



CAMMINO DIRITTO

Rivista di informazione giuridica

<https://rivista.camminodiritto.it>



LA DISPOSIZIONE DEL CORPO POST MORTEM A FINI DI STUDIO, FORMAZIONE E RICERCA SCIENTIFICA: RIFLESSIONI GIURIDICHE E MEDICO-LEGALI

Il contributo esamina la disciplina italiana della disposizione del corpo post mortem nei profili giuridici, medico-legali, bioetici e organizzativi. La Legge 10/2020, il D.P.R. 47/2023 e i provvedimenti attuativi sulla banca dati DAT/DPM hanno superato il modello fondato sui corpi non reclamati, a favore di un sistema centrato su autodeterminazione, consenso espresso in vita e dignità del corpo. Sono analizzati consenso, DAT/DPM, ruolo del fiduciario, deposito presso l'ASL, banca dati nazionale, percorso post mortem, cause di esclusione, responsabilità e criticità legate alla distribuzione dei Centri di riferimento. Ne emerge un istituto in cui la volontà individuale rileva solo se sostenuta da un procedimento amministrativo, sanitario e medico-legale tempestivo, coerente e tracciato.

di **Emilio Nuzzolese**

IUS/01 - DIRITTO PRIVATO

Articolo divulgativo - ISSN 2421-7123

Direttore responsabile

Alessio Giaquinto

Pubblicato, Lunedì 13 Luglio 2026



Abstract ENG

This contribution examines the Italian regulation of post-mortem body disposition from legal, medico-legal, bioethical and organizational perspectives. Law 10/2020, Presidential Decree 47/2023 and the implementing measures on the DAT/DPM database have superseded the model based on unclaimed bodies, in favour of a system centred on self-determination, consent expressed during life. The analysis covers consent, DAT/DPM, role of trustee, role of local health authority, national database, post-mortem pathway, grounds for exclusion, liabilities, and critical issues linked to territorial distribution of Reference Centres. What emerges is a framework in which individual will becomes relevant only if supported by consistent and traceable administrative, healthcare and mand medico-legale procedure.

Sommario: 1. Introduzione. Il corpo post mortem tra autodeterminazione, dignità e utilità scientifica; 2. Evoluzione storica della disciplina: dal modello espropriativo alla centralità del consenso; 3. Il quadro normativo vigente: Legge 10/2020, D.P.R. 47/2023 e decreti attuativi; 4. DAT e DPM: prossimità formale e differenza sostanziale; 5. La manifestazione del consenso, il disponente, il donatore e il fiduciario; 6. La banca dati nazionale DAT/DPM e la tracciabilità della volontà; 7. Il percorso dopo il decesso: medico accertatore, ASL e Centro di riferimento; 8. Cause di esclusione, idoneità della salma e limiti medico-legali 9. Conservazione, utilizzo scientifico, restituzione e divieto di lucro; 10. Responsabilità dei soggetti coinvolti; 11. Informazione, disomogeneità territoriale e public engagement; 12. Conclusioni

1. Introduzione. Il corpo post mortem tra autodeterminazione, dignità e utilità scientifica

La disposizione del proprio corpo a fini di studio, formazione e ricerca scientifica si colloca in uno spazio giuridico, bioetico e medico-legale peculiare, nel quale la morte della persona non determina l'irrelevanza del corpo, ma impone, al contrario, un supplemento di tutela della dignità, della volontà precedentemente manifestata e della finalità pubblica perseguita. Il corpo post mortem non è più la sede della soggettività vivente, ma non può neppure essere degradato a mero oggetto biologico disponibile. Il corpo conserva una dimensione relazionale, simbolica e giuridica, che coinvolge la persona che in vita ha espresso la propria volontà, i familiari, le istituzioni sanitarie, la comunità scientifica e, più in generale, l'interesse collettivo alla formazione medica e all'avanzamento delle conoscenze mediche e biologiche. In tale prospettiva, la cosiddetta "donazione del corpo alla scienza" non deve essere intesa come semplice liberalità materiale, né come atto genericamente solidaristico privo di forma. Essa costituisce un

atto dispositivo tipico, regolato dalla legge, attraverso il quale il soggetto, in vita, autorizza l'utilizzo del proprio corpo o dei propri tessuti dopo la morte per determinate finalità: studio, formazione e ricerca scientifica. La peculiarità dell'istituto consiste nel fatto che la volontà produce i propri effetti solo quando il disponente non è più in grado di confermarla o precisarla. Da ciò discende l'esigenza di un sistema di garanzie particolarmente rigoroso, capace di evitare sia l'utilizzo del corpo in assenza di consenso, sia l'inefficacia pratica di una volontà validamente espressa ma non correttamente registrata o comunicata. Il tema, dunque, non riguarda soltanto il consenso. Riguarda l'effettività dello stesso. Una dichiarazione non depositata, un fiduciario non informato, un medico accertatore non messo a conoscenza dell'esistenza della disposizione, un Centro di riferimento non individuato o una banca dati non correttamente alimentata possono rendere vana una scelta personale di alto valore civile. Sotto questo profilo, la disposizione del corpo post mortem si presenta come un istituto nel quale il diritto non si limita a consentire un atto, ma deve costruire le condizioni perché quell'atto sia riconoscibile e operativo nel momento in cui diventa rilevante. La distanza tra volontà individuale e attivazione istituzionale rappresenta, pertanto, il principale punto critico dell'intera disciplina.

2. Evoluzione storica della disciplina: dal modello espropriativo alla centralità del consenso

La possibilità di disporre del proprio corpo e dei tessuti post mortem per finalità di studio, formazione e ricerca scientifica ha conosciuto, nell'ordinamento italiano, una significativa evoluzione normativa e bioetica. Tale evoluzione può essere letta come passaggio da una logica utilitaristica, sostanzialmente fondata sulla disponibilità di corpi non reclamati o socialmente marginali, a un modello imperniato sulla volontà esplicita del soggetto, sulla dignità del corpo umano e sulla responsabilità delle istituzioni sanitarie. Per lungo tempo, l'ordinamento italiano non ha conosciuto una disciplina unitaria e compiuta della disposizione volontaria del corpo. Il principale riferimento statale era costituito dall'art. 32 del Regio Decreto 31 agosto 1933, n. 1592, recante il Testo unico delle leggi sull'istruzione superiore ^[1]. Tale disposizione regolava l'assegnazione dei cadaveri alle sale anatomiche universitarie per finalità didattiche e di indagine scientifica. La logica sottesa a quel sistema era radicalmente diversa da quella attuale. L'utilizzo scientifico del cadavere non trovava il proprio fondamento in una scelta libera, personale e informata espressa in vita, ma nella mancata rivendicazione del corpo da parte dei congiunti o nella mancanza di risorse economiche o relazionali. Erano, in sostanza, destinati all'insegnamento e alle indagini scientifiche i corpi il cui trasporto non fosse stato effettuato a spese dei familiari o di enti, sodalizi o confraternite che si fossero assunti l'onere del trasporto funebre. Tale modello, pur storicamente comprensibile nel contesto dell'epoca, presenta oggi evidenti criticità bioetiche. Esso configurava una forma di disponibilità pubblica del corpo fondata non sull'autodeterminazione, ma sulla

vulnerabilità sociale del defunto, sulla solitudine familiare o sull'indigenza. Il corpo diveniva utilizzabile non perché donato, ma perché non reclamato. In alcune realtà universitarie, tra cui Torino, la fase di transizione normativa ha inciso anche sulle prassi precedentemente seguite dalle strutture medico-legali, che erano state storicamente percepite dai cittadini come punti di riferimento per la donazione del corpo alla scienza. La sospensione o ridefinizione di tali percorsi, in attesa del completamento del quadro attuativo della Legge 10/2020, mostra quanto l'effettività dell'istituto dipenda non solo dalla previsione legislativa, ma anche dalla predisposizione di canali amministrativi chiari e formalmente abilitati. Il superamento del precedente assetto è stato progressivamente imposto dall'evoluzione della sensibilità costituzionale, bioetica e medico-legale. I principi di inviolabilità della persona, solidarietà sociale, uguaglianza sostanziale, promozione della ricerca scientifica e tutela della dignità umana hanno reso non più sostenibile un sistema che consentisse l'uso del corpo in assenza di una decisione libera e consapevole assunta dal soggetto quando in vita. In questa prospettiva, particolare rilievo assume il parere espresso nel 2013 dal Comitato Nazionale per la Bioetica sulla donazione del corpo post mortem a fini di studio e ricerca ^[2], nel quale è stata evidenziata la necessità di fondare ogni utilizzo scientifico del corpo umano sul consenso esplicito e informato del soggetto. Il corpo destinato alla scienza non può essere quello di chi non ha avuto voce, ma quello di chi ha scelto. La Legge 10 febbraio 2020, n. 10, ha formalmente colmato questo vuoto storico ^[3]. Essa ha reso recessive le disposizioni incompatibili con il nuovo paradigma e ha introdotto un modello fondato sulla disposizione volontaria, gratuita e consapevole del corpo e dei tessuti post mortem. L'utilizzabilità scientifica del corpo non deriva più dalla mancanza di opposizione o dall'assenza di legami familiari, ma dalla manifestazione positiva di una volontà personale. È in questo passaggio che si coglie la portata medico-legale dell'istituto: il corpo del defunto non entra nella disponibilità della scienza per effetto di una vacanza sociale, ma per effetto di una scelta individuale documentata, tracciabile e protetta dall'ordinamento.

3. Il quadro normativo vigente: Legge 10/2020, D.P.R. 47/2023 e decreti attuativi

Con la Legge 10 febbraio 2020, n. 10, l'ordinamento italiano ha introdotto una disciplina specifica della disposizione post mortem del proprio corpo e dei tessuti a fini di studio, formazione e ricerca scientifica. L'art. 1 della legge individua l'oggetto della disciplina e stabilisce che sono utilizzabili il corpo e i tessuti dei soggetti che abbiano espresso in vita il proprio consenso secondo le modalità previste dall'art. 3 ^[3]. La medesima disposizione afferma che l'utilizzo del corpo umano o dei tessuti deve essere informato ai principi di solidarietà e proporzionalità e deve avvenire secondo modalità tali da assicurare il rispetto del corpo umano. La legge segna un passaggio significativo rispetto a un modello nel quale l'impiego del cadavere per finalità didattiche e scientifiche non era compiutamente ricondotto all'autodeterminazione personale. La centralità del consenso espresso in vita consente di superare ogni residua concezione oggettivante del corpo non reclamato o

socialmente privo di riferimenti familiari, sostituendo a essa un paradigma fondato sulla libertà consapevole del soggetto e sulla finalità solidaristica dell'atto. Il successivo D.P.R. 10 febbraio 2023, n. 47, ha dato attuazione alla legge, disciplinando le modalità e i tempi di conservazione, richiesta, trasporto, utilizzo e restituzione del corpo del defunto, nonché le cause di esclusione dell'utilizzo e il raccordo con l'ordinamento dello stato civile ^[4]. Il regolamento precisa, inoltre, che restano escluse dal suo ambito le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti, alle quali è riconosciuta priorità temporale rispetto alla disposizione del corpo a fini di studio e ricerca. Il sistema normativo si completa con il Decreto del Ministero della Salute 18 luglio 2024, relativo alle modalità di trasmissione telematica dei contenuti informativi delle dichiarazioni di consenso alla banca dati nazionale ^[6]. Tale provvedimento ha una rilevanza pratica decisiva, perché trasforma l'atto di volontà in dato amministrativo e sanitario tracciabile, consultabile dai soggetti legittimati e funzionale all'attivazione del percorso. La disciplina si articola, dunque, su tre livelli. Il primo è quello legislativo, che riconosce e struttura il diritto della persona a disporre del proprio corpo dopo la morte. Il secondo è quello regolamentare, che disciplina il percorso materiale e sanitario del corpo dopo il decesso fino alla restituzione. Il terzo è quello informatico-amministrativo, che consente la registrazione e la circolazione controllata dei contenuti informativi necessari a rendere effettiva la volontà del disponente. Questa tripartizione è essenziale per comprendere l'istituto. La disposizione del corpo alla scienza non è soltanto una dichiarazione di principio, ma un procedimento complesso. La volontà personale costituisce il presupposto, ma l'attuazione richiede un sistema organizzativo capace di ricevere, conservare, trasmettere, verificare e dare esecuzione a quella volontà. Ne consegue che il problema centrale della disciplina non è più, o non è soltanto, la liceità della destinazione del corpo alla scienza, ormai espressamente prevista, ma la capacità delle strutture sanitarie e amministrative di rendere accessibile e uniforme il percorso per i cittadini.

4. DAT e DPM: prossimità formale e differenza sostanziale

Uno degli aspetti più delicati della disciplina è rappresentato dal rapporto tra le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), previste dalla Legge 22 dicembre 2017, n. 219 ^[5], e la disposizione del corpo post mortem (DPM) disciplinata dalla Legge 10/2020 ^[3]. L'atto di disposizione del proprio corpo o dei tessuti post mortem deve essere redatto nelle forme previste dall'art. 4, comma 6, della Legge 219/2017 ^[5]. La scelta del legislatore di rinviare alla disciplina formale delle DAT non è casuale. Entrambi gli istituti riguardano una volontà destinata a produrre effetti in un momento nel quale la persona non è più in grado di esprimersi direttamente: nel caso delle DAT, per sopravvenuta incapacità; nel caso della disposizione del corpo, per intervenuto decesso. Tuttavia, la prossimità formale non deve indurre a confondere i due istituti. La DAT riguarda i trattamenti sanitari, gli accertamenti diagnostici e le scelte terapeutiche future, in previsione di una eventuale incapacità di autodeterminarsi. La DPM, invece, riguarda

l'utilizzo del corpo e dei tessuti dopo la morte per finalità di studio, formazione e ricerca scientifica. La differenza è rilevante sul piano medico-legale e operativo. Le DAT operano in vita, quando il paziente non sia più capace di esprimere la propria volontà. La DPM opera esclusivamente dopo la morte, a seguito dell'accertamento del decesso. Le DAT possono essere depositate presso il Comune di residenza, presso strutture sanitarie abilitate o mediante notaio. La DPM deve essere, invece, consegnata all'azienda sanitaria di appartenenza, alla quale spetta l'obbligo di conservarla e di trasmetterne telematicamente i contenuti informativi alla banca dati nazionale. Anche il ruolo del fiduciario presenta una differenza sostanziale. Nelle DAT la nomina del fiduciario è facoltativa. Nella DPM, invece, la nomina del fiduciario è elemento essenziale, perché a tale soggetto spetta il compito di comunicare al medico che accerta il decesso l'esistenza della dichiarazione di consenso. Da ciò deriva una conseguenza pratica di particolare importanza: non è sufficiente inserire genericamente la volontà di donare il corpo alla scienza all'interno di una DAT, se tale volontà non viene formalizzata come specifica disposizione post mortem, consegnata all'azienda sanitaria di appartenenza e trasmessa, nei suoi contenuti informativi, alla banca dati nazionale DAT/DPM. La confusione tra DAT e DPM rappresenta uno dei principali fattori di ineffettività dell'istituto. È quindi opportuno che cittadini, operatori sanitari, uffici comunali, aziende sanitarie e professionisti del diritto siano messi nelle condizioni di distinguere nettamente i due percorsi.

5. La manifestazione del consenso, il disponente, il donatore e il fiduciario

La manifestazione del consenso costituisce il nucleo dell'intera disciplina. L'atto di disposizione del corpo o dei tessuti post mortem avviene mediante una dichiarazione di consenso all'utilizzo dei medesimi, redatta nelle forme previste per le DAT e consegnata all'azienda sanitaria di appartenenza ^[3]. Allegato un fac simile della DPM. Le forme ammesse sono l'atto pubblico, la scrittura privata autenticata e la scrittura privata consegnata personalmente dal disponente secondo le modalità previste dalla normativa ^[5]. La dichiarazione deve essere libera, informata, personale, esplicita e documentata. Sul piano terminologico è opportuno distinguere il donatore dal disponente. Il donatore è il soggetto cui si riferiscono il corpo e i tessuti destinati, dopo la morte, a finalità di studio, formazione e ricerca scientifica. Il disponente è il soggetto che manifesta giuridicamente la volontà dispositiva. Nel caso ordinario di persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, donatore e disponente coincidono. Nel caso del minore, invece, il donatore è il minore, mentre la volontà è manifestata dai soggetti legittimati dalla legge: entrambi i genitori esercenti la responsabilità genitoriale, oppure i tutori o i soggetti affidatari. Il modulo di consenso deve contenere i dati anagrafici e di contatto del disponente, l'identificazione del soggetto cui si riferisce il corpo, la dichiarazione di capacità e libertà della scelta, il consenso esplicito all'utilizzo del corpo e dei tessuti post mortem, l'eventuale indicazione della destinazione finale del corpo dopo l'utilizzo, la nomina del

fiduciario e, se indicato, del suo sostituto ^[9]. Il fiduciario è la persona di fiducia indicata dal disponente, incaricata di comunicare al medico che accerta il decesso l'esistenza del consenso specifico. Può essere nominato anche un sostituto del fiduciario, destinato a intervenire in caso di morte, sopravvenuta incapacità o oggettiva impossibilità del fiduciario principale. Il fiduciario non è titolare di un potere sostitutivo in senso decisionale. Non sceglie se donare il corpo, né può modificare il contenuto della volontà del disponente. La sua funzione è, piuttosto, di attivazione e garanzia: è il soggetto che, al momento del decesso, rende conoscibile una volontà già espressa, ponendo il medico accertatore nella condizione di avviare la procedura prevista dal regolamento. Questa funzione è di particolare rilievo medico-legale. La morte apre una sequenza procedurale nella quale i tempi sono brevi, le verifiche sanitarie sono necessarie e la mancata comunicazione può determinare l'impossibilità di acquisire il corpo. La dichiarazione di consenso, sebbene validamente redatta e depositata, rischia di rimanere inerte se il fiduciario non è informato, non è reperibile o non è consapevole del proprio ruolo. La legge prevede che il fiduciario e l'eventuale sostituto siano maggiorenni e capaci di intendere e di volere. L'accettazione della nomina avviene mediante sottoscrizione della dichiarazione di consenso e a tali soggetti deve essere rilasciata copia della dichiarazione. Il disponente può revocare il consenso in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la sua espressione. Nei casi di emergenza e urgenza, quando non sia possibile procedere con le forme ordinarie, la revoca può essere resa verbalmente, raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni. Ne deriva un sistema nel quale la volontà individuale è circondata da garanzie formali, ma la sua efficacia concreta dipende in larga misura dalla qualità dell'informazione resa al disponente e al fiduciario. La nomina fiduciaria non dovrebbe essere percepita come mero adempimento formale, ma come parte essenziale del processo di autodeterminazione postuma.

6. La banca dati nazionale DAT/DPM e la tracciabilità della volontà

La previsione di una banca dati nazionale rappresenta uno degli snodi più rilevanti dell'intera disciplina. La dichiarazione di consenso, una volta consegnata all'azienda sanitaria di appartenenza, deve essere conservata da quest'ultima e trasmessa telematicamente nei suoi contenuti informativi alla banca dati nazionale già prevista per le DAT, istituita presso il Ministero della Salute. Il Decreto ministeriale 18 luglio 2024 ha definito le modalità di trasmissione telematica e il disciplinare tecnico della distinta sezione dedicata alle disposizioni post mortem ^[6]. La banca dati nazionale consente la registrazione dei contenuti informativi degli atti di disposizione trasmessi dalle aziende sanitarie, e distingue i profili di accesso relativi a DAT e DPM, pur nell'ambito di una infrastruttura comune. Il sistema DAT/DPM è particolarmente rilevante perché rende possibile il collegamento tra il momento della scelta e quello della sua attuazione. La

decisione viene assunta in vita, ma deve essere conoscibile dopo la morte, in tempi rapidi e da parte di soggetti istituzionalmente legittimati. La banca dati svolge, pertanto, una funzione di raccordo tra il tempo dell'autodeterminazione e il tempo dell'attivazione sanitaria. Sotto il profilo informatico, le dichiarazioni DPM e le DAT condividono la medesima infrastruttura fisica, ma rimangono logicamente indipendenti. Tale indipendenza è necessaria per rispettare la diversa funzione dei due istituti, per distinguere i profili autorizzativi e per tutelare la riservatezza dei dati personali e sanitari trattati. La tracciabilità non ha soltanto valore amministrativo, ma rappresenta una garanzia di autenticità, conoscibilità e correttezza procedurale. Consente, infatti, di verificare l'esistenza della disposizione, di individuare il luogo di deposito dell'atto originale, di riconoscere il fiduciario e l'eventuale sostituto, di orientare il medico che accerta il decesso e il Centro di riferimento competente. In assenza di tale infrastruttura, il rischio sarebbe duplice. Da un lato, vi sarebbe il rischio di non dare seguito a volontà effettivamente espresse; dall'altro, vi sarebbe il rischio opposto di agire sulla base di dichiarazioni non verificabili o non formalmente acquisite. La banca dati nazionale riduce entrambi questi rischi, collocando la disposizione del corpo in un circuito istituzionale controllato. Tale assetto evidenzia anche un profilo di responsabilità organizzativa delle aziende sanitarie. L'ASL non è un mero punto di raccolta materiale della dichiarazione, ma il soggetto che consente il passaggio dall'atto individuale alla sua registrazione nel sistema nazionale ^[11]. Da ciò discende la necessità che ogni azienda sanitaria disponga di procedure chiare, personale informato e formato, modulistica aggiornata e canali informativi accessibili ai cittadini.

7. Il percorso dopo il decesso: medico accertatore, ASL e Centro di riferimento

Il D.P.R. 47/2023 disciplina il percorso successivo al decesso ^[4]. Il medico che accerta la morte, acquisita dal fiduciario la notizia della volontà del disponente, individua il Centro di riferimento competente per territorio, o quello più prossimo al luogo del decesso, attraverso l'elenco pubblicato sul sito del Ministero della Salute, e comunica al Centro la notizia della morte del disponente. Il Centro di riferimento verifica la presenza della dichiarazione di consenso nella banca dati nazionale. Accertata tale presenza, il responsabile del Centro inoltra entro le successive quarantotto ore all'azienda sanitaria locale del luogo in cui è avvenuto il decesso la richiesta di acquisizione del corpo e provvede al prelievo, dandone notizia anche all'azienda sanitaria di appartenenza del disponente. L'ASL del luogo del decesso autorizza la destinazione del corpo al Centro richiedente e trasmette la documentazione necessaria. Tale documentazione comprende, in via generale, il certificato necroscopico, la scheda ISTAT relativa alla causa di morte, l'eventuale documentazione sanitaria relativa all'ultimo ricovero e ogni ulteriore certificazione necessaria a escludere condizioni ostative all'utilizzo del corpo. Sul piano medico-legale, tale documentazione non ha una funzione meramente amministrativa, ma costituisce il presupposto di sicurezza e tracciabilità dell'intero procedimento: consente di

verificare l'accertamento del decesso, la causa di morte, l'assenza di condizioni ostative, la compatibilità del corpo con le finalità scientifiche e l'eventuale interferenza con esigenze giudiziarie. Il corpo dovrebbe comunque restare in obitorio almeno ventiquattro ore dopo il decesso e dichiarazione di morte prima di essere destinato allo studio, alla formazione o alla ricerca scientifica. Si tratta di un presidio coerente con la disciplina dell'accertamento della morte e con le esigenze di sicurezza medico-legale della procedura. Una volta ricevuto il corpo, il Centro di riferimento provvede all'identificazione, all'attestazione dello stato del corpo e alla registrazione della documentazione, adottando misure idonee a garantire la tracciabilità di tutte le fasi di utilizzo del corpo e delle parti anatomiche, anche ai fini della successiva restituzione. Questa sequenza mostra come la disposizione post mortem non sia un atto che si esaurisce nella volontà del disponente, ma un procedimento sanitario-amministrativo complesso, nel quale ogni passaggio condiziona quello successivo. Il fiduciario comunica, il medico accertatore attiva, il Centro verifica, l'ASL autorizza, il Centro conserva e utilizza, l'ufficiale dello stato civile differisce alcuni adempimenti fino al termine dell'utilizzo del corpo. L'elemento temporale assume rilievo decisivo. La procedura deve essere tempestiva, ma non precipitosa. Deve rispettare la volontà del disponente, ma anche le esigenze di accertamento della morte, sicurezza sanitaria, documentazione amministrativa, eventuale esclusione medico-legale e raccordo con le norme di polizia mortuaria e stato civile. Sotto questo profilo, la disposizione del corpo a fini scientifici rappresenta un esempio paradigmatico di intersezione tra medicina legale, diritto sanitario, diritto amministrativo e bioetica. Il corpo è oggetto di un percorso materiale, ma anche di una catena di responsabilità documentali, certificative e istituzionali.

8. Cause di esclusione, idoneità della salma e limiti medico-legali

La volontà del disponente è condizione necessaria, ma non sempre sufficiente, per l'utilizzo del corpo. Il D.P.R. 47/2023 prevede specifiche cause di esclusione, che operano a tutela della sicurezza degli operatori, della correttezza medico-legale e dell'ordinamento giudiziario ^[4]. Restano ferme, anzitutto, le norme previste per i casi di morte violenta o quando vi sia il sospetto che la morte sia dovuta a un reato. Sono inoltre esclusi dall'utilizzo i corpi affetti da determinate patologie infettive o diffuse, tra cui HIV, HBV, HCV, tubercolosi, sifilide, encefalopatie spongiformi trasmissibili, infezioni correlate all'assistenza quando causa esclusiva o prevalente del decesso, infezioni correlate all'antimicrobico-resistenza, SARS-CoV-2, infezioni emergenti o particolari patologie idonee a esporre a grave rischio la salute degli operatori. Sono esclusi anche i corpi sottoposti a trattamenti recenti con radionuclidi terapeutici, quelli sottoposti a riscontro diagnostico o autopsia giudiziaria, quelli con gravi mutilazioni ed estese ferite post-traumatiche, i corpi di individui suicidi e quelli di persone decedute all'estero. Il Centro di riferimento può inoltre rifiutare il corpo quando non riceva dall'azienda sanitaria locale, entro cinque giorni dal decesso, la certificazione medica attestante

l'assenza di malattie infettive o diffuse, oppure quando il trasporto differito non consenta l'arrivo della salma presso il Centro entro sette giorni dal decesso. Queste previsioni sono essenziali per evitare una rappresentazione impropria della disposizione del corpo come diritto assoluto all'utilizzo scientifico. La persona può disporre del proprio corpo, ma tale disposizione incontra limiti derivanti dalla sicurezza sanitaria, dall'interesse della giustizia, dalla documentabilità del percorso e dalla possibilità materiale del Centro di accogliere il corpo. Sul piano medico-legale, le cause di esclusione svolgono una funzione di filtro. Esse evitano che il consenso, pur validamente espresso, determini l'utilizzo di un corpo in condizioni incompatibili con la sicurezza degli operatori, con la preservazione di eventuali esigenze giudiziarie o con le finalità didattiche e scientifiche da perseguire. La prevalenza delle esigenze giudiziarie risponde alla necessità di preservare il corpo come fonte di prova, evitando che l'utilizzo scientifico possa interferire con accertamenti irripetibili, successive verifiche peritali o eventuali esigenze dell'autorità giudiziaria. La disposizione post mortem, pur fondata sull'autodeterminazione del soggetto, non può quindi comprimere le esigenze di accertamento penale o medico-legale quando il corpo sia rilevante per la ricostruzione delle cause e delle circostanze della morte. Il rapporto con la donazione di organi e tessuti a scopo di trapianto merita una distinzione specifica. La disposizione del corpo post mortem a fini di studio, formazione e ricerca scientifica non coincide con la donazione di organi per trapianto. Quest'ultima appartiene a una diversa rete organizzativa, disciplinata da norme specifiche e orientata alla finalità terapeutica del ricevente. Il D.P.R. 47/2023 chiarisce che le attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti sono escluse dal suo ambito di applicazione e sono garantite con priorità temporale rispetto alla disposizione del corpo ^[4]. In questa prospettiva, la DPM non sostituisce né interferisce con il sistema trapiantologico. Essa opera in un ambito diverso, successivo o comunque subordinato alla priorità del prelievo di organi e tessuti destinati a finalità terapeutiche.

9. Conservazione, utilizzo scientifico, restituzione e divieto di lucro

Una volta acquisito il corpo, il Centro di riferimento assume una funzione al tempo stesso scientifica e custodiale. Esso utilizza il corpo per finalità di studio, formazione e ricerca, ma deve al contempo garantirne conservazione, tracciabilità, rispetto e restituzione dignitosa. Le modalità di conservazione variano in funzione delle finalità didattiche e scientifiche perseguite. La conservazione mediante congelamento può essere utilizzata quando sia necessario preservare, per quanto possibile, la consistenza e la biomeccanica dei tessuti, ad esempio in percorsi di formazione chirurgica o di simulazione procedurale. Le tecniche di imbalsamazione o perfusione conservativa consentono invece una conservazione più prolungata, utile per attività anatomiche, dissezioni didattiche e programmi formativi strutturati. La scelta della metodica conservativa non è neutra. Essa dipende dal tipo di utilizzo previsto, dalle condizioni del corpo, dalle caratteristiche del Centro e dai progetti formativi o scientifici autorizzati. Anche in questo ambito, il rispetto

del corpo non si esaurisce nell'assenza di fini illeciti, ma impone proporzionalità nell'utilizzo, riduzione delle manipolazioni non necessarie e coerenza con la finalità dichiarata. Le attività dei Centri di riferimento che richiedono il ricorso al corpo di cadavere, ai suoi organi o tessuti devono essere conformi a progetti di ricerca scientifica per i quali sia stato rilasciato parere favorevole dal comitato etico territorialmente competente ^[3]. L'attività chirurgica di formazione, se in linea con i percorsi didattici dei Centri autorizzati, non richiede invece il parere del comitato etico, ma la sola autorizzazione della direzione sanitaria della struttura di appartenenza. Il corpo deve essere restituito alla famiglia in condizioni dignitose entro dodici mesi dalla consegna al Centro di riferimento. Gli oneri per il trasporto dal momento del decesso fino alla restituzione, nonché le spese relative alla tumulazione e all'eventuale cremazione, sono a carico del Centro che prende in consegna il corpo ^[3]. L'utilizzo del corpo umano, di parti di esso o dei tessuti post mortem non può avere fini di lucro ^[3]. Il divieto di lucro ha un valore non soltanto giuridico, ma anche simbolico: preserva la natura solidaristica dell'atto, impedisce ogni mercificazione del corpo e ribadisce che la destinazione alla scienza non può trasformarsi in occasione di profitto. La scienza, in questo ambito, non opera in uno spazio eticamente neutro. Essa riceve un contributo insostituibile dal corpo donato, ma tale contributo è legittimo solo se rimane iscritto entro un perimetro di consenso, rispetto, tracciabilità e restituzione dignitosa.

10. Responsabilità dei soggetti coinvolti

La disciplina della disposizione del corpo post mortem configura una rete di responsabilità distribuite tra più soggetti: disponente, fiduciario, familiari, medico accertatore, ASL, Centro di riferimento e, in senso più ampio, istituzioni sanitarie e amministrative. Il disponente è il titolare della volontà. La sua scelta deve essere libera, informata, personale e formalizzata. Una volta validamente espressa e registrata, tale volontà assume rilievo centrale e non può essere sostituita da una decisione postuma dei familiari. I familiari possono essere destinatari di informazioni e possono collaborare all'attuazione del percorso, ma non sono chiamati a esprimere un consenso sostitutivo quando la volontà del disponente sia stata validamente manifestata. Il fiduciario svolge una funzione di attivazione. Non dispone del corpo al posto del defunto, ma rende conoscibile una disposizione già esistente. La sua responsabilità è principalmente relazionale e procedurale: deve comunicare tempestivamente al medico che accerta il decesso l'esistenza della DPM e favorire il raccordo con le strutture sanitarie e con il Centro di riferimento. Il medico che accerta la morte ha il compito di ricevere la comunicazione del fiduciario, individuare il Centro di riferimento competente o più prossimo, e comunicare la notizia della morte del disponente al Centro. La sua funzione è decisiva perché rappresenta il primo snodo sanitario del percorso dopo il decesso. L'ASL di appartenenza del disponente è responsabile della ricezione, conservazione e trasmissione dei contenuti informativi alla banca dati nazionale. L'ASL del luogo del

decesso è coinvolta nella fase autorizzativa successiva, in particolare nella destinazione del corpo al Centro richiedente e per la trasmissione della documentazione necessaria. Il Centro di riferimento è responsabile del corpo dal momento della presa in consegna fino alla restituzione. Deve verificarne l'idoneità, garantirne l'identificazione, conservarlo secondo modalità appropriate, utilizzarlo per finalità legittime e restituirlo alla famiglia in condizioni dignitose entro il termine di 12 mesi. In questa prospettiva, la tracciabilità del corpo, della documentazione e delle eventuali parti anatomiche assume una funzione analoga a una catena di custodia sanitaria e medico-legale, non in senso penalistico stretto, ma come garanzia di identificazione, corretto utilizzo, rispetto della volontà espressa e restituzione dignitosa. La responsabilità più rilevante, tuttavia, è sistemica. L'effettività della disposizione dipende dalla capacità di tutti questi soggetti di operare in modo coordinato. Una procedura formalmente corretta ma non conosciuta, non spiegata o non attivata nei tempi utili rischia di tradire la volontà del disponente tanto quanto una violazione esplicita della stessa.

11. Informazione, disomogeneità territoriale e public engagement

La disciplina della disposizione del corpo post mortem attribuisce un ruolo centrale all'informazione. L'art. 2 della Legge 10/2020 prevede che il Ministero della Salute promuova iniziative informative dirette a diffondere tra i cittadini la conoscenza della legge, e che le Regioni e le aziende sanitarie locali adottino iniziative rivolte a medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici delle strutture sanitarie pubbliche e private, professionisti sanitari e cittadini ^[3]. Questa previsione non è accessoria. In una materia così delicata, l'informazione non è mera comunicazione istituzionale, ma condizione di validità sostanziale dell'autodeterminazione. Una scelta è realmente libera solo se è consapevole ed è realmente consapevole solo se il cittadino comprende non soltanto il valore del gesto, ma anche il percorso necessario per renderlo effettivo. La complessità della procedura rende particolarmente rilevante il ruolo degli operatori territoriali ^[10]. Il cittadino che intenda disporre del proprio corpo deve sapere dove reperire la modulistica, quale ufficio contattare, come nominare il fiduciario, come depositare la dichiarazione, quali dati saranno trasmessi alla banca nazionale, quali limiti possono impedire l'utilizzo del corpo e quale sarà il percorso dopo il decesso. La mancanza di tali informazioni rischia di trasformare un diritto formalmente riconosciuto in una possibilità difficilmente praticabile. Il problema è accentuato dalla distribuzione territoriale dei Centri di riferimento. La rete nazionale, pur formalmente istituita con il riconoscimento dei singoli Centri e con la pubblicazione del relativo elenco ^[8], appare caratterizzata da una presenza non omogenea sul territorio, con una maggiore concentrazione in alcune aree del Paese e una più difficile accessibilità in altre. Tale disomogeneità può incidere sull'effettività della disposizione, soprattutto quando le distanze territoriali rendano complesso o economicamente gravoso il trasporto del corpo. In questo quadro, le università e le strutture di medicina legale, anche quando non siano Centri di riferimento

riconosciuti, possono svolgere una funzione importante di orientamento scientifico e culturale, purché l'informazione resa ai cittadini sia coerente con l'assetto normativo vigente e indirizzi chiaramente verso gli uffici competenti. Iniziative di public engagement delle università possono contribuire a colmare la distanza tra legge e cittadino, senza sovrapporsi alle competenze amministrative e sanitarie dell'ASL. La campagna informativa nazionale e le iniziative regionali rappresentano strumenti essenziali per superare resistenze culturali, tabù e fraintendimenti ^[7,12]. Donare il corpo alla scienza significa compiere un gesto di solidarietà verso la formazione medica, la ricerca scientifica e la sicurezza delle cure future. Tuttavia, perché tale gesto produca effetti, è necessario che il cittadino sia accompagnato in un percorso semplice, verificabile e istituzionalmente corretto. Tale impostazione suggerisce che l'effettività dell'istituto dipenda da un modello di governance multilivello. Il Ministero istituisce e aggiorna la banca dati e l'elenco dei Centri; le Regioni diffondono l'informazione e coordinano il territorio; le ASL ricevono e trasmettono le dichiarazioni; i medici accertatori e i fiduciari attivano il percorso al momento del decesso; i Centri di riferimento garantiscono conservazione, utilizzo e restituzione dignitosa del corpo. Il punto critico è l'allineamento tra questi livelli. Una normativa avanzata può rimanere parzialmente non effettiva se il cittadino non sa a chi rivolgersi, se il fiduciario non conosce il proprio ruolo, se gli operatori sanitari non sono formati o se gli uffici territoriali non dispongono di procedure uniformi.

12. Conclusioni

L'analisi condotta sulla disposizione del corpo post mortem consente di formulare alcune considerazioni conclusive. In primo luogo, questa disposizione rappresenta una forma particolarmente significativa di autodeterminazione postuma. Attraverso essa, la persona non dispone soltanto di un bene, ma orienta il destino del proprio corpo verso una finalità pubblica di formazione medica, ricerca scientifica e tutela futura della salute. In secondo luogo, la disciplina italiana ha costruito un modello fondato su consenso, fiduciario, ASL, banca dati nazionale e Centri di riferimento che appare coerente con l'esigenza di garantire libertà individuale, tracciabilità amministrativa, sicurezza sanitaria e rispetto del corpo umano. Tuttavia, proprio la pluralità degli attori coinvolti rende essenziale una chiara definizione dei compiti e dei canali di accesso. In terzo luogo, il fiduciario assume una funzione decisiva. È il punto di collegamento tra la volontà espressa in vita e il procedimento che si apre dopo la morte. La sua nomina non dovrebbe essere considerata un formalismo, ma un presidio di effettività della volontà del disponente. Una dichiarazione priva di adeguata consapevolezza del fiduciario rischia di non tradursi in azione tempestiva concreta. In quarto luogo, le aziende sanitarie sono chiamate a un ruolo organizzativo essenziale. La raccolta della dichiarazione, la conservazione dell'atto, la trasmissione telematica dei contenuti informativi e il raccordo con la banca dati nazionale costituiscono passaggi senza i quali la scelta individuale resta incompleta. L'abilitazione

degli operatori, la predisposizione di modulistica e la pubblicazione di istruzioni locali rappresentano quindi non meri adempimenti burocratici, ma strumenti di garanzia dell'autonomia personale. Infine, la presenza di cause di esclusione e di limiti medico-legali non svuota il significato della disposizione, ma ne conferma la natura procedimentale. Il consenso è il fondamento etico e giuridico dell'istituto, ma l'utilizzo del corpo deve avvenire nel rispetto della sicurezza degli operatori, dell'interesse della giustizia, delle norme di polizia mortuaria, della priorità dei trapianti e della dignità del corpo. L'auspicio è che l'attuazione della disciplina sia illustrata ai cittadini in modo semplice e chiaro, con una sempre maggiore uniformità operativa per le Aziende sanitarie, accompagnata da specifiche iniziative di informazione e formazione per gli operatori sanitari, da un aggiornamento costante dei Centri di riferimento e da una collaborazione effettiva tra istituzioni sanitarie, università, comuni e associazioni. La medicina legale, in tale prospettiva, non interviene soltanto nei momenti dell'accertamento della morte o della valutazione delle condizioni ostative all'utilizzo del corpo, ma può assumere una funzione trasversale di garanzia dell'intero percorso, affinché non venga mai perduto di vista il valore che continua ad accompagnare il corpo umano anche dopo la morte: dalla corretta espressione della volontà alla sua attuazione postuma, dalla sicurezza degli operatori alla tutela della dignità del corpo, dalla tracciabilità documentale alla restituzione finale alla famiglia. La scienza può ricevere dal corpo donato un contributo insostituibile. Il diritto e la medicina legale hanno il compito di assicurare che tale contributo sia sempre il risultato di una scelta libera, consapevole, documentata e rispettosa della dignità della persona.

Note e riferimenti bibliografici

- [1] Regio Decreto 31 agosto 1933, n. 1592, “Approvazione del testo unico delle leggi sull’istruzione superiore”, art. 32, sull’assegnazione dei cadaveri alle sale anatomiche universitarie per finalità didattiche e di indagine scientifica, quale riferimento del previgente modello fondato sui corpi non reclamati.
- [2] Comitato Nazionale per la Bioetica, “Donazione del corpo post mortem a fini di studio e ricerca”, parere del 2013, sulla necessità di fondare ogni utilizzo scientifico del corpo umano sul consenso esplicito e informato del soggetto espresso in vita.
- [3] Legge 10 febbraio 2020, n. 10, “Norme in materia di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica”, in G.U. Serie Generale n. 55 del 4 marzo 2020: art. 1 (oggetto della disciplina, principi di solidarietà e proporzionalità, accertamento della morte e termine minimo di permanenza in obitorio); art. 2 (promozione dell’informazione da parte del Ministero della Salute, delle Regioni e delle aziende sanitarie); art. 3 (manifestazione del consenso, rinvio alle forme delle DAT, consegna all’azienda sanitaria di appartenenza, nomina del fiduciario, revoca e disciplina relativa ai minori); art. 4 (Centri di riferimento, rapporto tra progetti di ricerca, comitato etico e attività chirurgica di formazione); art. 5 (Elenco nazionale dei Centri di riferimento); artt. 6 e 7 (restituzione del corpo entro dodici mesi, oneri a carico dei Centri e divieto di fini di lucro).
- [4] D.P.R. 10 febbraio 2023, n. 47, “Regolamento recante norme in materia di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica”, in G.U. Serie Generale n. 100 del 29 aprile 2023: art. 1 (oggetto del regolamento e priorità temporale delle attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti); art. 3 (cause di esclusione dell’utilizzo del corpo e facoltà del Centro di riferimento di rifiutare il corpo in caso di mancata certificazione o di trasporto differito incompatibile con i termini previsti); art. 4 (modalità di richiesta, trasporto, conservazione e utilizzo dei corpi, con riferimento al ruolo del medico che accerta la morte, del fiduciario, del Centro di riferimento e dell’ASL del luogo del decesso).
- [5] Legge 22 dicembre 2017, n. 219, “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, in G.U. Serie Generale n. 12 del 16 gennaio 2018, art. 4, comma 6, sulle forme dell’atto (atto pubblico, scrittura privata autenticata, scrittura privata consegnata personalmente) richiamate per la manifestazione del consenso alla disposizione del corpo post mortem.
- [6] Ministero della Salute, Decreto 18 luglio 2024, “Modalità di trasmissione telematica dei contenuti relativi a dichiarazione di consenso all’utilizzo del proprio corpo e dei tessuti post mortem, a fini di studio, di formazione e di ricerca scientifica”, in G.U. Serie Generale n. 185 dell’8 agosto 2024, e relativo Allegato tecnico “Banca dati nazionale delle disposizioni relative all’utilizzo del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, di formazione e ricerca scientifica”, recante il disciplinare sulla registrazione dei contenuti informativi, sui soggetti alimentanti e sui profili autorizzativi di accesso.
- [7] Commissione per l’Etica e l’Integrità nella Ricerca del CNR e Comitato Etico della Fondazione Umberto Veronesi, “Donarsi alla scienza”, parere congiunto sulla donazione del corpo e dei tessuti post mortem per fini di studio, formazione medica e ricerca scientifica, e relativo Addendum “Donarsi alla scienza: l’applicazione della Legge 10/2020”, 2025, sulla necessità di percorsi certi e di garanzia, sull’avvio della campagna informativa nazionale e sul completamento dei passaggi legislativi, tecnici e amministrativi.
- [8] Ministero della Salute, Decreto del Ministro della Salute 24 aprile 2024, di riconoscimento dei Centri di riferimento per la conservazione e l’utilizzazione dei corpi dei defunti, e Ministero della Salute, pagina istituzionale “Centri di riferimento”, con l’elenco dei Centri riconosciuti.
- [9] Ministero della Salute, “La manifestazione del consenso alla donazione”, pagina informativa istituzionale sulla dichiarazione di consenso, sul deposito presso l’ASL, sulla sottoscrizione da parte del fiduciario e dell’eventuale sostituto e sulla trasmissione alla banca dati nazionale.
- [10] Regione Piemonte, “Disposizione del proprio corpo post mortem a fini di studio e ricerca scientifica”, scheda informativa istituzionale; ASL Novara, pagina informativa sulle DPM e sul ruolo delle ASL nella raccolta, conservazione e trasmissione alla banca dati nazionale.

[11] Ministero della Salute, “Manuale utente DAT_DPM – Donazioni Post Mortem”, profilo Operatore ASL, documentazione tecnico-operativa sulla trasmissione telematica dei contenuti informativi delle dichiarazioni.

[12] Fondazione Umberto Veronesi, “La donazione del corpo alla scienza”, pagina divulgativa e iniziative di informazione e public engagement sulla donazione del corpo a fini di studio e ricerca.

* Il simbolo {https/URL} sostituisce i link visualizzabili sulla pagina:
<https://rivista.camminodiritto.it/articolo.asp?id=11843>