essere raccolti con la stessa procedura anche prodotti del concepimento di presunta età di gestazione inferiore alle 20 settimane, a condizione che i parenti o chi per essi presentino entro 24 ore dall'espulsione od estrazione del feto domanda di seppellimento alla unità sanitaria locale.

A tal riguardo, è possibile:

1. procedere al seppellimento avvalendosi dell'opera prestata gratuitamente dall'Associazione "Difendere la vita con Maria" (ADVM), la quale in forza di una convenzione stipulata con l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza, si occupa gratuitamente del prelevamento, del successivo trasporto presso il cimitero e della conseguente sepoltura di

- prodotti del concepimento di presunta età di gestazione inferiore alle 20 settimane
- prodotti del concepimento di età gestazionale compresa tra le 20 e le 28 settimane,
- feti di età superiore alle 28 settimane.

In forza di una convenzione stipulata con il Comune di Potenza, i prodotti del concepimento saranno raccolti presso il cimitero nel "Campo ADVM" e si precisa che, al riempimento dello stesso, l'Associazione procederà alla riesumazione, come prevede il regolamento cimiteriale;

2. procedere al seppellimento secondo proprie autonome modalità predisposte dai genitori;
3. in caso di prodotti del concepimento di presunta età di gestazione inferiore alle 20 settimane, rinunciare alla sepoltura del prodotto del concepimento che è assoggettato, come rifiuto anatomico, al regime giuridico di rifiuto pericoloso a rischio infettivo, e come tale, smaltito da parte della Azienda Ospedaliera.

Allegato 2 (pag. 1/2)

CERTIFICATO DI ESPULSIONE DI PRODOTTO DEL CONCEPIMENTO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE INFERIORE A 20 SETTIMANE (ex comma 3 art. 7 DPR n. 285/90)

Certifico l'avvenuta espulsione/estrazione di un prodotto del concepimento della presumibile età gestazionale di _____ settimane, di sesso _____ e peso _____ gr, nell'UO di _____ del Presidio Ospedaliero di _____

espulso/estratto dalla Sig.ra _____
(Cartella Clinica n. _____), alle ore _____ del giorno _____
a causa di _____
eventuale dato identificativo del feto: _____

- Effettuata richiesta di esame istologico: ☐ SI ☐ NO

Luoogo e data _____ Il Medico Ginecologo _____
(timbro e firma)

MODULO DI RICHIESTA DI SEPPELLIMENTO

La/il sottoscritta/o _____ nata/o _____ a _____
il _____ e residente a _____
in via _____ recapito telefonico _____
in qualità di genitore del prodotto del concepimento sopra indicato.

DICHIARA

di essere stata/o informata/o, ai sensi della normativa vigente (art.7 comma 3 del DPR 285/1990 (Regolamento di Polizia Mortuaria) e della convenzione stipulata tra l'Associazione "Difendere la vita con Maria" (ADVM) e l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza circa le possibilità relative al seppellimento e, pertanto:

Allegato 2 (pag. 2/2)

☐ di esprimere il proprio consenso e di autorizzare l'Associazione Difendere la Vita con Maria affinché proceda in forma gratuita al prelevamento e al trasporto presso il cimitero del prodotto del concepimento di presunta età gestazionale inferiore alle 20 settimane, ai fini della sua sepoltura;

☐ di volersi provvedere al seppellimento con modalità autonome e di farsi carico dei relativi oneri;

☐ di non doversi procedere al seppellimento e di autorizzare l'Azienda Ospedaliera San Carlo di Potenza allo smaltimento del prodotto del concepimento come rifiuto ospedaliero, ai sensi della normativa vigente.

Potenza, li _____

FIRMA DEL GENITORE _____

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del genitore

N.B.: In caso di gravidanza plurima, redigere un certificato di espulsione con autorizzazione del genitore per ogni feto da avviare a seppellimento.





SPETT.LE
U.O.C. DI IGIENE E SANITA' PUBBLICA
ASP – AZIENDA SANITARIA LOCALE
POTENZA

Oggetto: invio di certificato di espulsione con richiesta di seppellimento di prodotto abortivo/feto di presunta età gestazionale _____

Si invia, in allegato, certificazione medica rilasciata dalla UO di Ostetricia e Ginecologia di questa Azienda Ospedaliera, con richiesta di seppellimento, per il prodotto abortivo espulso in data _____ dalla Sig.ra _____ nata a _____, il _____ residente a _____ in via _____ di presunta età gestazionale pari a _____ settimane.

Eventuale dato identificativo del feto: _____

Codice identificativo (da compilare esclusivamente in caso di seppellimento mediante l'Associazione "Difendere la vita con Maria"): _____

Potenza, _____ Il Dirigente Medico Legale _____

N.B.: In caso di gravidanza plurima, redigere una missiva di invio per ciascun feto da avviare a seppellimento.

Allegato 4 (pag. 1/2)

CERTIFICATO DI ESPULSIONE DI FETO DI PRESUNTA ETÀ GESTAZIONALE UGUALE/SUPERIORE ALLE 20 SETTIMANE NON DICHIARATO COME NATO MORTO (ex previsione di natimortalità del comma 2 art. 7 DPR n. 285/90)

Certifico l'avvenuta espulsione/estrazione di un feto della presumibile età gestazionale di _____ settimane, di sesso _____ e peso _____ gr, nell'UO di _____ del Presidio Ospedaliero di _____ espulso/estratto dalla Sig.ra _____ (Cartella Clinica n. _____), alle ore _____ del giorno _____ a causa di _____

eventuale dato identificativo del feto: _____

- Effettuata richiesta di esame istologico: ☐ SI ☐ NO
(per feti ≤ 25 settimane)
- Effettuata richiesta di riscontro diagnostico: ☐ SI ☐ NO (per formulata opposizione dei genitori)
(per feti > 25 settimane)
- Affetto da malattia infettiva/diffusiva: ☐ SI ☐ NO

Luolo e data _____ Il Medico Ginecologo _____
(timbro e firma)

MODULO DI RICHIESTA DI SEPELLIMENTO

La/il sottoscritta/o _____ nata/o a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ recapito telefonico _____ in qualità di genitore del feto di presunta età gestazionale _____ espulso/estratto in data _____ alle ore _____ presso _____

Allegato 4 (pag. 2/2)

DICHIARA

☐ di volersi provvedere al seppellimento con modalità autonome e di farsi carico dei relativi oneri;

☐ di esprimere il proprio consenso e di autorizzare l'Associazione Difendere la Vita con Maria affinché proceda in forma gratuita al prelevamento e al trasporto presso il cimitero del feto di presunta età gestazionale superiore alle 20 settimane non dichiarato come nato morto.

Potenza, li _____ **FIRMA DEL GENITORE** _____

Si allega fotocopia del documento di riconoscimento del genitore

N.B.: In caso di gravidanza plurima, redigere un certificato di espulsione con autorizzazione del genitore per ogni feto da avviare a seppellimento.



Allegato 5

MODULO DI RICHIESTA DI

☐ **esame istologico** (ex art.37 DPR n.285 del 10.09.1990)
(per feti ≤ 25 settimane, facoltativo)

☐ **riscontro diagnostico** (ex comma 1 art. 1 L. 31 del 6/02/2006)
(per feti > 25 settimane, obbligatorio in assenza di opposizione dei genitori)

Come da istanza di prestazione già inoltrata mediante il sistema informatico ospedaliero, si richiede l'esecuzione di *esame istologico/riscontro diagnostico* sul prodotto del concepimento/feto di sesso ____ espulso/partorito in data ____ dalla Sig.ra ____ nata a ____, il ____ residente a ____ in via ____ di presunta età gestazionale pari a ____ settimane.

Eventuale nome e cognome del feto: _____

Motivazioni/elementi clinici di rilievo: _____

Potenza, li _____ Il Dirigente Medico Ginecologo _____

A cura della Direzione Sanitaria (SOLO IN CASO DI RISCONTRO DIAGNOSTICO):

Vista la richiesta, ☐ si autorizza ☐ non si autorizza l'esecuzione del riscontro diagnostico

Potenza, li _____ Il Direttore Sanitario _____

A cura della U.O. Anatomia Patologica:

Esame istologico/riscontro diagnostico eseguito in data ____ alle ore ____.
(come da stampa informatizzata della prestazione effettuata, allegata alla presente).

Potenza, li _____ Il Dirigente Medico Anatomo-Patologo _____

N.B.: In caso di gravidanza plurima, redigere una richiesta per ogni feto.

Allegato 6

CERTIFICATO DI ESPULSIONE DI FETO DICHIARATO NATO MORTO (ex comma 1 art. 7 DPR n. 285/90)

Si certifica che in data ____ alle ore ____ il/la sottoscritto/a Dott. ____ ha assistito all'espulsione (da gravidanza singola/gemellare) di un feto di sesso ____ peso ____ e altezza ____ dichiarato nato morto, partorito dalla Sig.ra ____ nata a ____ il ____ e residente a ____ in ____ gravida alla ____ settimana (____ giorni) di amenorrea, come da attestazione di nascita e da scheda ISTAT di denuncia delle cause di morte, che si allegano.

Effettuata richiesta di riscontro diagnostico: ☐ SI ☐ NO (per formulata opposizione dei genitori)

Luogo e data _____

Il Medico Ginecologo

(timbro e firma)

N.B.: In caso di gravidanza plurima, redigere un certificato per ogni feto da avviare a seppellimento.



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

IL TRASPORTO DI CADAVERI

Nei casi di morte dovuta a **malattie infettivo-diffusive** (indicate in un apposito elenco stilato dal ministero della sanità) è prescritto dall'art. 18 comma 1 che la salma venga composta nella cassa con gli indumenti di cui era rivestita al momento del decesso, ed avvolta in un lenzuolo imbevuto di soluzione disinfettante



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo DI FAZIO



Procedura operativa per la gestione delle salme di soggetti deceduti presso l'Ospedale San Carlo di Potenza per i quali sia stata accertata positività per infezione da SARS-CoV-2 o affetti da altra malattia infettiva e diffusiva che dà origine a particolari misure di sanità pubblica (di cui all'elenco annesso al Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990)

Rev. 01 - data di
emissione
08.11.2023



1

Dott. Mario Giuseppe Greco, MD, PhD



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

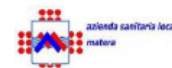
Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo DI FAZIO



CLASSE I (*)	CLASSE II	CLASSE III	CLASSE IV	CLASSE V
1) colera; 2) febbre gialla; 3) febbre ricorrente epidemica; 4) febbri emorragiche virali (febbre di Lassa, Marburg, Ebola); 5) peste; 6) poliomielite; 7) tifo esantematico; 8) botulismo; 9) difterite; 10) influenza con isolamento virale; 11) rabbia; 12) tetano; 13) trichinosi.	14) blenorragia; 15) brucellosi; 16) diarree infettive non da salmonelle; 17) epatite virale A; 18) epatite virale B; 19) epatite virale NANB; 20) epatite virale non specificata; 21) febbre tifoide; 22) legionellosi; 23) leishmaniosi cutanea; 24) leishmaniosi viscerale; 25) leptospirosi; 26) listeriosi; 27) meningite ed encefalite acuta virale; 28) meningite meningococcica; 29) morbillo; 30) parotite; 31) pertosse; 32) rickettsiosi diversa da tifo esantematico; 33) rosolia; 34) salmonellosi non tifoidee; 35) scarlattina; 36) sifilide; 37) tularemia; 38) varicella.	39) AIDS; 40) lebbra; 41) malaria; 42) micobatteriosi non tubercolare; 43) tubercolosi.	44) dermatofitosi (tigina); 45) infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare; 46) pediculosi; 47) scabbia.	→ Malattie infettive e diffuse notificate all'unità sanitaria locale e non comprese nelle classi precedenti; → altre zoonosi di interesse, indicate dal regolamento di polizia veterinaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 febbraio 1954, n. 320, non comprese nelle classi precedenti: ✓ Borreliosi (nel DM 15.12.1990: MALATTIA DI LYME) ✓ Echinococcosi (idatidiosi) ✓ Psittacosi (ornitosi) ✓ Toxoplasmosi

(*) Vi risultano comprese la malattia di Creutzfeldt-Jakob e le sindromi correlate per le quali andranno seguite le procedure peculiari indicate dal Decreto del Ministero della Salute 21 dicembre 2001: "Sorveglianza obbligatoria della malattia di Creutzfeldt-Jakob".

4



Potenza, 20/03/2026



 **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA**
Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo DI FAZIO

 **San Carlo**
Azienda Ospedaliera Regionale

CONSTATAZIONE DI DECESSO
di persona positiva per infezione da SARS-Cov-2 o affetta da altra
malattia infettiva e diffusiva soggetta a notifica obbligatoria

Al Direttore Sanitario Aziendale
e, p.c. Al Direttore della SIC di Medicina Legale

Il sottoscritto Dott. _____
Dirigente Medico in servizio nell'U.O. di _____

DICHIARA

di aver constatato alle ore _____ del giorno _____
il decesso di _____
nato a _____ il _____
di professione _____ di stato civile _____
residente in vita in _____

Attesta che la morte è avvenuta alle ore _____ del _____
a causa di _____

Dà atto che la constatazione del decesso è avvenuta anche con l'ausilio di ECG protrato per non
meno di 20'.

Potenza, _____ Il Dirigente Medico nell'U.O. di _____
(firma)

 **San Carlo**
Azienda Ospedaliera Regionale

 **SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA**
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

 **IRCCS CROB**
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

 **Azienda Sanitaria Locale di Potenza**

13

 **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA**
Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo DI FAZIO

 **San Carlo**
Azienda Ospedaliera Regionale

INFORMATIVA SULLE CAUSE DI MORTE
AI FINI DEL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE NECROSCOPICA
PER LA CREMAZIONE DI SALMA
(ai sensi dell'art. 79 del DPR n. 285/90 - Regolamento di polizia Mortuaria - e
dell'art. 3 della legge n. 130/2001)

Al Direttore della SIC di Medicina Legale
e, p.c. Al Direttore Sanitario Aziendale

Ai sensi della normativa indicata in intestazione

SI ATTESTA

che per la salma appartenuta in vita a _____
nato/a a _____, il _____ residente a _____
in via _____ deceduto/a in data _____
presso l'U.O. da me diretta, sulla base delle notizie clinico-anamnestiche di pertinenza disponibili, risulta
escluso il sospetto di morte dovuta a reato.

NULLA OSTA

pertanto, al produzione della certificazione necroscopica finalizzata al rilascio, da parte dell'Ufficiale
dello Stato Civile, dell'autorizzazione alla cremazione della salma sopra indicata.

Potenza, _____ Il Direttore della U.O. di _____
(firma)

 **San Carlo**
Azienda Ospedaliera Regionale

 **SERVIZIO SANITARIO REGIONALE BASILICATA**
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

 **IRCCS CROB**
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

 **Azienda Sanitaria Locale di Potenza**

14





Relativa agli ambienti di Camera Mortuaria per il
riconoscimento delle salme e la formale presa in
carico delle stesse da parte dei congiunti





Il Regolamento di Polizia Mortuaria



IL TRASPORTO DI CADAVERI

Il trasporto dei cadaveri si esegue, ai sensi dell'art. 19 comma 1, unicamente a mezzo di **carro funebre** avente i requisiti di cui all'art. 20.



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

IL TRASPORTO DI CADAVERI

L'art. 32 prescrive che per il trasporto da comune a comune nei mesi da aprile a settembre, i cadaveri vengano sottoposti a **trattamento antiputrefattivo** mediante l'introduzione nelle cavità corporee di 500 cc di formalina, una volta che sia trascorso il periodo di osservazione.



Il Regolamento di Polizia Mortuaria

IL TRASPORTO DI CADAVERI

La stessa disposizione si applica anche negli altri mesi dell'anno, qualora il trasporto avvenga trascorse le 48 ore dal decesso, o nel caso la località di destinazione si raggiunga con il mezzo di trasporto prescelto, non prima di 24 ore (art. 32, co. 2)



La legge sulla cremazione

(**LEGGE 30 marzo 2001, n. 130:**
**"Disposizioni in materia di cremazione
e dispersione delle ceneri")**



La Legge 30 marzo 2001, n. 130

Art. 3, comma 1, punto *a)*

L'autorizzazione alla cremazione spetta all'ufficiale dello stato civile del comune di decesso, che la rilascia acquisito un certificato in carta libera del medico necroscopo dal quale risulti escluso il sospetto di morte dovuta a reato ovvero, in caso di morte improvvisa o sospetta segnalata all'autorità giudiziaria, il nulla osta della stessa autorità giudiziaria, recante specifica indicazione che il cadavere può essere cremato



La Legge 30 marzo 2001, n. 130



Art. 3, comma 1, punto *h*)

V'è l'obbligo per il medico necroscopo di raccogliere dal cadavere, e conservare per un periodo minimo di dieci anni, campioni di liquidi biologici ed annessi cutanei, a prescindere dalla pratica funeraria prescelta, per eventuali indagini per causa di giustizia



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo DI FAZIO



**PROTOCOLLO OPERATIVO PER IL
PRELIEVO E LA CONSERVAZIONE DI
MATERIALE BIOLOGICO DA
CADAVERE AI FINI DI CREMAZIONE E
PROCEDURE PER IL RILASCIO DELLA
RELATIVA CERTIFICAZIONE
NECROSCOPICA**

Rev. 01 - data di
emissione
17.10.2023



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo DI FAZIO



**COMUNICAZIONE DI ATTIVAZIONE DELLE PROCEDURE
PER LA CREMAZIONE DI SALMA E RICHIESTA DI RILASCIO
DELLA PERTINENTE CERTIFICAZIONE NECROSCOPICA**
(ai sensi dell'art. 3 della legge n. 130/2001,
dell'art. 47 della Legge Regionale 31 maggio 2016, n. 11 e
della Deliberazione della Regione Basilicata 11 maggio 2018, n. 402)

Al Direttore della SIC di Medicina Legale
e, p.c. Al Direttore Sanitario Aziendale

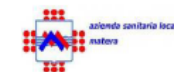
Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____, Via _____
in qualità di (specificare) _____
del/della defunto/a Sig./Sig.ra _____
nato/a a _____, il _____ residente a _____
in via _____ deceduto/a a _____ il _____

COMUNICA
che sono state attivate le procedure per la cremazione della salma suddetta.
CHIEDE
pertanto, il rilascio della pertinente certificazione necroscopica e
AUTORIZZA
di conseguenza, il prelievo dei campioni biologici e, se del caso, la rimozione del pacemaker dalla
salma, così come previsto dalla normativa vigente e indicata in intestazione.

Potenza, _____

FIRMA

Allegato n. 1 - Modulistica Procedura Cremazione





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo Di FAZIO



**RICHIESTA DI INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI MORTE
AI FINI DEL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE NECROSCOPICA
PER LA CREMAZIONE DI SALMA**

(ai sensi dell'art. 79 del DPR n. 285/90 - Regolamento di polizia Mortuaria- e
dell'art. 3 della legge n. 130/2001)

Al Direttore della UOC di _____

e, p.c. Al Direttore Sanitario Aziendale

Il mo Sig. Direttore,
per la cremazione della salma appartenuta in vita a _____
nato/a a _____, il _____ residente a _____
in via _____ deceduto/a in data _____
presso l'U.O. da Lei diretta, si rende necessario, ai sensi della normativa vigente ed indicata in
intestazione, produrre la pertinente certificazione necroscopica **dalla quale risulti escluso il sospetto di
morte dovuta a reato.**

Poiché per il caso di specie il "medico curante" è da indentificare nei Sanitari della U.O. da Lei
diretta, che hanno peraltro già provveduto alla compilazione della scheda ISTAT sulle cause di morte, si
chiede alla SV di far sapere alla scrivente SIC di Medicina Legale se nulla osta al rilascio della predetta
certificazione.

Si allega il relativo modulo di informativa.

Potenza, _____

Il Medico Necroscopo

Allegato n. 2 - Modulistica Procedura Cremazione



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo Di FAZIO



**INFORMATIVA SULLE CAUSE DI MORTE
AI FINI DEL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE NECROSCOPICA
PER LA CREMAZIONE DI SALMA**

(ai sensi dell'art. 79 del DPR n. 285/90 - Regolamento di polizia Mortuaria- e
dell'art. 3 della legge n. 130/2001)

Al Direttore della SIC di Medicina Legale

e, p.c. Al Direttore Sanitario Aziendale

Ai sensi della normativa indicata in intestazione

SI ATTESTA

che per la salma appartenuta in vita a _____
nato/a a _____, il _____ residente a _____
in via _____ deceduto/a in data _____
presso l'U.O. da me diretta, sulla base delle notizie clinico-anamnestiche di pertinenza disponibili, **risulta
escluso il sospetto di morte dovuta a reato.**

NULLA OSTA

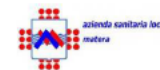
pertanto, al produzione della certificazione necroscopica finalizzata al rilascio, da parte dell'Ufficiale
dello Stato Civile, dell'autorizzazione alla cremazione della salma sopra indicata.

Potenza, _____

Il Direttore della U.O. di _____

(firma)

Allegato n. 3 - Modulistica Procedura Cremazione





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA
Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo DI FAZIO



VERBALE
di prelievo di campioni biologici da cadavere destinato alla cremazione
(redatto ai sensi dell'art. 3 della legge n. 130/2001,
dell'art. 47 della Legge Regionale 31 maggio 2016, n. 11 e
della Deliberazione della Regione Basilicata 11 maggio 2018, n. 402)

Il sottoscritto Dott. _____, Medico Necroscopo dell'AOR San Carlo di Potenza,
in servizio presso l'UOC di Medicina Legale dell'Ospedale San Carlo di Potenza,

- vista la richiesta presentata in data _____ da _____
nato/a a _____ il _____, in qualità di _____
di cremazione del cadavere di _____
nato/a a _____, il _____ residente a _____
in via _____ deceduto/a a _____ il _____
- rilevato che è stata/o rilasciata/o:
☐ documentazione sanitaria dalla quale non si evincono sospetti di reati che possano aver provocato il decesso,
☐ in data _____ il nulla osta alla cremazione da parte della competente Autorità Giudiziaria

DA' ATTO
che, ai sensi della normativa vigente indicata in intestazione,

in data _____ con l'ausilio del TSLB, Sig. _____
(che sottoscrive per quanto di competenza e stabilito dalle procedure aziendali),

- ☐ sono stati eseguiti i seguenti prelievi di campioni biologici:
- | | | |
|-----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| annessi cutanei | ☐ sì | ☐ no |
| sangue | ☐ sì | ☐ no |
| urine | ☐ sì | ☐ no |
| umor vitreo | ☐ sì | ☐ no |

- ☐ non è stato effettuato il prelievo di campioni biologici in quanto _____

Potenza, _____

Il TSLB

Il Medico Necroscopo

Allegato n. 4 - Modulistica Procedura Cremazione



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA
Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo DI FAZIO



VERBALE
di rimozione di pacemaker da cadavere destinato alla cremazione
(redatto ai sensi dell'art. 3 della legge n. 130/2001,
dell'art. 47 della Legge Regionale 31 maggio 2016, n. 11 e
della Deliberazione della Regione Basilicata 11 maggio 2018, n. 402)

Il sottoscritto Dott. _____, Medico Necroscopo dell'AOR San Carlo di Potenza,
in servizio presso l'UOC di Medicina Legale dell'Ospedale San Carlo di Potenza,

- vista la richiesta presentata in data _____ da _____
nato/a a _____ il _____, in qualità di _____
di cremazione del cadavere di _____
nato/a a _____, il _____ residente a _____
in via _____ deceduto/a a _____ il _____
- rilevato che è stata/o rilasciata/o:
☐ documentazione sanitaria dalla quale non si evincono sospetti di reati che possano aver provocato il decesso,
☐ in data _____ il nulla osta alla cremazione da parte della competente Autorità Giudiziaria

DA' ATTO
che, ai sensi della normativa vigente indicata in intestazione,

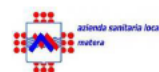
in data _____ con l'ausilio del TSLB, Sig. _____
(che sottoscrive per quanto di competenza e stabilito dalle procedure aziendali),
si è effettuata la rimozione del pacemaker di cui era portatore, provvedendosi allo smaltimento dello
stesso secondo le pertinenti modalità aziendali.

Potenza, _____

Il TSLB

Il Medico Necroscopo

Allegato n. 5 - Modulistica Procedura Cremazione





SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA
Struttura Interaziendale Complessa Regionale
Medicina Legale
Direttore Dr. Aldo DI FAZIO



CERTIFICAZIONE
del Medico Necroscopo per la cremazione
(rilasciato ai sensi dell'art. 3 della legge n. 130/2001,
dell'art. 47 della Legge Regionale 31 maggio 2016, n. 11 e
della Deliberazione della Regione Basilicata 11 maggio 2018, n. 402)

Il sottoscritto Dott. _____, Medico Necroscopo dell'AOR San Carlo di Potenza,
in servizio presso l'UOC di Medicina Legale dell'Ospedale San Carlo di Potenza,

- vista la richiesta presentata da _____, nato/a a _____ il _____
in qualità di _____
di sottoporre a cremazione il cadavere di _____
nato/a a _____, il _____ residente a _____
in via _____ deceduto/a a _____ il _____
- vista/visto
 - ☐ la documentazione sanitaria relativa alla causa di morte (scheda Istat sulle cause di morte e dichiarazione del Dirigente Medico del reparto di provenienza), che esclude il sospetto che la morte sia dovuta a reato;
 - ☐ il nulla osta alla cremazione rilasciato dalla competente Autorità Giudiziaria in data _____
- rilevata
 - ☐ l'assenza di pacemaker
 - ☐ l'avvenuta rimozione in data _____ del pacemaker di cui la salma era portatrice (come da verbale conservato agli atti del Servizio)
- dato atto che:
 - ☐ sono stati eseguiti in data _____ i seguenti prelievi di campioni biologici
 - annessi cutanei ☐ sì ☐ no
 - sangue ☐ sì ☐ no
 - urine ☐ sì ☐ no
 - umor vitreo ☐ sì ☐ no
 - ☐ non sono stati effettuati i prelievi di campioni biologici
(come da verbale conservato agli atti del Servizio)

CERTIFICA

ai sensi della normativa vigente, indicata in intestazione, che il cadavere sopra indicato può essere
cremato, salvo il rilascio dell'autorizzazione di competenza dell'Ufficiale dello Stato Civile.

Potenza, _____

Il Medico Necroscopo

Allegato n. 6 - Modulistica Procedura Cremazione





Le disposizioni di legge per il seppellimento di parti anatomiche riconoscibili

D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254

**Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti
sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002,
n. 179.**



Il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254

Art. 3, comma 1

Si definiscono:

- a) **parti anatomiche riconoscibili**: gli arti inferiori, superiori, le parti di essi, di persona o di cadavere a cui sono stati amputati;
- b) **resti mortali**: gli esiti dei fenomeni cadaverici trasformativi conservativi risultanti dalla incompleta scheletrizzazione di un cadavere per effetto di mummificazione, saponificazione, corificazione, decorso il periodo di ordinaria inumazione o tumulazione, pari, rispettivamente, a 10 e 20 anni.



Il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254



Art. 3, comma 2

Per la sepoltura in cimitero o la cremazione di parti anatomiche riconoscibili, le autorizzazioni al trasporto, inumazione, tumulazione o cremazione sono rilasciate dalla **azienda sanitaria locale** competente per territorio



Il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254



Art. 3, comma 3

In caso di amputazione, le parti anatomiche riconoscibili sono avviate a sepoltura o a cremazione a cura della **struttura sanitaria** che ha curato la persona amputata.



Il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254



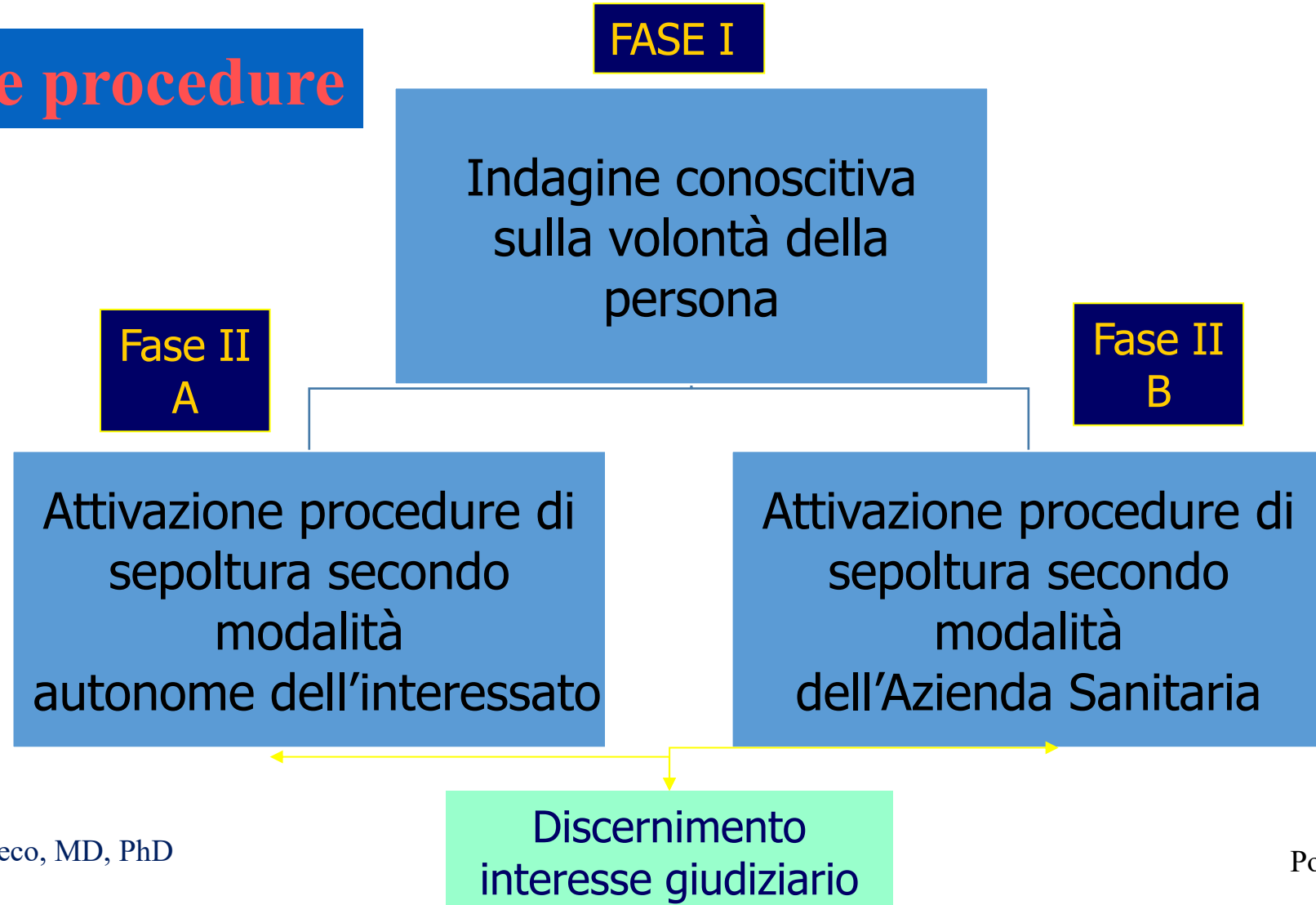
Art. 3, comma 4

La persona amputata può chiedere, espressamente, che la parte anatomica riconoscibile venga tumulata, inumata o cremata con diversa modalità. In tale caso la richiesta deve avvenire e deve essere inoltrata all'ufficio preposto della azienda sanitaria locale competente per territorio, attraverso la struttura sanitaria di cura e ricovero, non oltre le 48 ore dall'amputazione.



Il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254

Le procedure





Il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254



Le procedure

FASE I

Indagine conoscitiva sulla volontà della

Invio all'U.O. interessata di richiesta di comunicazioni inerenti alla volontà della persona, con allegati modelli di possibile risposta





Il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254

Le procedure

FASE
II A

Indagine conoscitiva
sulla volontà della
persona

Attivazione procedure di
sepoltura secondo
modalità
autonome dell'interessato

Invio all'ASL della richiesta di sepoltura
sottoscritta dall'interessato e dell'originale
del certificato di amputazione

Eventuale richiesta di nulla osta all'A.G.



Il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254

Le procedure

**FASE
II B**

Indagine conoscitiva
sulla volontà della
persona

Attivazione procedure di
sepoltura secondo **modalità
dell'Azienda Sanitaria**



**Invio alla Direzione Sanitaria richiesta di sepoltura con allegata
dichiarazione dell'interessato**

**Invio all'ASL di richiesta di sepoltura con allegato originale di
certificato di amputazione**

Eventuale richiesta di nulla osta all'A.G.



Il D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254

Le procedure

FASE
II B

Indagine conoscitiva
sulla volontà della
persona

Attivazione procedure di
sepoltura secondo
modalità
dell'Azienda Sanitaria



Invio missiva all'U.O. Provveditorato-Economato di avvio a
sepoltura



II. Normativa sui trapianti d'organo



La legislazione in tema di trapianti d'organi e tessuti a scopo terapeutico (1957-2018)





La legislazione in tema di trapianti

1957	<u>LEGGE</u> <u>3 Aprile 1957, n. 235</u>	Prelievo di parti del cadavere a scopo di trapianto terapeutico
1961	<u>DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA</u> <u>20 Gennaio 1961, n. 300</u>	Approvazione del regolamento per l'esecuzione della legge 2 Aprile 1957, n.235, concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico
1961	<u>LEGGE</u> <u>15 Febbraio 1961, n. 83</u>	Norme per il riscontro diagnostico sui cadaveri
1961	<u>DECRETO MINISTERIALE</u> <u>7 Novembre 1961</u>	Modalità concernenti l'applicazione dell'art. 5 della legge 3 Aprile 1957, n. 235 sul prelievo di parti di cadavere a scopo terapeutico



La legislazione in tema di trapianti



1965	<u>DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA</u> <u>3 Settembre 1965, n. 1156</u>	Modifica all'art. 1 del regolamento concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 Gennaio 1961, n. 300
1967	<u>LEGGE 26 Giugno 1967, n. 458</u>	Trapianto del rene tra persone viventi
1968	<u>LEGGE 2 Aprile 1968, n. 519</u>	Modifiche alla legge 3 Aprile 1957, n. 235, relativa ai prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico
1969	<u>DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA</u> <u>27 Marzo 1969, n. 128</u>	Ordinamento interno dei servizi ospedalieri



La legislazione in tema di trapianti

1969	<u>DECRETO MINISTERIALE</u> <u>11 Agosto 1969</u>	Modalità concernenti l'applicazione dell'art. 5 della legge 3 Aprile 1957, n. 235, sul prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico
1970	<u>DECRETO MINISTERIALE</u> <u>9 Gennaio 1970</u>	Determinazione delle metodiche per l'accertamento della morte nei soggetti sottoposti a rianimazione per lesioni cerebrali primitive
1970	<u>DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA</u> <u>5 Febbraio 1970, n. 78</u>	Modifica dell'art. 1 del regolamento concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 20 Gennaio 1961, n. 300 e modificato con decreto del Presidente della Repubblica 3 settembre 1965, n. 1156



La legislazione in tema di trapianti

1975	<u>LEGGE 2 Dicembre 1975, n. 644</u>	Disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico
1977	<u>DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 16 Giugno 1977, n. 409</u>	Regolamento di esecuzione della legge 2 Dicembre 1975, n. 644, recante la disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico
1982	<u>MINISTERO DELLA SANITA' - DECRETO 14 Gennaio 1982</u>	Autorizzazione al prelievo di cornea ai fini di trapianto terapeutico al domicilio del soggetto donante



La legislazione in tema di trapianti

1990	<u>LEGGE 13 Luglio 1990, n. 198</u>	Disposizioni sul prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico
1992	<u>MINISTERO DELLA SANITA' - DECRETO 17 Giugno 1992</u>	Modificazioni ai decreti ministeriali 24 Gennaio 1990 e 30 Agosto 1991 in materia di trapianti d'organo e di cornea da cadavere
1993	<u>LEGGE 12 Agosto 1993, n. 301</u>	Norme in materia di prelievi e innesti di cornea
1993	<u>LEGGE 29 Dicembre 1993, n. 578</u>	Norme per l'accertamento e la certificazione di morte



La legislazione in tema di trapianti

1993	<u>MINISTERO DELLA SANITA' -</u> <u>ATTO DI INTESA 25 NOVEMBRE 1993</u>	Atto di intesa tra Stato e regioni per la definizione del Piano sanitario nazionale relativo al triennio 1994 - 1996
1994	<u>MINISTERO DELLA SANITA' -</u> <u>DECRETO 18 Marzo 1994</u>	Attribuzione al Centro nazionale di riferimento per i trapianti della funzione di coordinamento operativo nazionale della attività di prelievo e di trapianto di organi e tessuti
1994	<u>MINISTERO DELLA SANITA' -</u> <u>DECRETO 22 Agosto 1994, n. 582</u>	Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte





La legislazione in tema di trapianti

1994	<u>DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA</u> 9 Novembre 1994, n. 694	Regolamento recante norme sulla semplificazione del procedimento di autorizzazione dei trapianti
1999	<u>LEGGE 1 Aprile 1999, n. 91</u>	Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti
1999	<u>MINISTERO DELLA SANITA' - ORDINANZA DEL 1 Giugno 1999, n. 150</u>	Disposizioni in materia di trapianto, importazione ed esportazione di organi e tessuti
1999	<u>LEGGE 16 Dicembre 1999, n. 482</u>	Norme per consentire il trapianto parziale di fegato



La legislazione in tema di trapianti

	2000	<u>MINISTERO DELLA SANITA' – DECRETO 8 Aprile 2000</u>	Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto
	2000	<u>MINISTERO DELLA SANITA' - CIRCOLARE n. 12, 30 agosto 2000</u>	Indicazioni applicative ed operative per i rianimatori e i coordinatori locali delle attività di prelievo sull'accertamento della manifestazione di volontà alla donazione espressa in vita

La legislazione in tema di trapianti

	2002	<u>PROVVEDIMENTO 31</u> <u>gennaio 2002</u>	Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento di linee - guida per il trapianto renale da donatore vivente e da cadavere
	2002	<u>ACCORDO 14</u> <u>febbraio 2002</u>	Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sui requisiti delle strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti e sugli standard minimi di attività di cui all'art. 16, comma 1, della legge 1 aprile 1999, n. 91, recante "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti"
	2002	<u>MINISTERO DELLA</u> <u>SANITA' - DECRETO</u> <u>2 agosto 2002</u>	Criteri e modalita' per la certificazione dell'idoneita' degli organi prelevati al trapianto (art. 14, comma 5, legge 1 aprile 1999, n. 91).



La legislazione in tema di trapianti

	2003	<u>MINISTERO DELLA SANITA' - ORDINANZA DEL 10 Giugno 2003</u>	Misure precauzionali atte ad evitare il rischio di trasmissione di SARS attraverso la donazione di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto.
	2003	<u>CONFERENZA STATO/REGIONI - DELIBERAZIONE 26 novembre 2003</u>	Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Linee-guida per l'accertamento della sicurezza del donatore di organi".
	2004	<u>CONFERENZA STATO/REGIONI - PROVVEDIMENTO 29 aprile 2004</u>	Accordo tra il ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento, recante: "linee guida per l'idoneità ed il funzionamento dei centri individuati dalle regioni come strutture idonee ad effettuare trapianti di organi e di tessuti".



La legislazione in tema di trapianti

	2004	<u>CONFERENZA STATO/REGIONI - PROVVEDIMENTO 29 aprile 2004</u>	Accordo tra il ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano “sulle tipologie di trapianto per le quali e’ possibile definire standard di qualita’ dell’assistenza”.
	2004	<u>CONFERENZA STATO/REGIONI – ACCORDO 23 settembre 2004</u>	Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano su “Linee guida per la gestione delle liste di attesa e l’assegnazione degli organi nel trapianto di fegato da donatore cadavere”.



La legislazione in tema di trapianti



	2004	<u>CONFERENZA STATO/REGIONI – ACCORDO 23 settembre 2004</u>	Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano su “Linee guida sulle modalità di disciplina delle attività di reperimento, trattamento, conservazione e distribuzione di cellule e tessuti umani a scopo di trapianto” in attuazione dell’art. 15, comma 1, della legge 1 aprile 1999, n. 91.
	2004	<u>MINISTERO DELLA SANITA’ – DECRETO 2 dicembre 2004</u>	Modalità per il rilascio delle autorizzazioni all’esportazione o all’importazione di organi e tessuti



La legislazione in tema di trapianti



	2008	<u>DECRETO MINISTERIALE 11 aprile 2008</u>	“Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: «Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte»”
	2010	<u>DECRETO MINISTERIALE 16 aprile 2010, n. 116</u>	“Regolamento per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi da donatore vivente”
	2012	<u>Legge 19 settembre 2012 , n. 167 (G.U. Serie Generale, n. 227 del 28 settembre 2012)</u>	Norme per consentire il trapianto parziale di polmone, pancreas e intestino tra persone viventi.



La legislazione in tema di trapianti



	2016	<u>DECRETO MINISTERIALE</u> <u>15 novembre 2016</u>	“Norme qualità e sicurezza dei tessuti importati”
	2018	<u>ACCORDO CONFERENZA STATO-REGIONI</u> <u>24 gennaio 2018</u>	“Requisiti minimi strutturali per autorizzazione centri trapianto”
	2018	<u>ACCORDO CONFERENZA STATO-REGIONI</u> <u>8 marzo 2018</u>	“Recepimento LG tessuti del 2016»



La legislazione in tema di trapianti

Legge 3 aprile 1957, n. 235



**Il prelievo
da cadavere**

**Fu autorizzato il prelievo dal cadavere del
bulbo oculare e della cornea**

DPR 20 gennaio 1961, n. 300



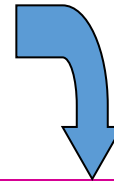
**L'autorizzazione venne estesa al prelievo di ossa e
superfici articolari, muscoli, tendini, vasi sanguigni e
sangue, nervi, cute, midollo osseo, aponeurosi e
dura madre**



La legislazione in tema di trapianti

- ✓ DPR 3 settembre 1965, n. 1156
- ✓ DPR 5 febbraio 1970, n. 78

**Il prelievo
da cadavere**

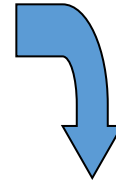


Furono emanate nuove disposizioni e l'elenco degli organi prelevabili da cadavere fu ampliato con l'aggiunta dei reni e loro parti, cuore e sue parti, polmoni e loro parti, vescica ed ureteri, segmenti del canale digerente (fegato, pancreas, intestino) e ghiandole esocrine ed endocrine (con esclusione di quelle della sfera sessuale e della procreazione)



La legislazione in tema di trapianti

Legge 13 luglio 1990, n. 198



**Il prelievo
da cadavere**

**Consente il prelievo di qualsiasi parte del cadavere,
con la sola esclusione**

- **dell'ENCEFALO e**
- **delle GHIANDOLE DELLA SFERA GENITALE E DELLA PROCREAZIONE**



La legislazione in tema di trapianti



**Il prelievo
da cadavere**

Il trapianto mira infatti principalmente a salvare la vita di una persona e non semplicemente a curare l'organo o a trattare l'infertilità, dal che la ragione del divieto, tanto più comprensibile se si pensa che dal trapianto può derivare un'alterazione dell'identità biologica dei discendenti



La legislazione in tema di trapianti

Principi ispiratori per il prelievo da cadavere

Il prelievo da cadavere

Protocollo aggiuntivo del Consiglio d'Europa, Capitolo IV:
il prelievo da cadavere è regolato dalle legislazioni nazionali che devono garantire:

- ✓ ogni sforzo per incrementare la disponibilità di organi e tessuti nel rispetto del corpo umano
- ✓ regole scientificamente certe per l'accertamento della morte
- ✓ norme trasparenti per l'acquisizione del consenso, che pongano in rilievo l'assoluto valore ostativo di chi abbia dichiarato in vita la indisponibilità a consentire l'utilizzazione del proprio cadavere



La legislazione in tema di trapianti

**Il prelievo
da vivente**

**Non sono consentiti i prelievi d'organo da viventi
quando cagionino una diminuzione permanente
dell'integrità fisica e psichica del donatore**

**Ciò in quanto il consenso al prelievo non è valido,
visto il tenore dell'art. 5 del c.c. ("atti di disposizione
del proprio corpo")**



La legislazione in tema di trapianti

**Il prelievo
da vivente**

Entro i limiti dell'art. 5 c.c., tuttavia, sono consentiti:

- ✓ **la donazione di sangue**
- ✓ **i prelievi di circoscritti lembi di pelle, di frammenti d'osso, di midollo osseo, di lembi di cartilagine, di capelli, ecc.**

**La persona può disporre di tali parti,
ma solo a titolo gratuito, senza
ricevere alcun compenso**



La legislazione in tema di trapianti



Il prelievo da vivente

E' pure consentita, per espressa deroga di legge, la donazione di **rene, purchè essa avvenga nel rispetto delle norme vigenti.**

La deroga vale per i genitori, per i figli, i fratelli germani e non germani del paziente e, solo nel caso di loro assenza o quando nessuno di essi sia idoneo o disponibile, il prelievo può riguardare altri parenti o donatori estranei al nucleo parentale



La legislazione in tema di trapianti

Il prelievo da vivente

In deroga all'art. 5 c.c., infine,

-la legge 16 dicembre 1999, n. 483 consente di disporre, a titolo gratuito, di parti di fegato al fine di trapianto tra persone viventi, estendo a tali evenienze le norme della Legge n. 458/1967 (sul trapianto di rene tra persone viventi)

- la Legge 19 settembre 2012 , n. 167 estende tale possibilità anche al trapianto di parti di polmone, pancreas e intestino

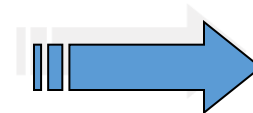


La legislazione in tema di trapianti

Principi seguiti per il prelievo da vivente

Il prelievo da vivente

- ❖ non può essere eseguito se non nell'esclusivo vantaggio terapeutico del ricevente
- ❖ non può essere eseguito se non quando siano disponibili organi prelevati da cadavere e non vi siano valide alternative terapeutiche
- ❖ non può essere eseguito senza il consenso scritto e confermato da una struttura ufficiale competente





La legislazione in tema di trapianti

Principi seguiti per il prelievo da vivente

Il prelievo da vivente

- ❖ non può essere eseguito su donatore che non sia in grado di esprimere il proprio valido consenso a meno che non si verifichino contemporaneamente le seguenti 5 condizioni:
- ✓ non vi sia altro donatore in grado di esprimere valido consenso
- ✓ il ricevente sia fratello o sorella del donatore
- ✓ il trapianto sia potenzialmente idoneo a salvare la vita del ricevente
- ✓ vi sia consenso scritto del tutore, validato dall'autorità competente
- ✓ non vi sia alcuna obiezione da parte del donatore



La legislazione in tema di trapianti

Principi seguiti per il prelievo da vivente

Il prelievo da vivente

Fissati nel Capitolo IV della **Convenzione del Consiglio d'Europa sui Diritti umani e la Biomedicina**, siglato ad **Oviedo** il 4 aprile 1997, dedicato al prelievo di organi e di tessuti a fine di trapianto



La legislazione in tema di trapianti

DECRETO 16 aprile 2010, n.116 (Ministero della Salute e Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali)

Regolamento per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi da donatore vivente. (10G0137) (G.U. Serie Generale n. 172 del 26 luglio 2010)

Il prelievo da vivente

- 1. L'attività di trapianto da donatore vivente ha carattere aggiuntivo e non sostitutivo dell'attività di trapianto da donatore cadavere.**
- 2. E' istituita la "Commissione terza", presso l'Azienda Sanitaria sede del Centro Regionale Trapianti, deputata a verificare che i riceventi e i potenziali donatori abbiano agito secondo i principi del consenso informato, libero e consapevole, ed abbiano inoltre ricevuto tutte le informazioni relative al proprio caso clinico, ai fattori di rischio e alle reali possibilità di successo offerte dal trapianto da donatore cadavere e dal trapianto da donatore vivente, anche in termini di sopravvivenza dell'organo e del paziente; la Commissione terza vigila, altresì, al fine di prevenire i rischi di commercializzazione di organi o di coercizione nella donazione, nel rispetto delle linee guida disposte dal Centro nazionale trapianti. Verifica inoltre, l'esistenza di consanguineità con il ricevente o, in assenza di consanguineità, di legame di legge o affettivo.**



III. Accertamento della morte encefalica



Accertamento della morte encefalica

Rappresenta l'atto preliminare,
non propedeutico, per la
donazione di organi



Procedure per l'accertamento della morte encefalica

Disciplinate da

- ✓ Legge 29 dicembre 1993 n. 578: “Norme sull'accertamento e certificazione della morte”
- ✓ Decreto Ministeriale 22 agosto 1994 n. 582: “Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione della morte”



Procedure per l'accertamento della morte encefalica

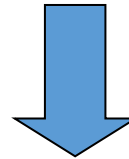
Disciplinate da

- ✓ **Decreto Ministeriale 11 aprile 2008:**
“Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: «Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte»”



Procedure per l'accertamento della morte encefalica

**Legge 29 dicembre 1993 n. 578:
“Norme sull'accertamento e certificazione
della morte”**

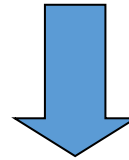


Con l'Art.1 dà una definizione giuridica della morte, stabilendo che *“la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo”*



Procedure per l'accertamento della morte encefalica

**Legge 29 dicembre 1993 n. 578:
“Norme sull'accertamento e certificazione
della morte”**



Con l'Art.2 opera una distinzione tra i decessi avvenuti per *arresto cardiaco* e quelli in *persone affette da lesioni encefaliche e che siano sottoposti a misure rianimatorie*



Procedure per l'accertamento della morte encefalica

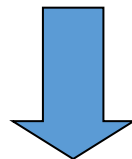
**Legge 29 dicembre 1993 n. 578:
“Norme sull'accertamento e certificazione
della morte”**

Nel caso di *decessi per arresto cardiaco*, il comma 1 dell'art. 2 L. 578, integrato dall'art. 1 del “*Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione della morte*” emanato con **Decreto del Ministero della Sanità n. 582 del 22 agosto 1994**, prevede che il decesso sia da considerarsi accertato dopo un rilevato grafico con elettrocardiogramma “piatto” protrattosi per almeno 20 minuti



Procedure per l'accertamento della morte encefalica

**Legge 29 dicembre 1993 n. 578:
“Norme sull'accertamento e certificazione
della morte”**



Nel caso di *persone affette da lesioni encefaliche e sottoposte a misure rianimatorie*, l'art. 2 comma 5 della legge 578, integrato dall'art. 2 e 3 del **regolamento n. 582**, prevede che il decesso sia accertato da un'apposita commissione medica istituita presso ogni azienda sanitaria (locale od ospedaliera)

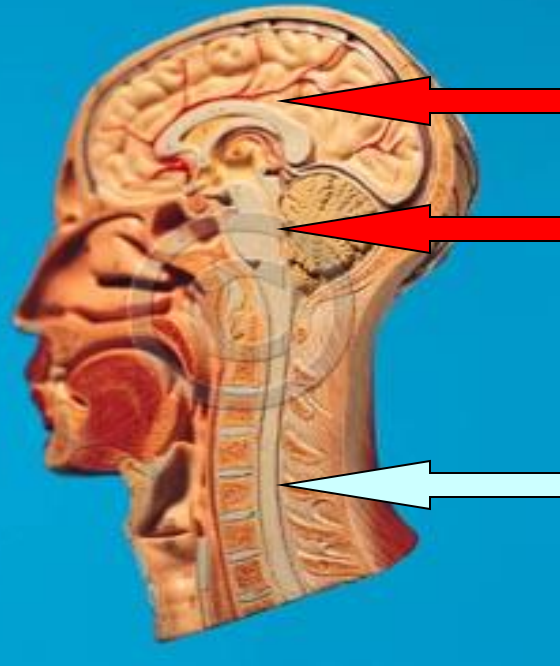


LEGGE 29 dicembre 1993 N. 578

Norme per l'accertamento e la certificazione della morte

ART. 1

La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo



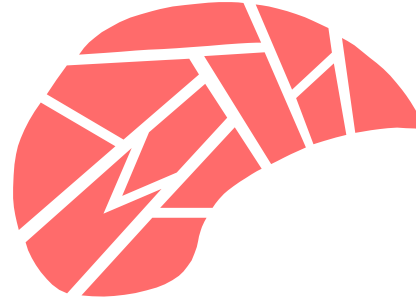
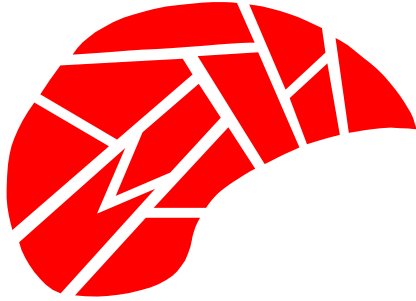
CORTECCIA

**TRONCO
ENCEFALICO**

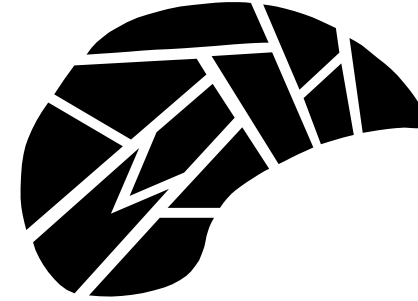
**MIDOLLO
SPINALE**



• VITA



• MORTE



COSCIENZA

- COMA
- STATO VEGETATIVO

MORTE ENCEFALICA



DD. MM. SANITA'
22 agosto 1994 n. 582 e 11 aprile 2008
DIAGNOSI DI MORTE

Il rianimatore non appena constata:

- **Assenza di respirazione spontanea**
- **Assenza dei riflessi del tronco**
- **Silenzio elettrico cerebrale**

se:

- **diagnosi non accertata,**
- **presenza di farmaci depressori SNC,**
- **ipotermia,**
- **ipotensione,**
- **alterazioni endocrino-metaboliche,**

che possano interferire sul quadro clinico:

ATTESA ↔ FLUSSO EMATICO CEREBRALE



Situazioni che richiedono indagini di flusso

- Bambini di età inferiore ad un anno
- Presenza di fattori concomitanti di grado tale da interferire sul quadro clinico e su quello EEG
- Assenza di diagnosi eziopatogenetica certa
- Situazioni cliniche che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco
- Situazioni cliniche che impediscono l'esecuzione dell'EEG



Omeostasi sistemica

Correzione

- ❖ Ipotensione arteriosa - ipossia - ipotermia
- ❖ Encefalopatia epatica - uremica
- ❖ Ipo/Iperosmolarità plasmatica
- ❖ Gravi alterazioni ormonali - metaboliche ($< T_3$ T_4 , ipoglicemia, acidosi ecc.)

SI

DIAGNOSI DI MORTE
POSSIBILE

NO

EVIDENZIAMENTO ASSENZA
FLUSSO CEREBRALE



FARMACI STATI DEPRESSORI S.N.C.

- Anestetici, ipnotici, sedativi, analgesici
- Miorilassanti
- Atropina
- Intossicazioni (alcool ecc.)

Livelli plasmatici / urinari

**Uso antagonisti
(naloxone, anexate)**

Uso stimolatori n. muscolari

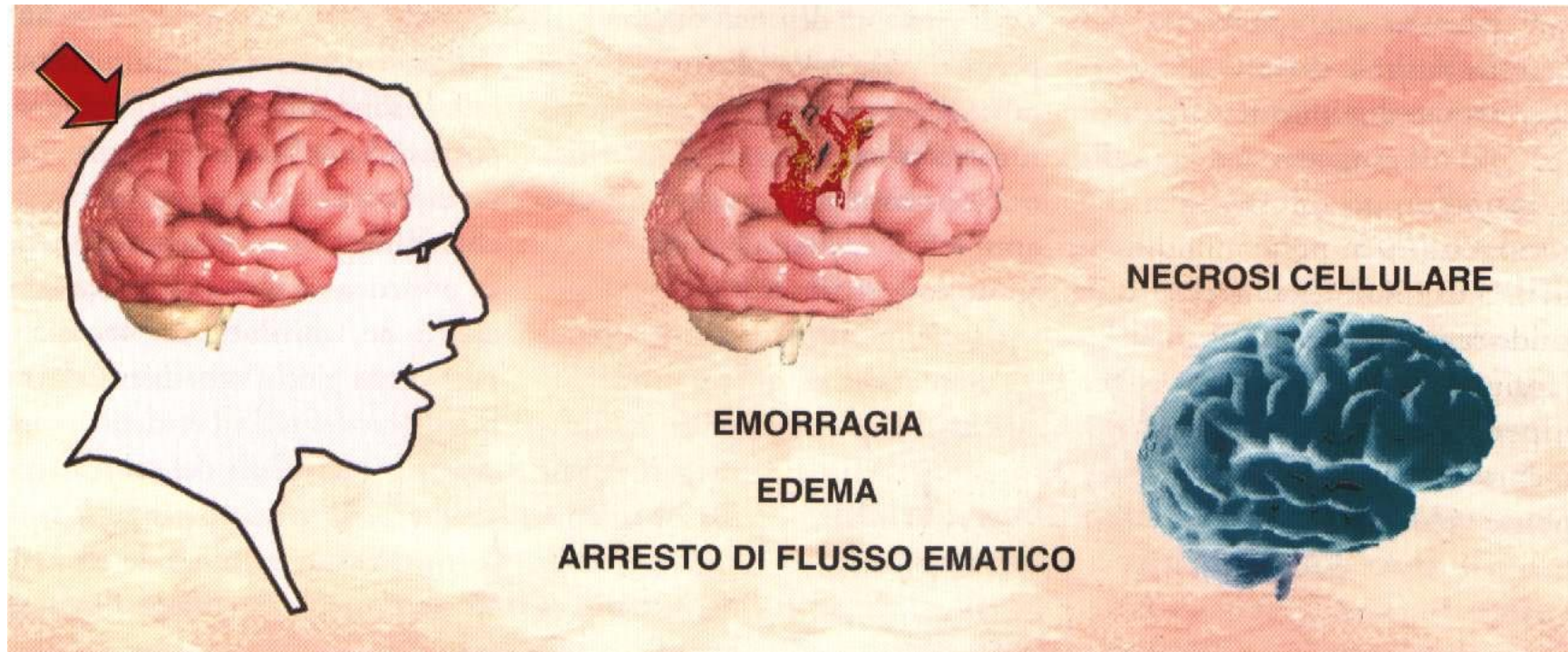
Attesa temporale



Minimo dubbio



Prove di flusso





INDAGINI DI FLUSSO



MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 11 aprile 2008

Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: «Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte».

Articoli

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

Allegati

- all. 1
- art. 1

Vista la legge 29 dicembre 1993, n. 578, contenente: «Norme per l'accertamento e la certificazione di morte»;

Visto il decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582: «Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte»;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285: «Regolamento di polizia mortuaria»;

Visto il regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238: «Ordinamento di stato civile»;

Vista la legge 1° aprile 1999, n. 91, recante: «Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tessuti»;

Considerati l'acquisizione di sempre maggiori conoscenze scientifiche e lo sviluppo tecnologico e strumentale intervenuti nel tempo, in base ai quali il Centro nazionale trapianti ha ritenuto opportuno procedere ad una revisione e aggiornamento del sopracitato decreto ministeriale 22 agosto 1994, n. 582;

Considerato che a tal fine gruppi di lavoro costituiti nell'ambito della **Consulta tecnica permanente per i trapianti**, con il supporto anche di esperti esterni anestesisti, rianimatori, neurologi, neuroradiologi e medici legali, hanno in materia predisposto documenti tecnici, in particolare tra l'altro: Linee guida per l'applicazione di indagini strumentali di flusso ematico cerebrale in situazioni particolari, ai fini della diagnosi di morte in soggetti affetti da lesioni encefaliche;

Preso atto della proposta formulata dal Centro nazionale trapianti che si sostanzia, alla luce anche delle soprarichiamate Linee guida, nell'aggiornamento dell'articolato del soprarichiamato decreto ministeriale n. 582/1994 integrato da un allegato tecnico



Centro Nazionale Trapianti

LINEE GUIDA

APPLICAZIONE DELLE INDAGINI STRUMENTALI DI FLUSSO EMATICO CEREBRALE

Linee guida relative all'applicazione delle indagini strumentali di flusso ematico cerebrale in situazioni particolari, ai fini della diagnosi di morte in soggetti affetti da lesioni encefaliche.

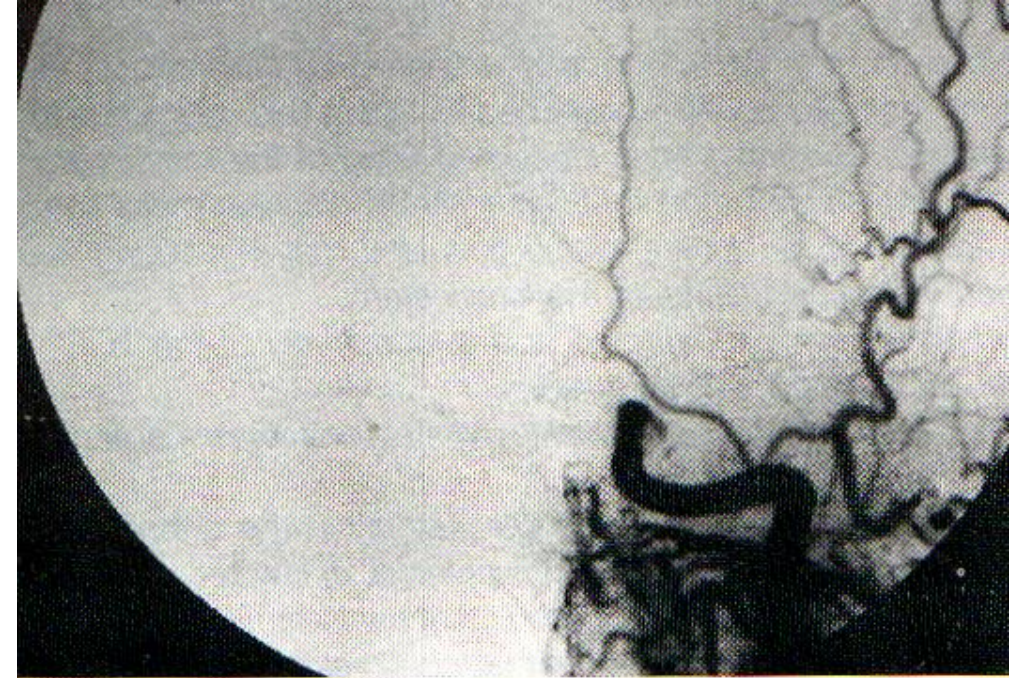
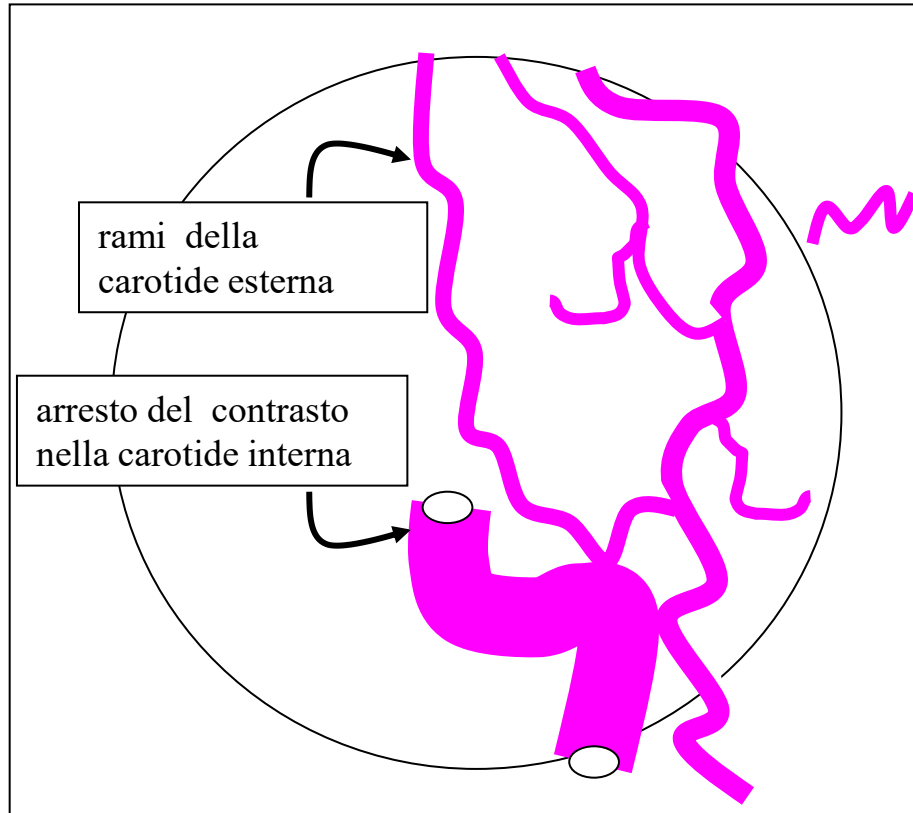
Decreto 11 aprile 2008, "Aggiornamento del Decreto Ministeriale 22 agosto, 1994, n°582, relativo al regolamento recante modalità per l'accertamento e la certificazione di morte"

Le metodiche raccomandate, attualmente disponibili, per l'accertamento del flusso ematico cerebrale sono:

l'**Angiografia cerebrale**
la **Scintigrafia cerebrale**
il **Doppler Transcranico**
l'**Angio-TAC**



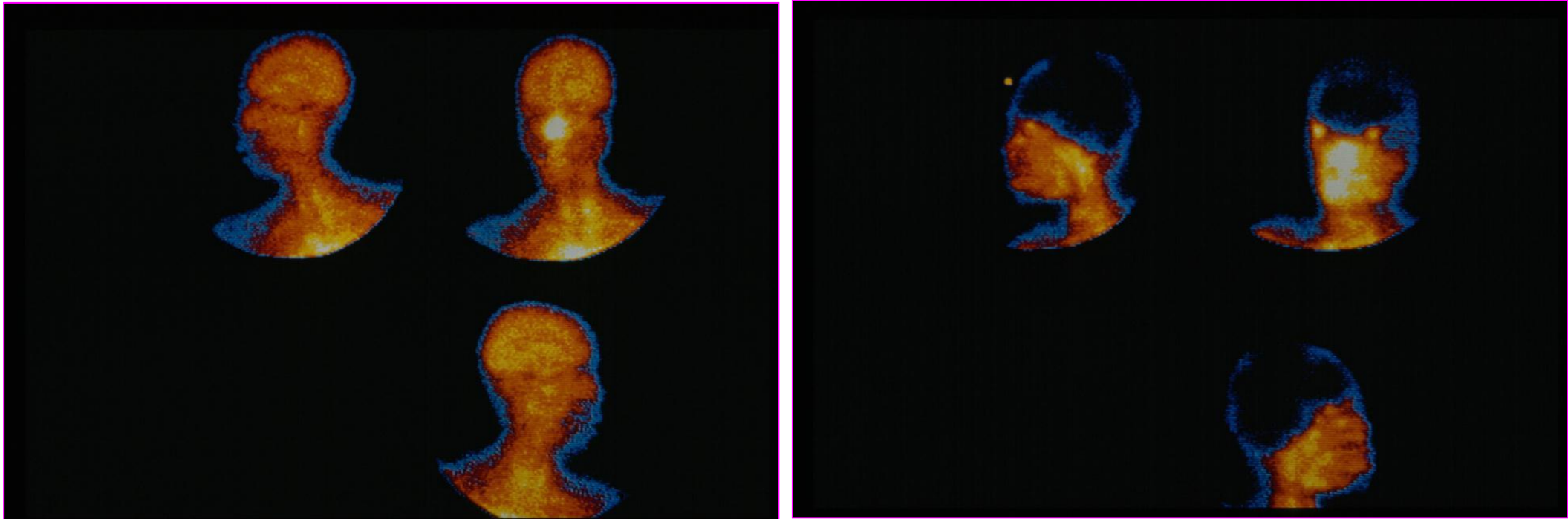
Valutazione flusso ematico cerebrale



ANGIOGRAFIA CEREBRALE



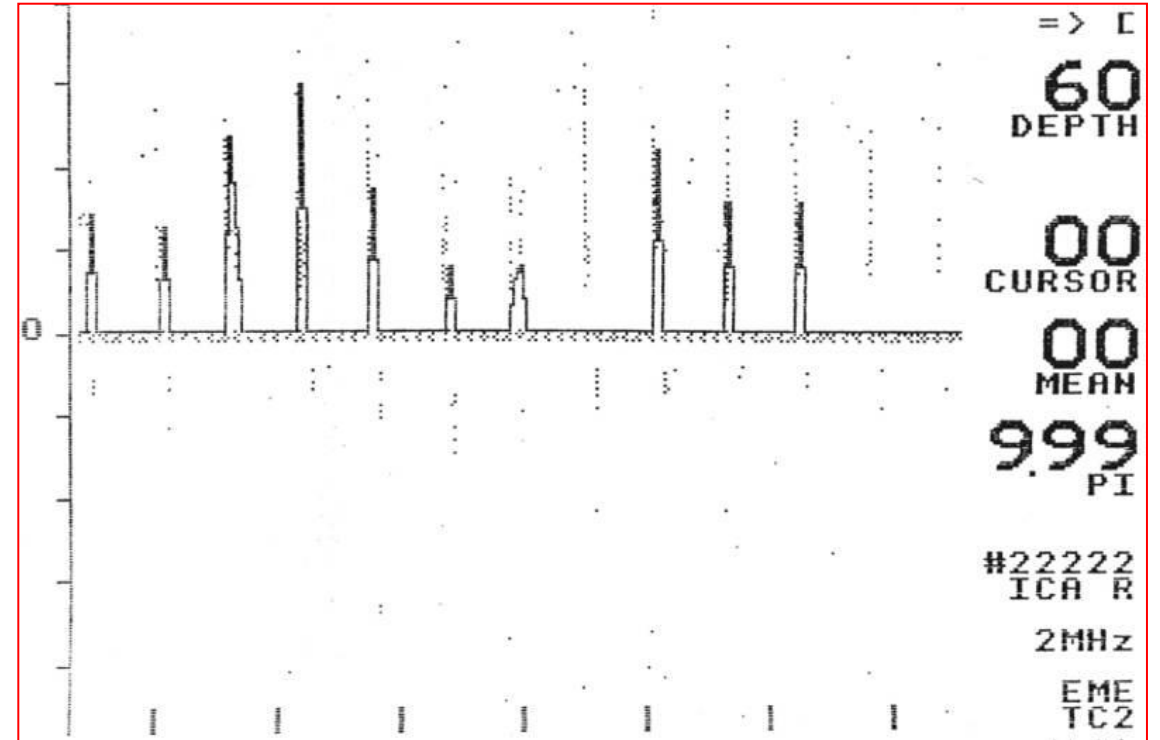
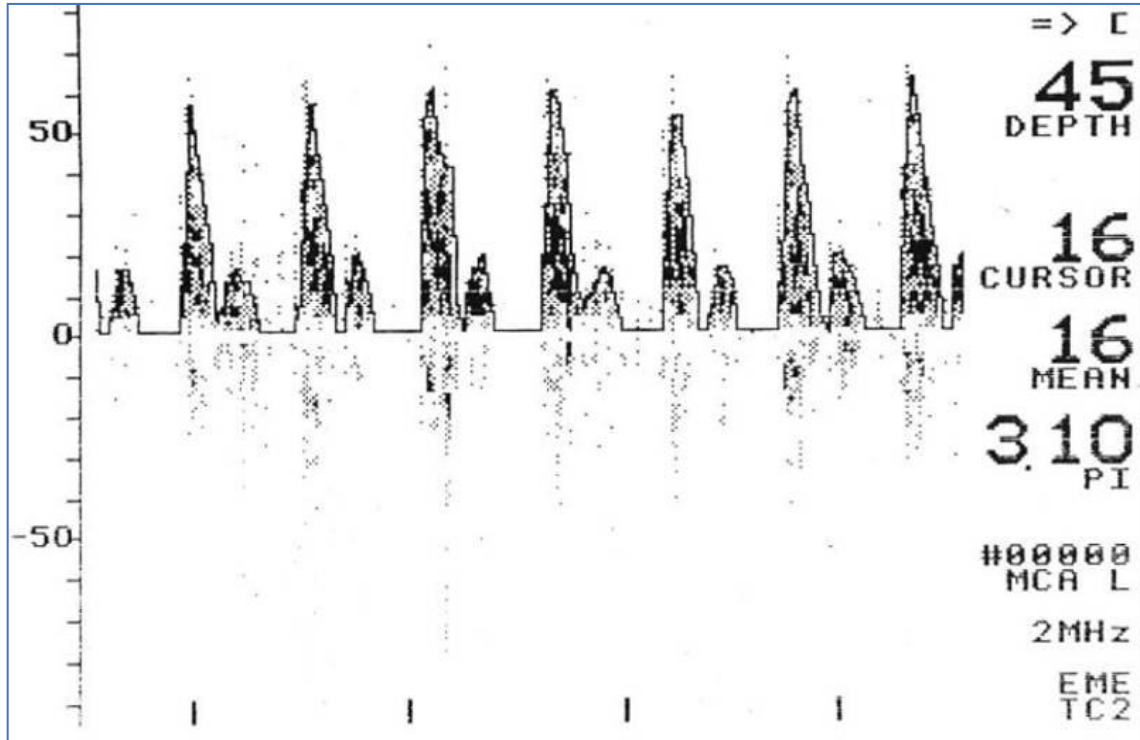
Valutazione flusso ematico cerebrale



Scintigrafia cerebrale



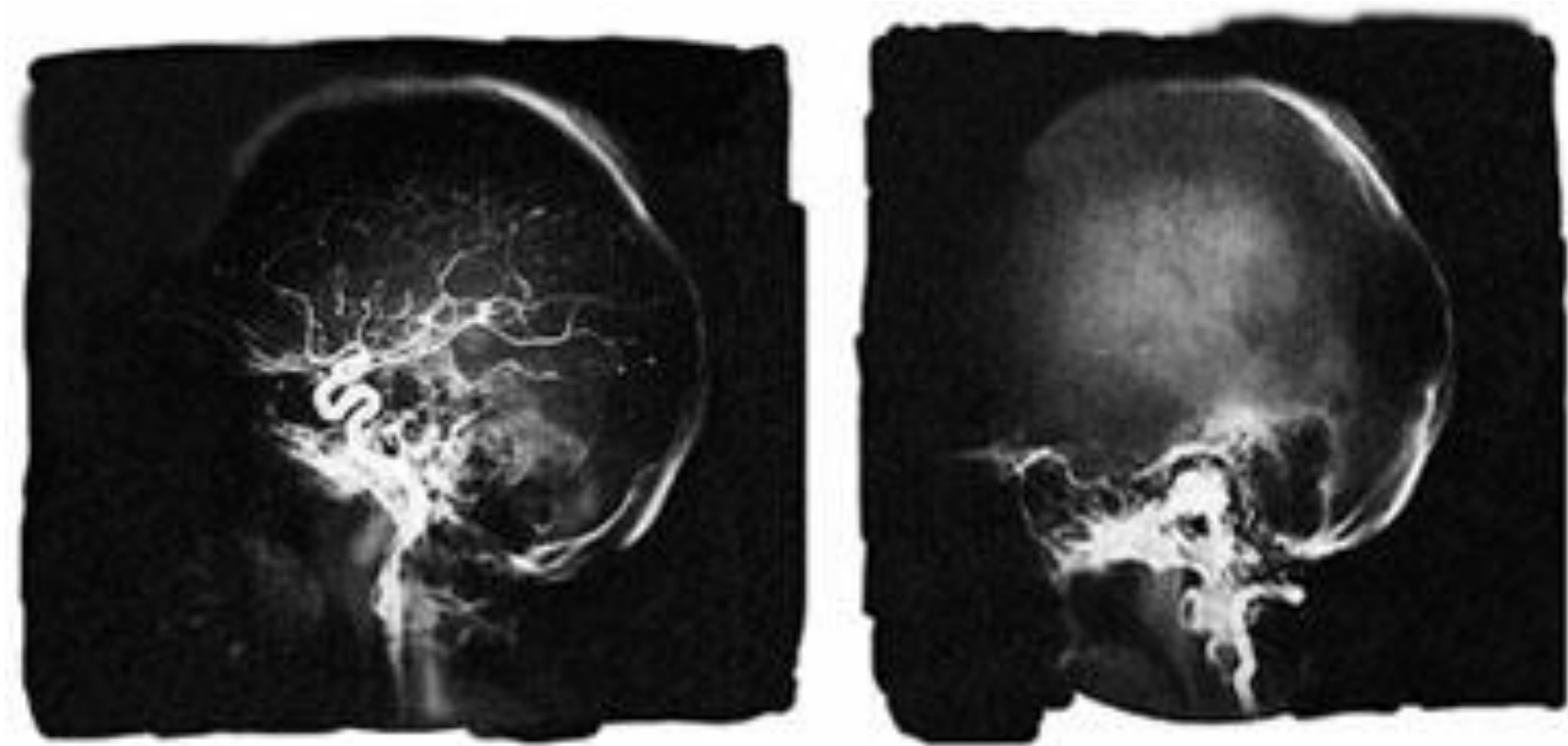
Valutazione flusso ematico cerebrale



Doppler Trans-Cranico



Valutazione flusso ematico cerebrale



ANGIO-TAC



DD. MM. SANITA'
22 agosto 1994 n. 582 e 11 aprile 2008
ACCERTAMENTO DI MORTE

Terminati gli accertamenti clinici previsti, il rianimatore comunica alla Direzione Sanitaria l'esistenza di un caso di morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

La Direzione Sanitaria procede quindi alla nomina della Commissione di accertamento morte:

-  **MEDICO LEGALE**
-  **NEUROFISIOPATOLOGO**
-  **RIANIMATORE**



LEGGE 29 DICEMBRE 1993, n. 578 **NORME PER L'ACCERTAMENTO E LA** **CERTIFICAZIONE DI MORTE**

- ✓ **Il collegio medico è composto: 1) da un medico legale o, in mancanza, da un medico di direzione sanitaria o da un anatomopatologo, 2) da un medico specialista in anestesia e rianimazione e 3) da un medico neurofisiopatologo o, in mancanza, da un neurologo o da un neurochirurgo esperti in elettroencefalografia**
- ✓ **I componenti del collegio medico sono dipendenti di strutture sanitarie pubbliche**
- ✓ **In ogni struttura sanitaria pubblica, la direzione sanitaria nomina uno o più collegi medici per l'accertamento della morte dei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie**
- ✓ **Ciascun singolo caso deve essere seguito dallo stesso collegio medico**



LEGGE 29 DICEMBRE 1993, n. 578 **NORME PER L'ACCERTAMENTO E LA** **CERTIFICAZIONE DI MORTE**

- ✓ **Il collegio medico è tenuto ad esercitare le sue funzioni anche in strutture sanitarie diverse da quella di appartenenza**
- ✓ **Le case di cura private devono avvalersi per l'accertamento della morte dei collegi medici costituiti nelle strutture sanitarie pubbliche**
- ✓ **La partecipazione al collegio medico è obbligatoria e rientra nei doveri di ufficio del nominato**
- ✓ **Il collegio medico deve esprimere un giudizio unanime sul momento della morte**



CESSAZIONE IRREVERSIBILE DI TUTTE LE FUNZIONI DELL'ENCEFALO

FUNZIONI CORTECCIA

- Silenzio elettrico cerebrale
- Assenza dello stato di **vigilanza** e di coscienza

FUNZIONI TRONCO ENCEFALICO

□ Assenza riflessi:

- fotomotore
- corneale
- vestibolare
- **faringeo**
- **cardinale**

□ Assenza di:

- reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino
- **risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato**

□ Assenza respirazione spontanea

- Periodo di osservazione
(non meno di 6 ore)

IRREVERSIBILITA'

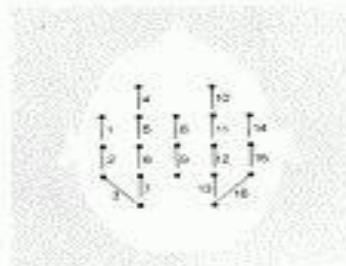


EEG normale

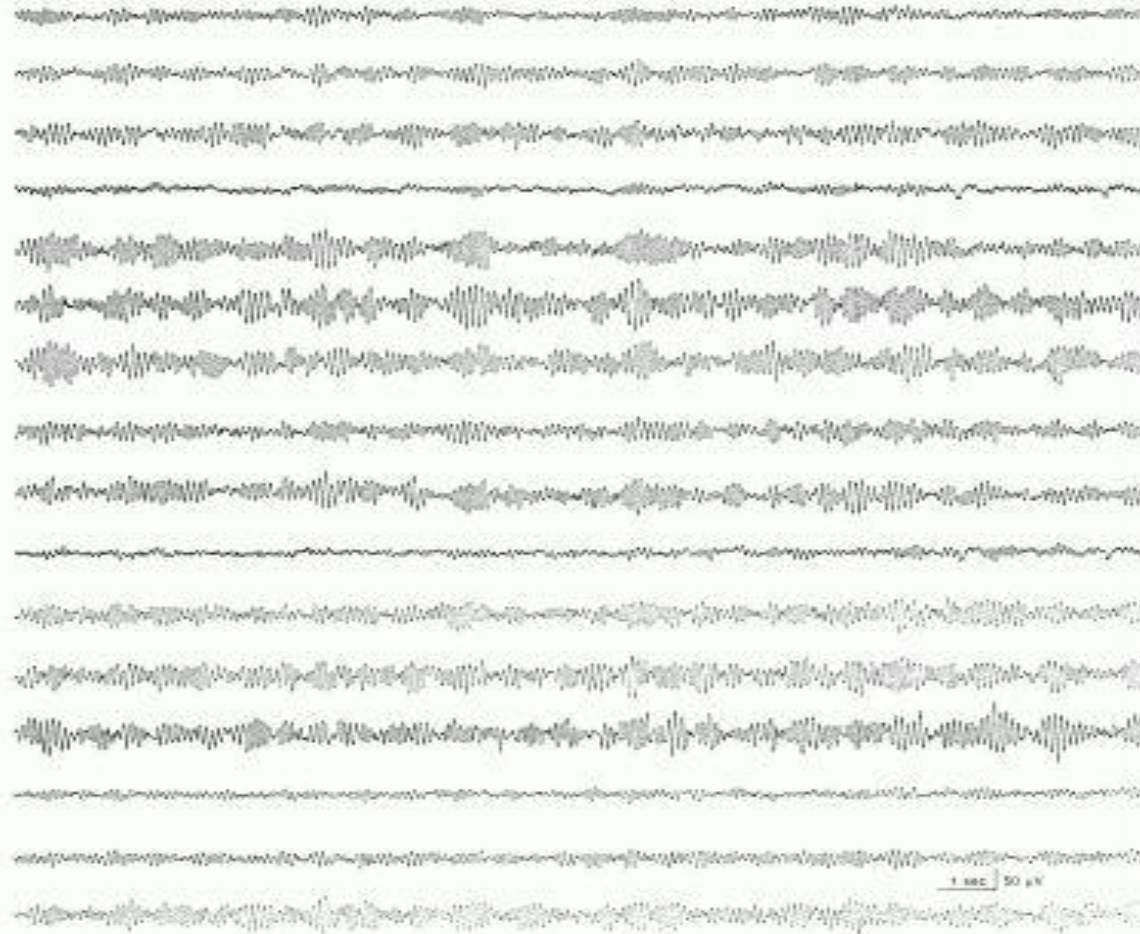
RITMO ALFA

Alfa sinusoidale diffuso

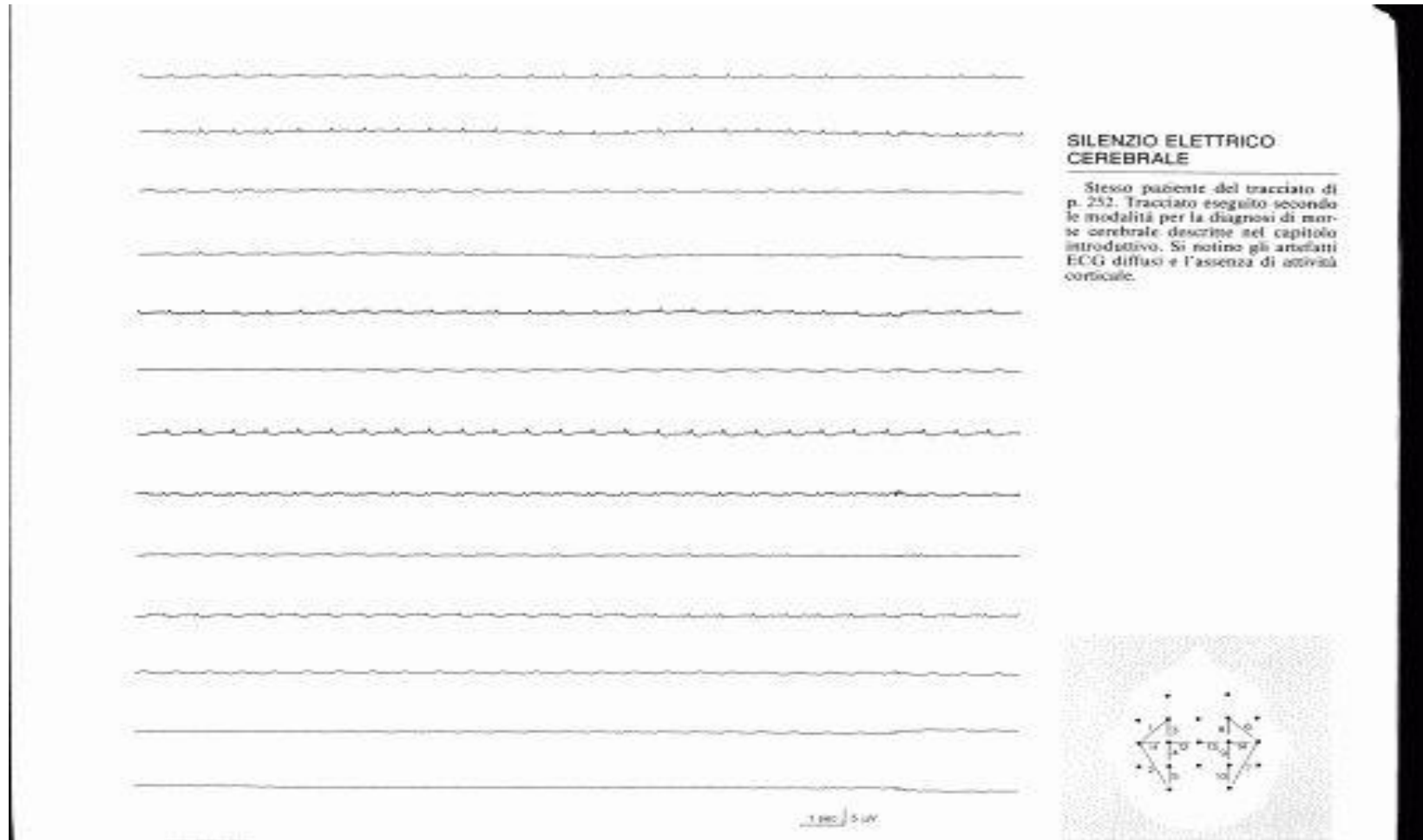
Uomo sano di 50 anni. Il ritmo alfa, di 8-9 Hz, è dominante, sinusoidale, diffuso anche alle aree rostrali e più ampio sulle derivazioni parasagittali.



56



SILENZIO ELETTRICO CEREBRALE





SILENZIO ELETTRICO CEREBRALE

1) Parametri strumentali.

"assenza di attività elettrica di origine cerebrale spontanea e provocata, di ampiezza superiore a 2 microvolts su qualsiasi regione del capo per una durata continuativa di 30 minuti"

**Definizione riportata nell'allegato n. 1 del DECRETO
MINISTERO DELLA SANITA' 22 AGOSTO 1994, n. 582,
confermato dal DM 11 APRILE 2008**



SILENZIO ELETTRICO CEREBRALE

2) Metodologia strumentale analogica.

La condizione di assenza di attività elettrica cerebrale deve essere accertata con la seguente metodologia:

Utilizzazione di almeno 8 elettrodi posti simmetricamente sullo scalpo, secondo il Sistema 10-20 Internazionale, in modo da esplorare tutte le aree cerebrali (Fp2, C4, T4, O2, Fp1, C3, T3, O1).

Le derivazioni possono essere bipolari con distanza interelettrodica non inferiore a 10 cm e/o monopolari (con elettrodi di riferimento biauricolare).



SILENZIO ELETTRICO CEREBRALE

Le impedenze elettrodermiche devono essere comprese fra 0.1 e 10 KOhms.

L'amplificazione deve essere di 2 microVolts/mm e la calibrazione con deflessione positiva o negativa di 5 mm per un segnale di 10 microVolts.

Nel corso della registrazione vanno utilizzate almeno due costanti di tempo (di 0.1 e 0.3 sec.).

Durante l'esame va ripetutamente valutata la reattività nel tracciato elettroencefalografico a stimolazioni acustiche e dolorifiche.



SILENZIO ELETTRICO CEREBRALE

La durata di ciascuna registrazione elettroencefalografica deve essere di almeno 30 minuti.

Le registrazioni elettroencefalografiche vanno effettuate su carta o su supporto digitale, al momento della determinazione della condizione di cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e ripetute alla fine del periodo di osservazione.



SILENZIO ELETTRICO CEREBRALE

Le impedenze elettroderiche devono essere comprese fra 0.1 e 10 KOhms.

L'amplificazione deve essere di 2 microVolts/mm e la calibrazione con deflessione positiva o negativa di 5 mm per un segnale di 10 microVolts.

Nel corso della registrazione vanno utilizzate almeno due costanti di tempo (di 0.1 e 0.3 sec.).

Durante l'esame va ripetutamente valutata la reattività nel tracciato elettroencefalografico a stimolazioni acustiche e dolorifiche.



SILENZIO ELETTRICO CEREBRALE

Novità

3) Metodologia strumentale digitale.

Il segnale EEG, viene registrato con derivazione monopolare e può essere contemporaneamente visualizzato con derivazioni bipolari o referenziali e con montaggi diversi da quello di acquisizione.

Questo consente di superare il problema della distanza interelettroica di 10 cm nei bambini e nei neonati qualora le dimensioni del capo lo ponessero; comunque il montaggio adottato per la valutazione deve rispettare la distanza interelettroica.

L'elettrodo di riferimento può essere biauricolare, oppure intermedio fra Fz e Cz (Fz').



SILENZIO ELETTRICO CEREBRALE

Novità

La modalità di registrazione digitale richiede una frequenza di campionamento non inferiore a 128 campioni al secondo e conversione analogico/digitale ad almeno 12 Bit., con la programmazione del segnale massimo in ingresso di 200 microVolts.

Si consiglia l'uso di un Filtro Antialiasing analogico.

La visualizzazione del segnale sul monitor deve essere gestita da una Scheda Grafica con almeno 1024x 768 punti di definizione.

Nella modalità digitale l'acquisizione del segnale è a banda aperta, i filtri consigliati per la visione del segnale sono:

HFF (High Frequency Filter): 70 Hz;

LFF (Low Frequency Filter): 0.5 Hz.



SILENZIO ELETTRICO CEREBRALE

Novità

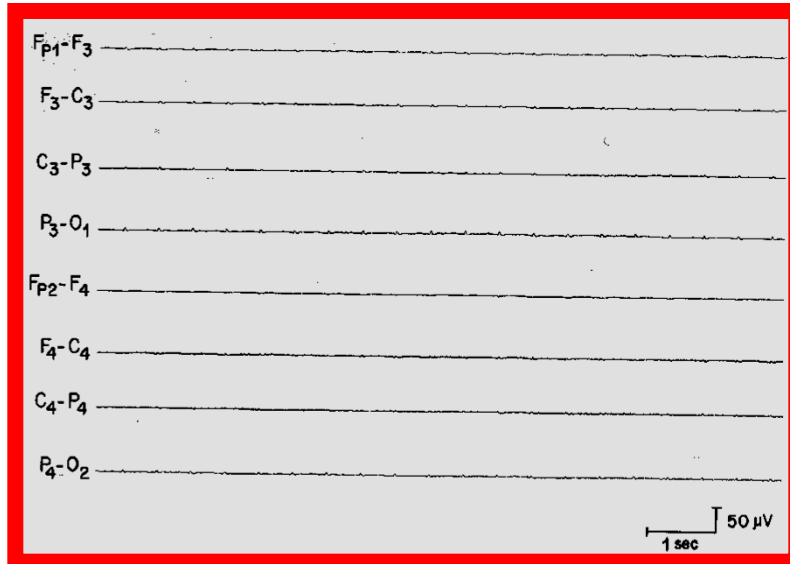
Le registrazioni effettuate con modalità digitale devono essere archiviate su supporto inalterabile magnetico od ottico in duplice copia.

L'elettroencefalografo deve avere la possibilità di convertire i files delle registrazioni in un formato tale da consentire la loro visualizzazione su ogni sistema elettroencefalografico o su personal computer.

A differenza della modalità di registrazione analogica, per la registrazione digitale non si richiede la trascrizione dei tracciati su carta. È tuttavia raccomandato che l'elettroencefalografo permetta la stampa dei tracciati su supporto cartaceo (anche a fogli singoli) con una risoluzione di almeno 300 punti/inch.



Metodologia strumentale

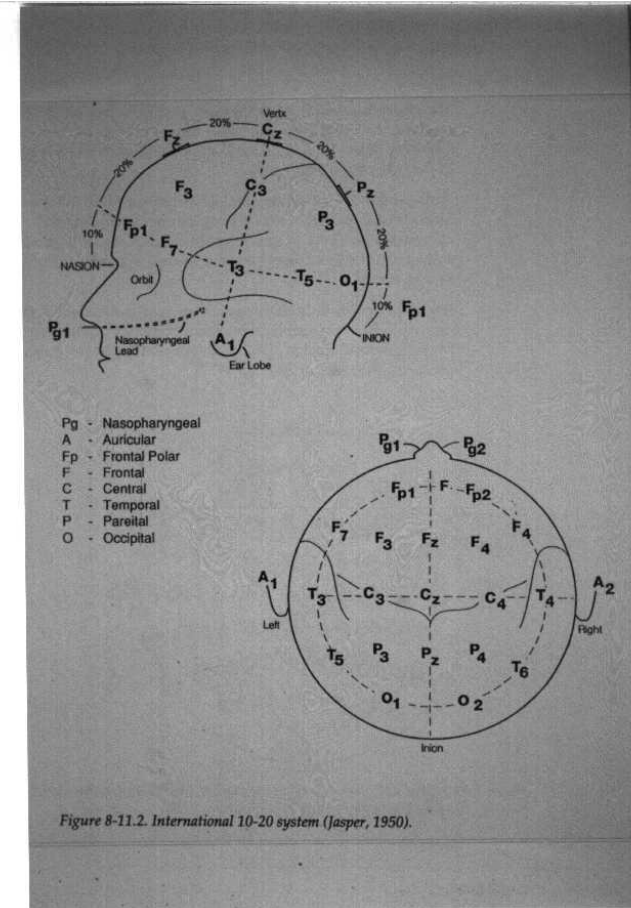


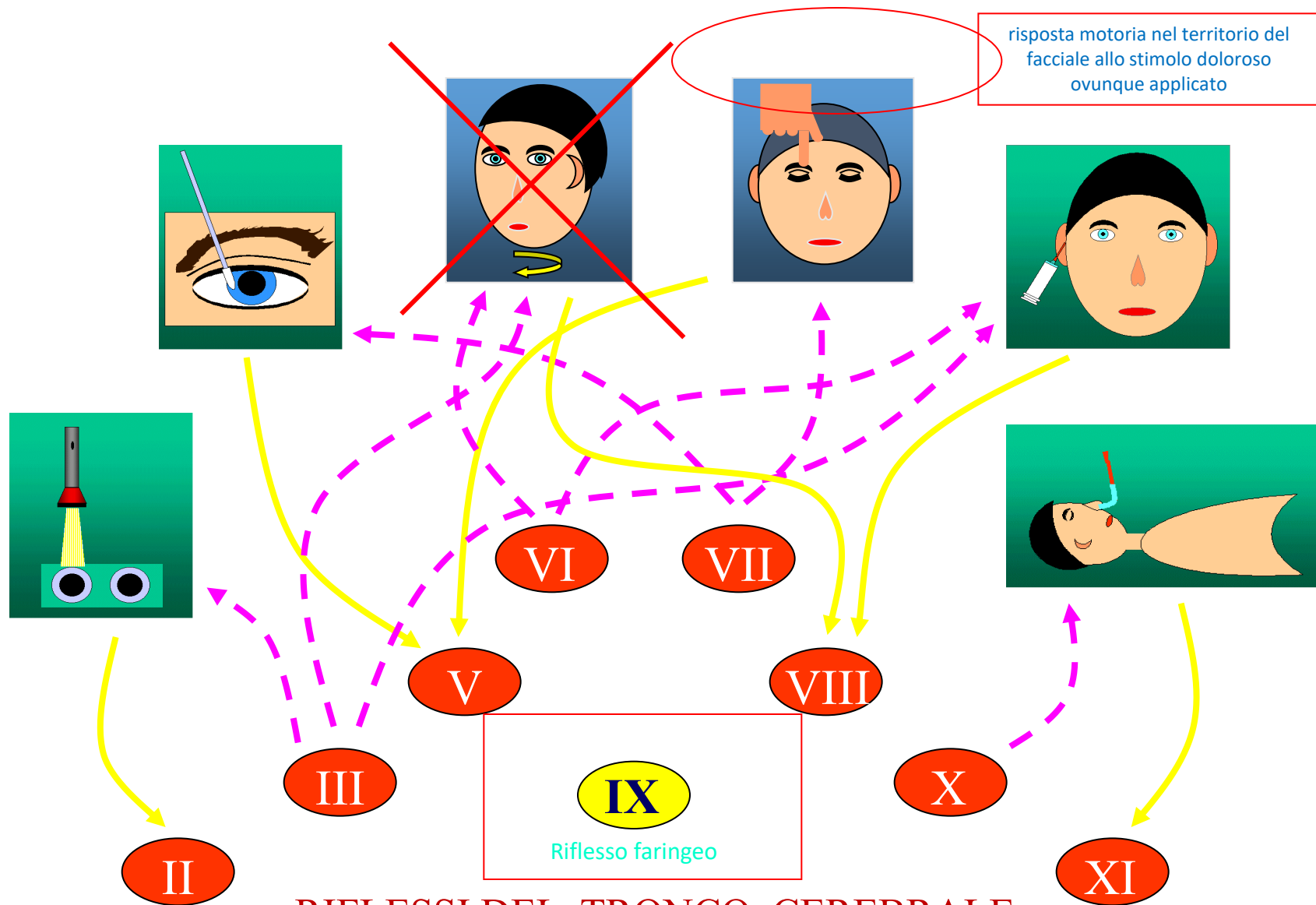
- *Numero elettrodi 8*
- *Derivazioni mono-bipolari*
- *Impedenze 0,1-10 KOHMS*
- *Amplificazione 2 $\mu\text{V}/\text{min}$*
- *Costanti di tempo 0,1 – 0,3 sec.*
- *Reattività alla stimolazione*
- *Durata e numero registrazioni 30'*
- *Registrazione su carta*



MODALITA' TECNICHE DI ESECUZIONE DELL'E.E.G.

- **Utilizzare almeno 8 elettrodi posti simmetricamente sullo scalpo, secondo il sistema 10-20 Internazionale, in modo da esplorare tutte le aree cerebrali (Fp2, C4, T4, O2, Fp1, C3, T3, O1)**
- **Le derivazioni possono essere bipolari con distanza elettroica non inferiore a 10 cm e/o monopolari (con elettrodi di riferimento biauricolari)**





**RIFLESSI DEL TRONCO CEREBRALE:
VIE AFFERENTI ED EFFERENTI**

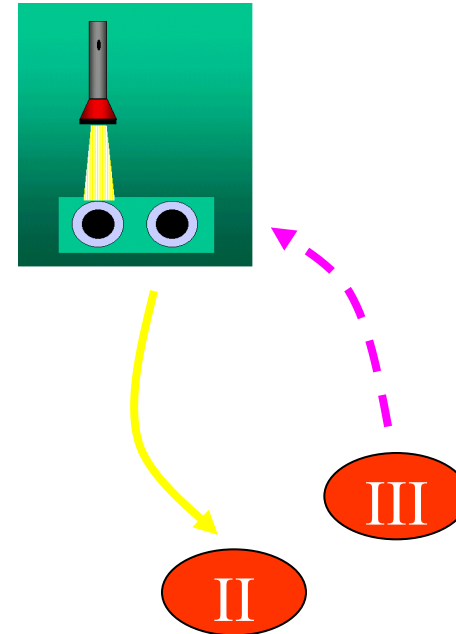


Assenza del riflesso fotomotore

Le pupille rimangono fisse, con diametro medio o aumentato, e non si modificano con forti stimoli luminosi diretti. Non è necessario che le pupille siano isocoriche.

Bisogna valutare l'eventuale presenza di:

- farmaci anticolinergici per via generale o topici**
- farmaci antidepressivi**
- paralisi neurologica preesistente**
- interventi oculari pregressi**

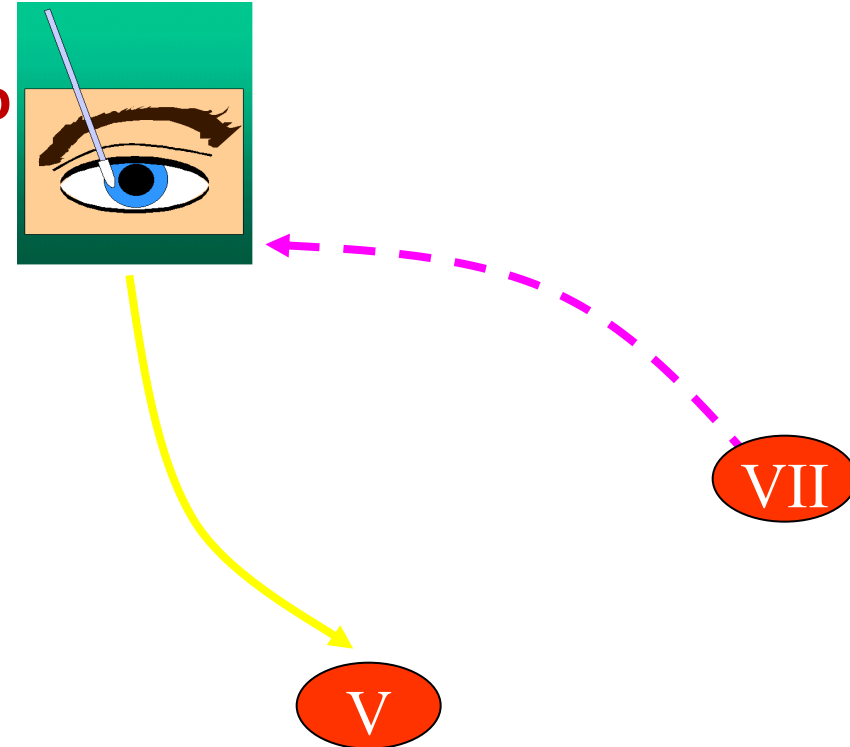




Assenza del riflesso corneale

Alla stimolazione diretta con batuffolo di cotone inumidito o con una goccia d'acqua, non devono verificarsi movimenti delle palpebre

Per non danneggiare le cornee: il test deve essere eseguito in modo da risparmiare la zona centrale, evitando eccessivi traumatismi



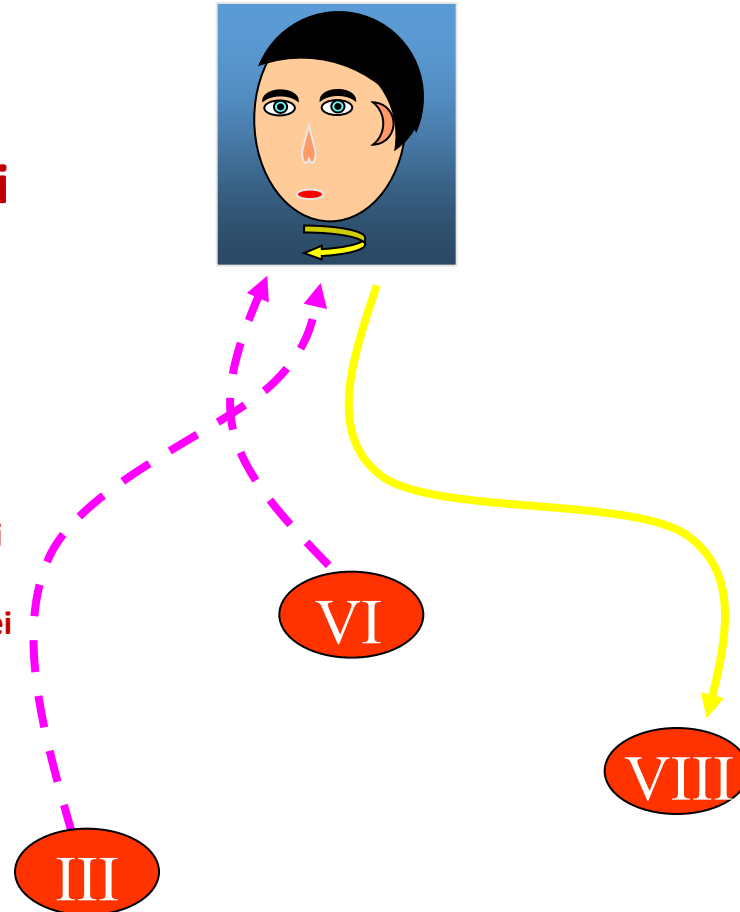


Assenza del riflesso oculocefalico

Nel soggetto in coma, determinando una brusca rotazione del capo da una parte all'altra sul piano dei suoi canali semicirculari orizzontali, gli occhi si spostano verso il lato opposto al movimento. Nel cadavere il bulbo oculare resta centrale e fisso (occhi di bambola).

Il test andava eseguito con cautela nel caso di sospetta lesione cervicale.

Tale test, che in definitiva esaminava nuclei di nervi cranici già esplorati con altri riflessi, è stato sostituito con l'esplorazione del riflesso faringeo, che consente di completare la disamina semeiologica di tutti i nuclei dei nervi cranici, attraverso quella del IX (ipoglosso), che prima mancava

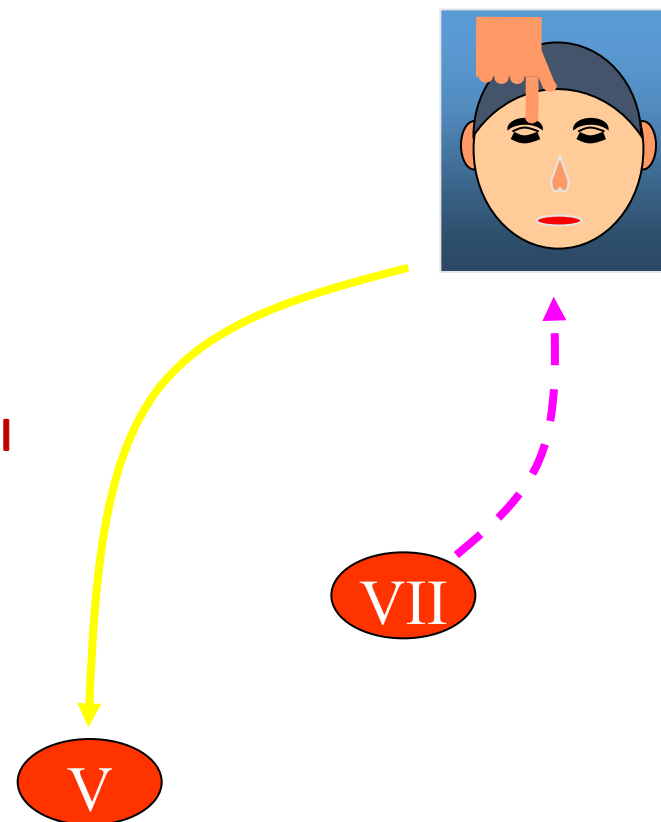




Assenza di risposta a stimoli algici nel territorio del trigemino

La stimolazione dolorosa nel territorio del trigemino (ambito del volto) non determina alcuna risposta (contrazione muscolare), tanto nel gruppo muscolare cefalico quanto nei gruppi muscolari del tronco (parimenti, la rievocazione dei riflessi spinali non evoca alcuna risposta muscolare nel distretto cefalico)

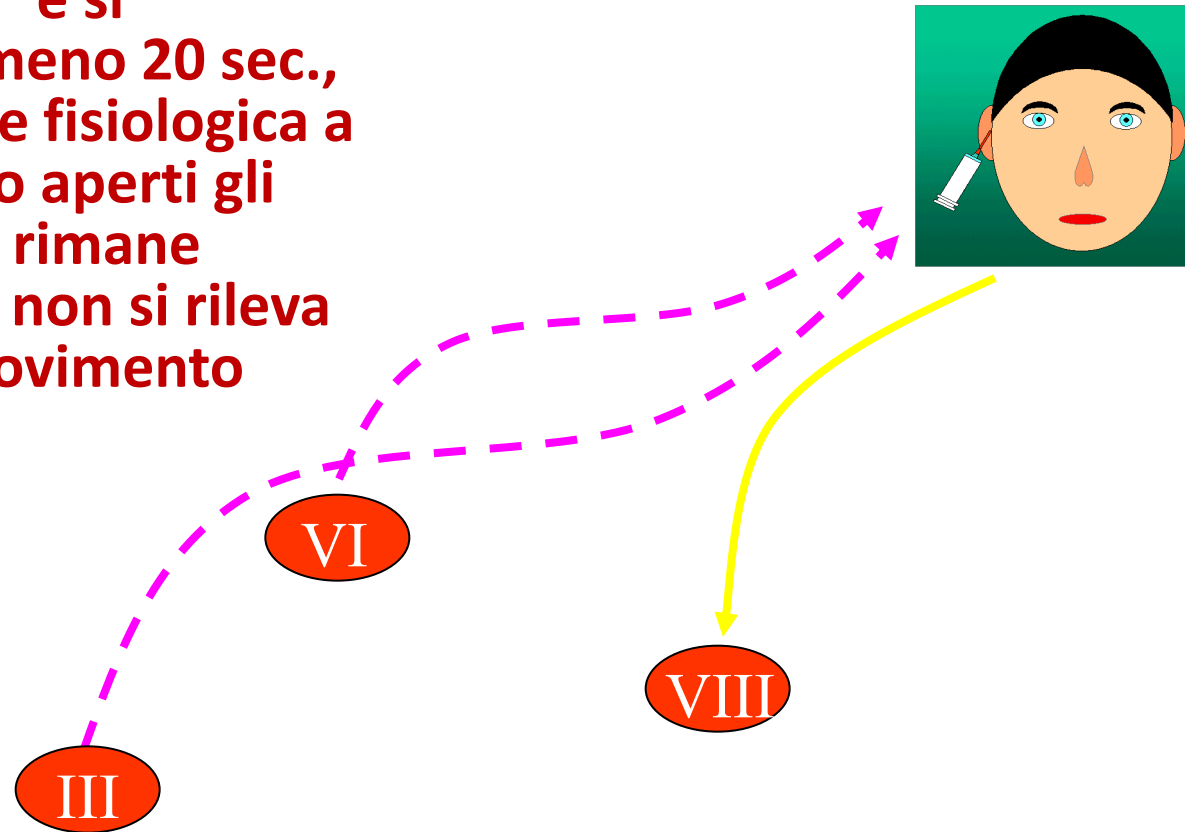
Il DM 11 aprile 2008 ha integrato questa esplorazione semeiologica con quella relativa all'assenza di risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato





Assenza del riflesso oculo-vestibolare

Previa otoscopia, onde escludere tappi di cerume e perforazioni timpaniche, si solleva la testa del paziente a 30° e si iniettano, per almeno 20 sec., 20 ml di soluzione fisiologica a 4 °C, mantenendo aperti gli occhi: lo sguardo rimane centrale e fisso e non si rileva nessun tipo di movimento oculare

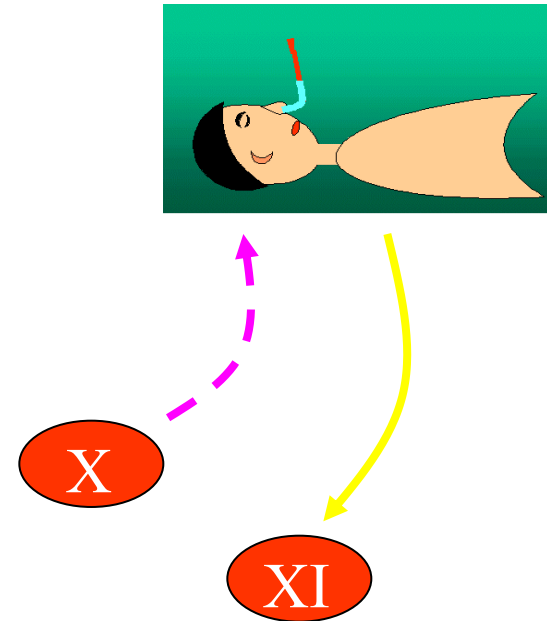




Assenza del riflesso carenale



**In seguito a stimolazione
carenale con sondino
d'aspirazione non si riscontra
alcuna risposta tussigena.**

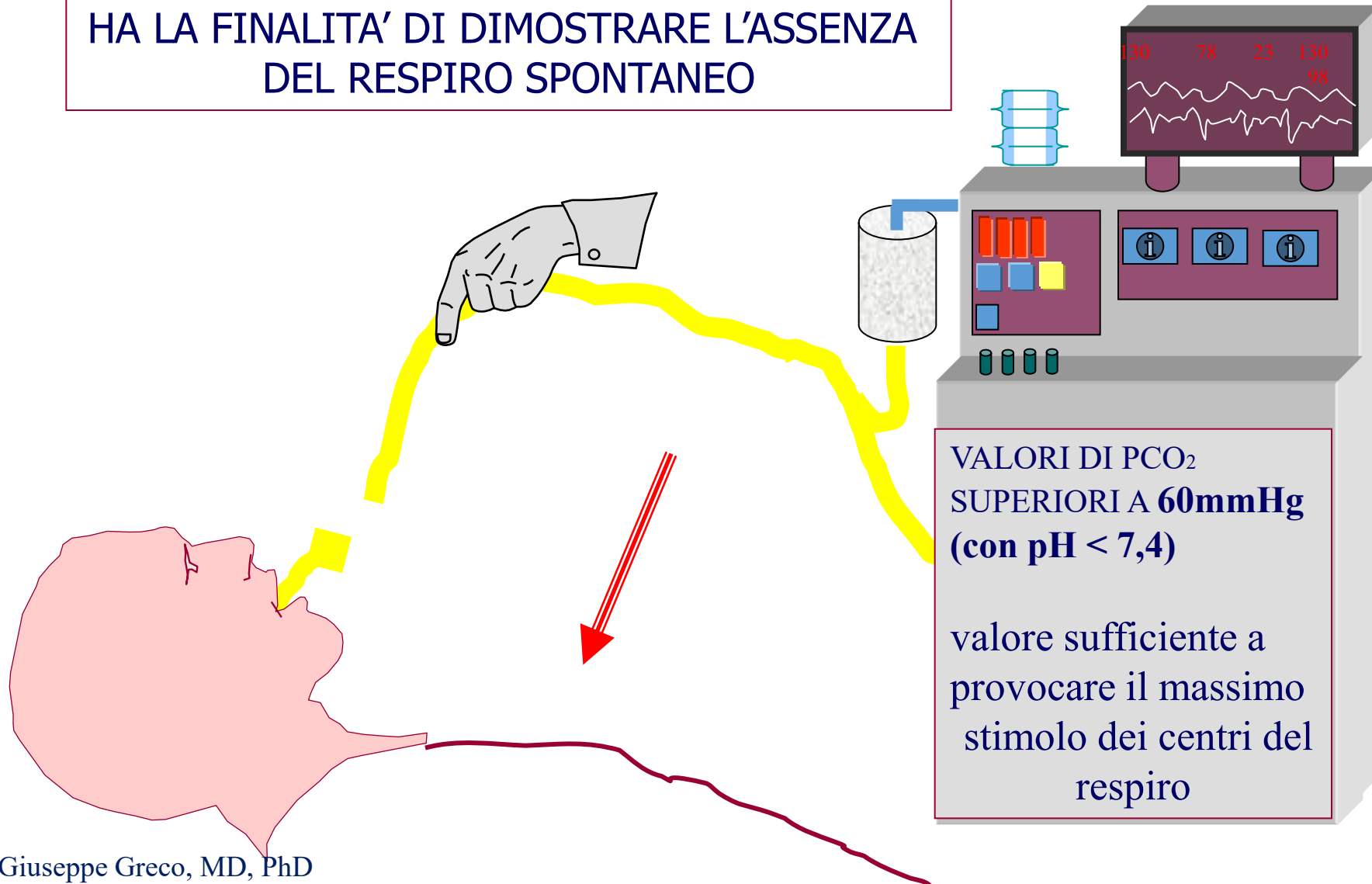




TEST DELL'APNEA



HA LA FINALITA' DI DIMOSTRARE L'ASSENZA
DEL RESPIRO SPONTANEO





DD. MM. SANITA'
22 agosto 1994 n. 582 e 11 aprile 2008
CERTIFICAZIONE DI MORTE

La commissione di accertamento morte:

- MEDICO LEGALE**
- NEUROFISIOPATOLOGO**
- RIANIMATORE**

CERTIFICA LA MORTE DEL PAZIENTE

INDIPENDENTEMENTE DALLA DONAZIONE



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie



Cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo

- ***assenza dello stato di vigilanza e di coscienza***
- ***Assenza dei riflessi del tronco e del respiro spontaneo***
- ***Silenzio elettrico cerebrale***



Richiesta di nomina del collegio medico



Fasi dell'accertamento della morte encefalica



Art. 3 L. 578/1993

Segnalazione alla Direzione Sanitaria



immediata

Nomina collegio medico



pronta



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Comma 5 art. 2 L. 578/1993

- ▶ **Medico legale** (*Dirigente Medico U.O. Medicina Legale*)
- ▶ **Anestesista-rianimatore** (*Dirigente Medico U.O. Anestesia e Rianimazione*)
- ▶ **Neurologo esperto in elettroencefalografia** (*Dirigente Medico U.O. Neurologia*)



Prestampato per la segnalazione alla Direzione Sanitaria

Dott. Mario Giuseppe Greco, MD, PhD



OSPEDALE
S. CARLO
AZIENDA OSPEDALIERA - POTENZA

SERVIZIO DI ANESTESIA E RIANIMAZIONE

SPETT.LE
DIREZIONE SANITARIA
SEDE

OGGETTO: Richiesta di nomina della Commissione per l'accertamento della Morte cerebrale ai sensi del D.M. n° 582 del 22/08/94.

Si comunica a codesta Direzione Sanitaria, che in questo Reparto è ricoverato dal _____ il Sig. _____ nato a _____ affetto da _____

Lo/a Stesso/a versa in "Stato di Morte Cerebrale" pertanto si richiede l'istituzione della Commissione per l'accertamento della morte cerebrale come previsto dal Decreto del Ministero della Sanità N.582 del 22/08/1994.

IL PRIMARIO

Potenza, _____



Potenza, 20/03/2026



Prestampato per la nomina del Collegio medico



OSPEDALE
S. CARLO
AZIENDA OSPEDALIERA - POTENZA

Potenza _____

Prot. n. _____

Il/la sottoscritt _____ Dott. _____ in servizio di
pronta disponibilità, con la presente disposizione nomina il Collegio Medico per
l'accertamento della morte di _____

Il Collegio si compone dei seguenti medici specialisti dell'Azienda
Ospedaliera "San Carlo":





Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Riunione del Collegio medico

- *Verifica la regolarità della propria costituzione*
- *Verifica la sussistenza delle condizioni che inducono all'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie*

(condizioni richiamate dal comma 1 dell'art. 2 del DM 11 aprile 2008: assenza dello stato di vigilanza e di coscienza, assenza dei riflessi del tronco e di respiro spontaneo, silenzio elettrico cerebrale)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Riunione del Collegio medico



➤ *Appura l'assenza delle situazioni particolari per le quali è prevista l'esecuzione di ulteriori indagini complementari atte ad evidenziare l'esistenza del flusso ematico cerebrale*

(condizioni richiamate dal comma 2 dell'art. 2 del DM 11 aprile 2008)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Situazioni particolari per le quali è previsto l'accertamento dell'esistenza del flusso ematico cerebrale

- ✓ *età inferiore ad un anno,*
- ✓ *presenza di fattori concomitanti di grado tale da interferire sul quadro clinico complessivo (farmaci depressori del sistema nervoso centrale, ipotermia, alterazioni endocrino-metaboliche, ipotensione sistemica depressa)*
- ✓ *situazioni che non consentono una diagnosi etiopatogenetica certa*
- ✓ *situazioni che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco o dell'elettroencefalogramma*



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Riunione del Collegio medico



oppure

➤ ***Constata l'assenza del flusso ematico cerebrale, preventivamente documentata, sussistendo una o più delle condizioni per le quali è prevista l'esecuzione di ulteriori indagini complementari atte ad evidenziarla***

➤ *Per l'applicazione delle indagini strumentali di flusso ematico cerebrale devono essere seguite le **Linee guida** approvate dalla Consulta tecnica nazionale per i trapianti.*

(condizioni richiamate dal comma 2 dell'art. 2 del DM 11 aprile 2008)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Riunione del Collegio medico



➤ ***Verifica che non ricorrano gli estremi del comma 2 dell'art. 4 del DM 11 aprile 2008***

(divieto di inizio della osservazione prima di 24 ore dal momento dell'insulto anossico, in caso di danno cerebrale anossico)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Riunione del Collegio medico



➤ *Prende atto dell'età del soggetto da sottoporre ad accertamento della morte e stabilisce di procedere con una durata del periodo di osservazione delle condizioni clinico-strumentali pari a **6 ore** (adulti e bambini in età superiore ai 5 anni), **12 ore** (bambini di età compresa tra 1 e 5 anni) o **24 ore** (bambini di età inferiore ad 1 anno, con nascita avvenuta dopo la 38a settimana di gestazione e comunque dopo una settimana di vita extrauterina)*

(comma 1 dell'art. 4 del D.M. 22 agosto 1994 n. 582)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica



Riunione del Collegio medico

➤ *Ai fini dell'accertamento della morte la durata del periodo di osservazione deve essere **non inferiore a 6 ore***

(comma 1 dell'art. 4 del D.M. 11 aprile 2008)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica



Riunione del Collegio medico

➤ *Fissa l'orario del proseguimento del rilevamento della simultaneità delle condizioni di cui al comma 1 dell'art. 3 del DM 582/94 (stato di incoscienza, assenza dei riflessi del tronco e del respiro spontaneo, silenzio elettrico cerebrale), rilevamento che deve essere effettuato **almeno 3 volte** nel corso della durata del periodo di osservazione*

(comma 3 dell'art. 4 del D.M. 22 agosto 1994 n. 582)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Riunione del Collegio medico

➤ *La simultaneità delle condizioni necessarie ai fini dell'accertamento deve essere rilevata dal collegio medico per almeno **due volte**, all'inizio e alla fine del periodo di osservazione. La verifica di assenza di flusso non va ripetuta.*

(comma 3 dell'art. 4 del D.M. 11 aprile 2008)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Attività del Collegio medico

➤ Il Collegio medico procede, ad inizio osservazione, alla verifica della cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, secondo le modalità clinico-strumentali stabilite dal DM 11 aprile 2008, mediante il rilevamento delle condizioni previste dal comma 1 dell'art. 3 del medesimo DM



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Accertamento di:

- Assenza **dello stato di vigilanza** e di incoscienza
- Assenza del riflesso corneale
- Assenza del riflesso fotomotore
- Assenza del riflesso **(oculomotore) faringeo**
- Assenza del riflesso oculo-vestibolare
- Assenza di reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino
- Assenza di **risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato**
- Assenza del riflesso carenale
- Assenza di **respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da 60 mmHg con pH ematico minore di 7,40**
- **assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO2 arteriosa non inferiore a 60 mmHg e pH ematico non superiore a 7,40, in assenza di ventilazione artificiale**
- **Silenzio elettrico cerebrale**



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Attività del Collegio medico



➤ *Il Collegio medico ripete la verifica della cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo*



all'ora fissata come inizio del secondo rilevamento (metà del periodo di osservazione)



all'ora fissata come inizio del terzo rilevamento (fine del periodo di osservazione)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

- Attività del Collegio medico
- *Il Collegio medico termina le proprie operazioni di accertamento della morte e dichiara il decesso, come avvenuto all'epoca di **inizio delle procedure di accertamento** (redigendo verbale delle operazioni).*

(comma 4 dell'art. 4 del D.M. 11 aprile 2008)



Fasi dell'accertamento della morte encefalica

Attività del Collegio medico

➤ ***Il componente medico-legale (o chi lo sostituisce nel Collegio) assume anche le funzioni di **medico necroscopo** e redige il certificato di morte.***

(comma 3 dell'art. 6 del D.M. 11 aprile 2008)



Modello del verbale di accertamento



OSPEDALE
S. CARLO
AZIENDA OSPEDALIERA - POTENZA

VERBALE DELLE OPERAZIONI DI ACCERTAMENTO DELLA MORTE IN SOGGETTO AFFETTO DA LESIONI ENCEFALICHE E SOTTOPOSTO A MISURE RIANIMATORIE

(EFFETTUATE AI SENSI DELLA L. 29 DICEMBRE 1993 N. 578 E DEL D.M. 22 AGOSTO 1994 N. 582)

RELATIVO A

COGNOME E NOME: _____

NATO A: _____ IL _____

DATA DELL'ACCERTAMENTO: _____

COMPONENTI DEL COLLEGIO:

- 1) DOTT. _____, MEDICO LEGALE
- 2) DOTT. _____, ANESTESISTA RIANIMATORE
- 3) DOTT. _____, NEUROLOGO





Modello del verbale di accertamento

Alle ore _____ del giorno _____ del mese di _____
dell'anno _____ si riunisce il Collegio medico nominato, ai sensi del comma 5
dell'art. 2 della L. 29 dicembre 1993 n. 578, in data odierna dalla Direzione Sanitaria di questa Azienda Ospedaliera e
composto da:

- 1) Dott. _____, medico legale,
- 2) Dott. _____, medico specialista in anestesia e rianimazione,
- 3) Dott. _____, neurologo esperto in elettroencefalografia,

al fine di accertare la morte, mediante verifica della cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo (secondo
le modalità clinico-strumentali stabilite dal decreto del Ministero della Sanità n. 582 del 22 agosto 1994), di:

(cognome e nome) _____

nato/a _____, il _____,

residente in _____, Via _____.

Il Collegio medico,

- verificata la regolarità della propria costituzione,
- riscontrata la sussistenza delle condizioni che inducono all'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni
encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie richiamate dal comma 1 dell'art. 2 del D.M. 22 agosto 1994 n. 582
(stato di incoscienza, assenza di riflessi del tronco e di respiro spontaneo, silenzio elettrico cerebrale),
- ☐ appurata l'assenza delle situazioni particolari, richiamate dal comma 2 dell'art. 2 del D.M. 22 agosto 1994
n. 582 per le quali è prevista l'esecuzione di ulteriori indagini complementari atte ad evidenziare l'esistenza del
flusso ematico cerebrale (età inferiore ad un anno, presenza di fattori concomitanti -farmaci depressori del
sistema nervoso centrale, ipotermia, alterazioni endocrino-metaboliche, ipotensione sistemica depressa- di grado
tale da interferire sul quadro clinico complessivo, situazioni che non consentono una diagnosi etiopatogenetica
certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco o dell'elettroencefalogramma),
- ☐ constatata l'assenza di flusso ematico cerebrale, preventivamente documentata, sussistendo una o più delle
condizioni richiamate dal comma 2 dell'art. 2 del D.M. 22 agosto 1994 n. 582 per le quali è prevista l'esecuzione
di ulteriori indagini complementari atte ad evidenziarla (e precisamente: ☐ età inferiore ad un anno, ☐ presenza
di fattori concomitanti -farmaci depressori del sistema nervoso centrale, ipotermia, alterazioni endocrino-
metaboliche, ipotensione sistemica depressa- di grado tale da interferire sul quadro clinico complessivo, ☐
situazioni che non consentono una diagnosi etiopatogenetica certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi del
tronco o dell'elettroencefalogramma),



Modello del verbale di accertamento



- verificato che non ricorrono gli estremi del comma 2 dell'art. 4 del D.M. 22 agosto 1994 n. 582 (divieto di inizio della osservazione prima di 24 ore dal momento dell'insulto anossico, in caso di danno cerebrale anossico),

- preso atto dell'età del soggetto da sottoporre ad accertamento della morte,

STABILISCE di procedere con una durata del periodo di osservazione delle condizioni clinico-strumentali, ai fini dell'accertamento della morte, secondo il disposto del comma 1 dell'art. 4 del D.M. 22 agosto 1994 n. 582, non inferiore a:

- ☐ sei ore, ricorrendo il punto a) del citato comma (adulti e bambini in età superiore ai cinque anni),

- ☐ dodici ore, ricorrendo il punto b) del citato comma (bambini di età compresa tra uno e cinque anni),

- ☐ ventiquattro ore, ricorrendo il punto c) del citato comma (bambini di età inferiore ad un anno) e risultando soddisfatto il comma 3 dell'art. 3 del medesimo D.M. (nascita avvenuta dopo la 38a settimana di gestazione e comunque dopo una settimana di vita extrauterina),

fissando il proseguimento del rilevamento della simultaneità delle condizioni di cui al comma 1 dell'art. 3 del D.M. 582/94 (o, nei casi di cui al punto c) del comma 2 dell'art. 2 del predetto D.M., relativamente alle situazioni che non consentono una diagnosi etiopatogenetica certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco o dell'elettroencefalogramma, di tutte quelle esplorabili), rilevamento che deve essere effettuato almeno tre volte nel corso della durata del periodo di osservazione, secondo il disposto del comma 3 dell'art. 4 del medesimo D.M.:

- alle ore _____, del _____, (inizio del secondo rilevamento, a metà del periodo di osservazione), e

- alle ore _____, del _____, (inizio del terzo rilevamento, alla fine del periodo di osservazione).

Il Collegio medico procede quindi, nei tempi indicati (relativi ad inizio –coincidente con l'ora di riunione del Collegio-, metà e fine del periodo di osservazione), al rilevamento delle contemporanea presenza delle condizioni previste dal comma 1 dell'art. 3 del D.M. 582/94, con le modalità tecniche previste dal medesimo D.M., constatando:

I. - INIZIO DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE

Stato di incoscienza: ☐ SI ☐ NO

Assenza del riflesso corneale: ☐ SI ☐ NO ☐ NON VALUTABILE

Assenza del riflesso fotomotore: ☐ SI ☐ NO ☐ NON VALUTABILE

Assenza del riflesso oculocefalico: ☐ SI ☐ NO ☐ NON VALUTABILE

Assenza del riflesso oculovestibolare: ☐ SI ☐ NO ☐ NON VALUTABILE

Assenza di reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino: ☐ SI ☐ NO

Assenza del riflesso carenale: ☐ SI ☐ NO ☐ NON VALUTABILE

Assenza di respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da 60 mmHg con pH ematico minore di 7,40: ☐ SI ☐ NO

Silenzio elettrico cerebrale: ☐ SI ☐ NO ☐ NON VALUTABILE



Modello del verbale di accertamento



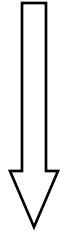
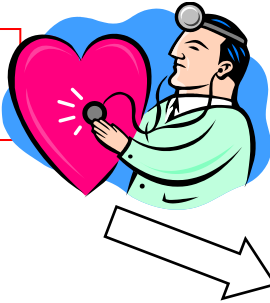
II. - META' DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE		
Stato di incoscienza:		
☐ SI	☐ NO	
Assenza del riflesso corneale:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza del riflesso fotomotore:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza del riflesso oculocefalico:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza del riflesso oculovestibolare:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza di reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino:		
☐ SI	☐ NO	
Assenza del riflesso carenale:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza di respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da 60 mmHg con pH ematico minore di 7,40:		
☐ SI	☐ NO	
Silenzio elettrico cerebrale:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
III. - FINE DEL PERIODO DI OSSERVAZIONE		
Stato di incoscienza:		
☐ SI	☐ NO	
Assenza del riflesso corneale:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza del riflesso fotomotore:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza del riflesso oculocefalico:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza del riflesso oculovestibolare:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza di reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio di innervazione del trigemino:		
☐ SI	☐ NO	
Assenza del riflesso carenale:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Assenza di respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da 60 mmHg con pH ematico minore di 7,40:		
☐ SI	☐ NO	
Silenzio elettrico cerebrale:		
☐ SI	☐ NO	☐ NON VALUTABILE
Il Collegio medico, pertanto, rilevato quanto sopra, termina le proprie operazioni di accertamento della morte alle ore _____, del _____ e DICHIARA il decesso del sunnominato come avvenuto alle ore _____, del _____ epoca di inizio delle procedure di accertamento, così come previsto dal comma 4 dell'art. 4 del D.M. 22 agosto 1994 n. 582. Letto, confermato e sottoscritto. IL MEDICO LEGALE: _____ L'ANESTESTISTA RIANIMATORE: _____ IL NEUROLOGO: _____		



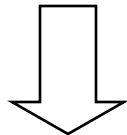
ACCERTAMENTO MORTE

MORTE PER ARRESTO CARDIACO

Diagnosi clinica



Periodo di osservazione 24 h o 48 h



Visita necroscopica 15-30 ore

ECG per 20'



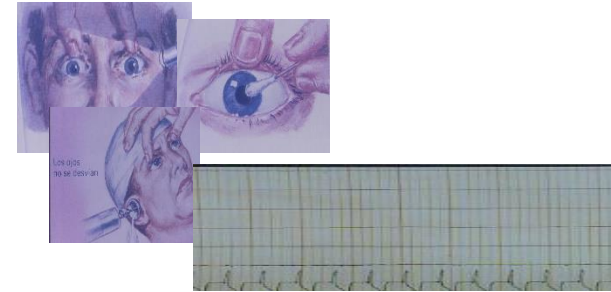


ACCERTAMENTO MORTE

MORTE PER LESIONI ENCEFALICHE

(in paz. sottoposto a misure rianimatorie)

Diagnosi clinica



- ❖ Collegio medico legale
- ❖ Periodo di osservazione 6 h



Visita necroscopica





IV. La donazione di organi a scopo di trapianto terapeutico



La dichiarazione di volontà a donare organi e tessuti è attualmente regolamentata da:

➤ **legge n. 91 del 1° aprile 1999**

➤ **decreto ministeriale dell'8 aprile 2000**



Donazione d'organi

- ▶ **Non opposizione al prelievo**
- ▶ **Autorizzazione da parte dell'A.G.
(per i casi di morte encefalica da
causa violenta)**



LEGGE 2 DICEMBRE 1975, n. 644
(G.U. del 19-12-1975, n. 334)

DISCIPLINA DEI PRELIEVI DI PARTI DI CADAVERE A SCOPO DI TRAPIANTO TERAPEUTICO E NORME SUL PRELIEVO DELL'IPOFISI DA CADAVERE A SCOPO DI PRODUZIONE DI ESTRATTI PER USO TERAPEUTICO



Art. 6

Il prelievo da cadavere non sottoposto a riscontro diagnostico o ad operazioni autoptiche ordinate dall'autorità giudiziaria, è vietato quando in vita il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso

Il prelievo è altresì vietato quando, non ricorrendo l'ipotesi di cui al comma precedente, intervenga da parte del coniuge non separato, o in mancanza, dei figli se di età non inferiore a 18 anni o, in mancanza di questi ultimi, dei genitori, in seguito a formale proposta del sanitario responsabile delle operazioni di prelievo, **opposizione scritta** entro il termine previsto nell'articolo 3, primo comma, e nell'articolo 4, secondo comma (entro la fine delle operazioni di accertamento)



Aventi diritto

in caso di maggiorenne: coniuge non separato*

in assenza: figli

in assenza: genitore

in assenza: fratello

in caso di minorenni: genitore

in assenza: giudice tutelare

* oppure il *convivente more uxorio* (ex Legge 1° aprile 1999 n. 91 e circolare n. 12 Ministero della Salute del 30 agosto 2000).

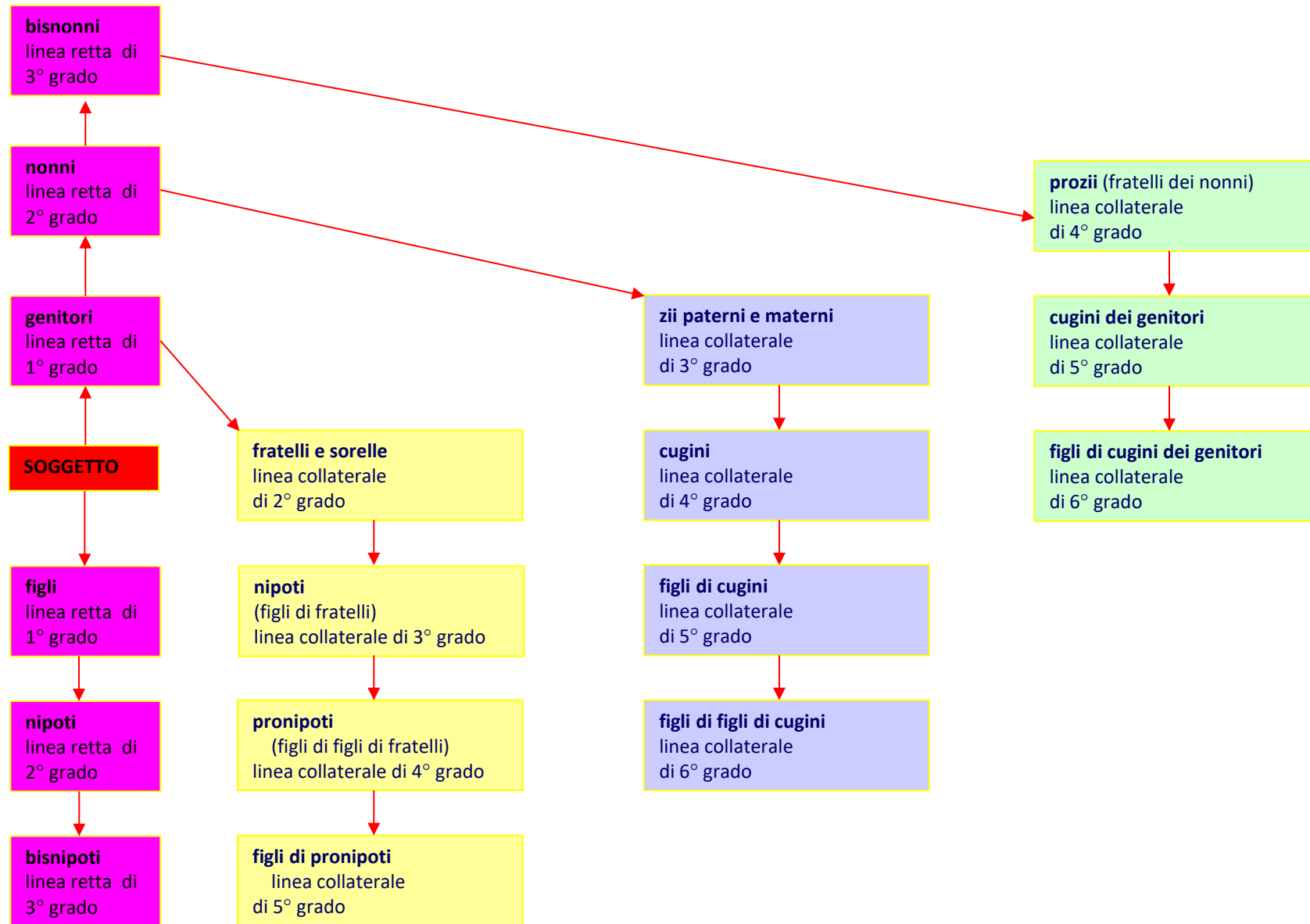


parentela è il vincolo tra le persone che discendono da uno stesso stipite (es. padre-figlio; nonno-nipote) – art. 74 c.c.

parentela legittima si estende fino al 6° grado – art. 77 c.c.

parentela naturale è limitata tra il genitore e il figlio naturale (ossia nato fuori dal matrimonio) riconosciuto o giudizialmente dichiarato – art. 258 e 277 c.c.

affinità è il vincolo tra un coniuge ed i parenti dell'altro coniuge: nella linea e nel grado in cui uno è parente di uno dei coniugi, egli è affine all'altro coniuge – art. 78 c.c.





Richiesta di autorizzazione all'A.G.

Dott. Mario Giuseppe Greco, MD, PhD

	OSPEDALE S. CARLO AZIENDA OSPEDALIERA - POTENZA
ALL'ILL.MO SIG. PROCURATORE DELLA REPUBBLICA PRESSO IL TRIBUNALE DI POTENZA C/O POSTO DI POLIZIA <u>S E D E</u>	
SI COMUNICA CHE in data _____, alle ore _____, presso l'U.O. di Anestesia e Rianimazione di questa Azienda Ospedaliera, hanno avuto inizio le operazioni di accertamento della morte in soggetto affetto da lesioni encefaliche e sottoposto a misure rianimatorie secondo quanto previsto dalla L. 29 dicembre 1993 n. 578 e dal D.M. 22/08/1994 n. 582, relativamente a: (cognome e nome) _____ nato/a _____, il _____ residente in _____, Via _____ ricoverato presso questa Azienda Ospedaliera in data _____ per _____ _____ _____ (ivi proveniente dall'Ospedale di _____). Il termine delle predette operazioni di accertamento della morte è previsto all'incirca per le ore _____ del _____, a completamento delle quali potrebbe risultare accertata la morte del sunnominato mediante verifica della cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, con dichiarazione del decesso del predetto, ed eventualmente darsi così luogo alle procedure di prelievo d'organi a scopo di trapianto terapeutico, previa acquisizione di valido consenso dei familiari. SI RICHIEDE PERTANTO ALLA S.V., sin d'ora, autorizzazione all'eventuale prelievo d'organi. Seguirà in ogni caso comunicazione alla S.V. dell'avvenuto accertato decesso. Potenza, _____ In fede	



Potenza, 20/03/2026



Comunicazione esito all'A.G.

Dott. Mario Giuseppe Greco, MD, PhD



ALL'ILL.MO SIG.
PROCURATORE DELLA REPUBBLICA
PRESSO IL TRIBUNALE DI POTENZA

C/O POSTO DI POLIZIA
S E D E

Facendo seguito alla comunicazione già inviata alla S.V. concernente richiesta di autorizzazione per eventuale prelievo d'organi da cadavere a scopo di trapianto terapeutico,

SI COMUNICA CHE

in data _____, alle ore _____, presso l'U.O. di Anestesia e Rianimazione di questa Azienda Ospedaliera, hanno avuto termine le operazioni di accertamento della morte in soggetto affetto da lesioni encefaliche e sottoposto a misure rianimatorie secondo quanto previsto dalla L. 29 dicembre 1993 n. 578 e dal D.M. 22/08/1994 n. 582, relativamente a:

(cognome e nome) _____

nato/a _____, il _____,

residente in _____, Via _____,

ricoverato presso questa Azienda Ospedaliera in data _____ per _____

(ivi proveniente dall'Ospedale di _____),

con dichiarazione del decesso del sunnominato come avvenuto alle ore _____, del _____,

(epoca di inizio delle procedure di accertamento, così come previsto dal comma 4 dell'art. 4 del D.M. 22 agosto 1994

n. 582) per la causa seguente: _____

Al termine delle predette operazioni SI E' / NON SI E' proceduto alla effettuazione di prelievo d'organi a scopo di trapianto.

Potenza, _____

In fede

Potenza, 20/03/2026



Donazione d'organi

Le nuove regole dettate dalla **Legge n. 91 del 1° aprile 1999** introducono il principio del silenzio-assenso informato:

é la persona in vita ad essere chiamata a decidere (e non i familiari dopo la morte) se mettere a disposizione a scopo terapeutico i propri organi in caso di decesso



Legge n. 91 del 1° aprile 1999

Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti



Ha introdotto le seguenti importanti novità

- ❖ Promozione dell'informazione
- ❖ Principio del silenzio-assenso e raccolta della manifestazione di volontà
- ❖ Formazione del personale
- ❖ Nuovi organismi e nuove regole
- ❖ Sistema informativo dei trapianti



Legge n. 91 del 1° aprile 1999

Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti



Il principio del silenzio-assenso:

Con modalità previste in apposito D.M. il Cittadino:

- è **TENUTO** ad esprimere la propria volontà entro il periodo indicato
- è **INFORMATO** che la mancata dichiarazione di volontà autorizza il prelievo



Donazione d'organi

Il D.M. Sanità 8 aprile 2000 ha impartito disposizioni in merito alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto




Ministero della Sanità

**DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ALLA DONAZIONE
DI ORGANI E TESSUTI**

Io sottoscritto/a (cognome) _____
(nome) _____ sesso _____
nato/a il _____ a _____ Prov. _____
Nazione _____ codice fiscale _____
residente a _____ Prov. _____
in via _____ cap. _____
AUSL di appartenenza _____
dichiaro di voler donare i miei organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto.

☐ SI Firma _____

☐ NO Firma _____

Data dichiarazione _____

Documento di identità _____
n. _____
rilasciato da _____
il _____

RISERVATO ALL'UFFICIO ACCETTAZIONE (AZ. USL,
AZ. OSPEDALIERA E MEDICO DI MEDICINA GENERALE)

Timbro e firma _____
Cognome _____
Nome _____
Data _____

DELEGATO ALLA CONSEGNA

☐ Associazione _____

Cognome _____
Nome _____
Documento di identità _____ n. _____
Rilasciato da _____ il _____
Firma _____

Acconsento alla raccolta e al trattamento dei miei dati personali nel rispetto della legge 675/96, per gli scopi e le finalità previste dalla legge 91/99 in materia di prelievi e trapianti di organi e dal DM 8 aprile 2000.

Firma _____



Tale principio non è tuttavia
ancora in completamente in
vigore





riassumendo



Attualmente le **modalità** per esprimere la volontà sono le seguenti:



1

la compilazione del **tesserino blu**
del Ministero della Salute che deve
essere conservato insieme ai
documenti personali





E' possibile **compilare on-line** la
dichiarazione di volontà e
stampare il proprio tesserino sul
sito della Campagna di
informazione 2008



2

la registrazione della propria
volontà presso la ASL di
riferimento o il medico di famiglia;
il modulo è disponibile anche in
lingua tedesca

The image shows a sample of the 'Dichiarazione di Volontà alla Donazione di Organi e Tessuti' form. The form is titled 'Dichiarazione di Volontà alla Donazione di Organi e Tessuti' and includes fields for personal data (Cognome, Nome, Sesso, Data di nascita, Luogo di nascita, Codice fiscale, Indirizzo, Città, Prov., CAP), ASL di appartenenza, and a section for the donor's signature and date. There is also a section for the recipient's signature and date. The form is in Italian and includes a small logo at the top left.



3

una **dichiarazione scritta** che il cittadino porta con sé con i propri documenti.

A questo proposito il decreto ministeriale 8 aprile 2000 ha stabilito che qualunque nota scritta che contenga nome, cognome, data di nascita, dichiarazione di volontà (positiva o negativa), data e firma, è considerata valida ai fini della dichiarazione



4

l'atto olografo dell'AIDO o di una
delle altre associazioni di settore



5

esprimendo il proprio consenso o dissenso finalizzato alla donazione di organi e tessuti dopo la morte, presso gli uffici anagrafe dei Comuni al momento del rilascio o rinnovo della carta d'identità

Art. 43 del **Decreto Legge 21 giugno 2013, n. 69**, convertito, con modificazioni, dalla **Legge 9 agosto 2013, n. 98**: dispone che «la carta d'identità può altresì contenere l'indicazione del consenso ovvero del diniego della persona cui si riferisce a donare gli organi in caso di morte.



riassumendo



Modulo ASL



**Carta
d'identità**



**Tesserino
blu**



**Atto
olografo**



**Dichiarazione
con data e
firma**



Quando la propria volontà viene registrata alla ASL, i dati vengono inseriti in un archivio del Centro Nazionale per i Trapianti che è collegato con i Centri interregionali



In caso di possibile donazione in un soggetto di cui venga accertata la morte, i medici rianimatori verificano se questi ha con sé la dichiarazione o ha registrato la volontà nell'archivio informatico



✓ Se un cittadino non esprime la propria volontà, al momento attuale la legge prevede la possibilità per i familiari (coniuge non separato, convivente more uxorio, figli maggiorenni e genitori) di opporsi al prelievo durante il periodo di accertamento di morte.

Pertanto è bene parlare anche con i propri familiari, poiché, in assenza di dichiarazione, essi vengono interpellati dai medici circa la volontà espressa in vita dal congiunto.



✓ Per i minori sono sempre i genitori a decidere.

Se uno dei due è contrario, il prelievo non può essere effettuato



✓ Il cittadino può modificare la dichiarazione di volontà in qualsiasi momento.

Sarà ritenuta valida, sempre, l'ultima dichiarazione prestata secondo le modalità previste.



In caso di morte possono verificarsi tre casi:

1. il cittadino ha espresso in vita la volontà positiva alla donazione, in questo caso i familiari non possono opporsi: **donazione si**
2. il cittadino ha espresso volontà negativa alla donazione, in questo caso non c'è prelievo di organi: **donazione no**
3. il cittadino non si è espresso, in questo caso il prelievo è consentito se i familiari non si oppongono: **donazione si/no**.



Richiesta consenso - Circolare n°12 30/8/2000

Al Direttore sanitario
SEDE

Io sottoscritto Dott. : _____, ai sensi dell'art.23 della legge 1/4/99 n°91, dichiaro di avere informato gli aventi diritto* che il loro congiunto Signor: _____ per il quale è in corso l'accertamento di morte ai sensi della legge 29/12/93 n° 578 e del decreto 22/8/94 n° 582 è stato riconosciuto come potenziale donatore di organi a scopo di trapianto.

Ho altresì informato gli aventi diritto che :

-nel caso in cui risulti una volontà espressa dal loro congiunto attraverso le modalità previste dal decreto 2/4/2000 (dichiarazione di volontà sottoscritta o registrazione contenuta nel sistema informativo nazionale dei trapianti), essi hanno la possibilità di presentare una successiva dichiarazione opposta (negativa o positiva) del loro congiunto di cui siano in possesso;

- nel caso in cui non risulti alcuna volontà del loro congiunto il prelievo è consentito salvo che essi presentino opposizione scritta entro la fine del periodo di osservazione di cui all'art. 4 del decreto 22/8/1994 n° 582;

- ai sensi della legge 29/12/1993 n°578 e del decreto 22/8/1994 n° 582, al termine di detto periodo verrà comunque dichiarata la morte del soggetto e, di conseguenza, sospeso ogni supporto ventilatorio anche nel caso di espressione di opposizione alla donazione da parte del soggetto stesso o di opposizione degli aventi diritto.

data _____

per presa di conoscenza

Nome e Cognome:

Rapporto di parentela

Firma: _____

L'avente diritto si oppone al prelievo di organi del proprio congiunto.

Nome e Cognome:

Rapporto di parentela

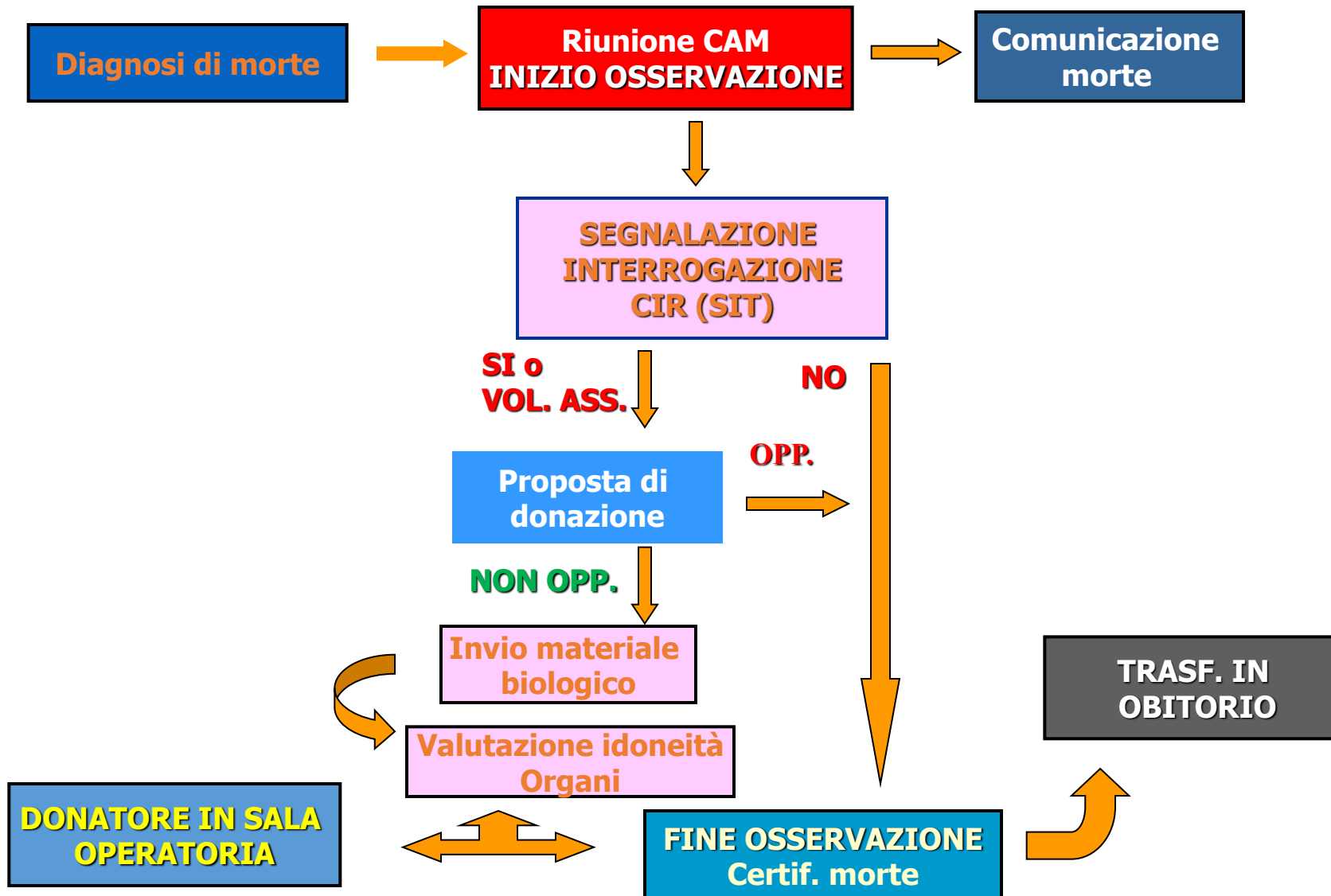
Firma: _____

Il Medico dottore : _____ Firma: _____

* coniuge non legalmente separato , convivente more uxorio, o, in mancanza , figlio/a maggiorenne o, in mancanza di questi ultimi i genitori ovvero il rappresentante legale.



FLUSSO OPERATIVO





Legge n. 91 del 1° aprile 1999
e DM 8 aprile 2000

PRINCIPIO DEL SILENZIO ASSENSO

stop

TALE PRINCIPIO NON È ANCORA ENTRATO
COMPLETAMENTE IN VIGORE

Non è stata ancora ultimata l'anagrafe informatizzata
dei cittadini assistiti dal S.S.N.

In mancanza, non è possibile avere la certezza che il
cittadino sia stato informato

La Struttura Regionale Complessa di Medicina Legale

Dott. Aldo Di Fazio

Direttore S.I.C. di Medicina Legale Regione Basilicata

