



# Disposizioni concernenti l'introduzione dell'obbligo di diagnosi autoptica nei casi di morte improvvisa in età infantile e giovanile e l'istituzione di una rete nazionale diagnostica, terapeutica e assistenziale per i familiari

## A.C. 1807

Dossier n° 531 - Schede di lettura  
28 novembre 2025

### Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	1807
Titolo:	Disposizioni concernenti l'introduzione dell'obbligo di diagnosi autoptica nei casi di morte improvvisa in età infantile e giovanile e l'istituzione di una rete nazionale diagnostica, terapeutica e assistenziale per i familiari
Iniziativa:	Parlamentare
Primo firmatario:	Ciocchetti
Iter al Senato:	No
Numero di articoli:	6
Date:	
presentazione:	28 marzo 2024
assegnazione:	8 luglio 2024
Commissione competente :	XII Affari sociali
Sede:	referente
Pareri previsti:	I Affari Costituzionali, V Bilancio e Tesoro, VII Cultura e della Commissione parlamentare per le questioni regionali

### Contenuto

La **proposta di legge A.C. n. 1807** detta disposizioni concernenti l'obbligo di **diagnosi autoptica** nei casi di **morte improvvisa in età infantile e giovanile** e **l'istituzione di una rete nazionale diagnostica, terapeutica e assistenziale per i familiari**.

Come ricordato dalla relazione illustrativa, la morte improvvisa (MI) è una morte dovuta a cause naturali, preceduta dalla rapida perdita di coscienza, generalmente entro un'ora dall'insorgere della sintomatologia acuta, in soggetti con o senza malattia nota preesistente, per i quali tempi e modalità del decesso sono inaspettati. La morte improvvisa cardiaca (MCI), dovuta cioè a malattie di cuore congenite o acquisite, è la causa prevalente di morte improvvisa nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti (fino ai 40 anni): è un evento drammatico, che si verifica spesso in soggetti apparentemente sani e che rappresenta la prima manifestazione di una patologia sottostante fino ad allora ignorata; la MCI giovanile è un evento relativamente raro, intervenendo solo nell'1-2 per cento di tutte le morti cardiache. L'ISTAT riporta che i decessi per arresto cardiaco in Italia dal 2003 al 2017 nella fascia di età 0-39 anni sono stati 157: tuttavia tale numero risulta oggi essere una stima inaccurata del fenomeno, per molteplici motivi. Si tratta di un fenomeno di una certa rilevanza sociale che insorge in persone apparentemente sane e financo in atleti. Le sue caratteristiche principali sono legate alla genesi non traumatica e all'immediatezza della precipitazione degli eventi, che sono quasi sempre da ascrivere ad aritmie cardiache maggiori, che producono, in ultima analisi, l'arresto cardiocircolatorio.

Il provvedimento si compone di **6 articoli**.

L'**articolo 1, comma 1**, della proposta di legge stabilisce **l'obbligo di esecuzione dell'esame autoptico** per l'accertamento della causa del decesso, in caso di **morte improvvisa nei bambini, negli adolescenti e nei giovani adulti** (soggetti di età inferiore ai 40 anni, cfr. lettera a) del comma 2) .

Il **comma 2** demanda a un decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, il compito di disciplinare le modalità per lo svolgimento del predetto esame autoptico obbligatorio, nei casi in cui il decesso si sia verificato improvvisamente e in assenza di una chiara e identificabile causa di morte in soggetti di età:

a) inferiore a quaranta anni;

b) inferiore a cinquanta anni, in presenza di condizioni cliniche che fanno presupporre un rischio grave per i familiari viventi.

La presente proposta di legge stabilisce pertanto l'obbligatorietà dell'autopsia istologica e molecolare, come chiarito dalla rubrica dell'articolo, in caso di morte improvvisa nei bambini, adolescenti e giovani adulti. Per "morte improvvisa" (MI) si intende "un evento naturale, inaspettato e fatale che avviene in breve tempo, generalmente entro un'ora dalla presentazione dei sintomi in soggetti apparentemente sani".

Il Regolamento di polizia mortuaria ([D.P.R. 10/09/90, n. 285](#)) prevede due principali tipologie di esame autoptico, inteso quale esame *post mortem* finalizzato a determinare la causa, l'epoca e le modalità della morte attraverso una ispezione accurata del cadavere:

1. il riscontro diagnostico e
2. l'autopsia giudiziaria.

Si tratta di una distinzione basata sulle diverse finalità degli esami: clinico-scientifiche nel primo caso; giuridico-forensi, nel secondo caso.

Con riguardo alla proposta di legge in esame, l'espressione "esame autoptico" sembra riferirsi al riscontro diagnostico sui cadaveri. Quest'ultimo trova la propria disciplina, da un lato, nel citato Regolamento di polizia mortuaria (articoli 37-39) e, dall'altro, nella [legge n. 83 del 1961](#).

In base alla normativa vigente il riscontro diagnostico è una operazione anatomico-patologica che consente di riscontrare al tavolo anatomico la causa della morte per le seguenti finalità:

1. verifica anatomica della diagnosi clinica;
2. chiarimento dei quesiti clinico-scientifici;
3. riscontro di malattie infettive e diffuse o sospette tali, ai fini dell'igiene pubblica;
4. accertamento delle cause di morte di deceduti senza assistenza medica, trasportati in ospedale o in obitorio;
5. accertamento delle cause di morte delle persone decedute a domicilio quando sussiste dubbio sulla causa stessa.

Debbono essere sottoposti al riscontro diagnostico i cadaveri delle persone decedute negli ospedali civili e militari, nelle cliniche universitarie e negli istituti di cura privati quando i rispettivi direttori, primari o curanti lo dispongano per il controllo della diagnosi o per il chiarimento di quesiti clinico-scientifici. L'azienda sanitaria locale può disporre il riscontro diagnostico anche sui cadaveri delle persone decedute a domicilio quando la morte sia dovuta a malattia infettiva e diffusa o quando sussista il relativo sospetto, o a richiesta del medico curante quando sussiste il dubbio sulle cause della morte. Il riscontro diagnostico è eseguito - alla presenza del primario o curante, ove questi lo ritenga necessario - nelle cliniche universitarie o negli ospedali dall'anatomopatologo universitario od ospedaliero ovvero da altro sanitario competente incaricato del servizio, i quali devono evitare mutilazioni o dissezioni non necessarie a raggiungere l'accertamento della causa di morte. Eseguito il riscontro diagnostico, il cadavere deve essere ricomposto con la migliore cura. Le spese per il riscontro diagnostico sono a carico dell'Istituto per il quale viene effettuato. I familiari o gli altri aventi titolo del deceduto possono concordare con il direttore sanitario o sociosanitario l'esecuzione del riscontro diagnostico, sia nel caso di decesso ospedaliero che in altro luogo, e possono disporre la presenza di un medico di loro fiducia.

Vi possono essere due risultati conclusivi del riscontro diagnostico. In primo luogo, il medico può rilevare segni certi o sospetti di un delitto perseguibile d'ufficio, che lo obbligano a sospendere le operazioni e darne immediata comunicazione all'autorità giudiziaria (art. 365 c.p.).

In secondo luogo, il medico individua le cause del decesso, a cui segue la redazione di un'apposita relazione del direttore sanitario che è tenuto a darne comunicazione al primario ed al sindaco per l'eventuale rettifica della scheda di morte I.S.T.A.T.; in caso di malattia infettiva diffusa, la comunicazione al sindaco vale come denuncia.

Attualmente, la [legge 2 febbraio 2006, n. 31](#), stabilisce la disciplina del riscontro diagnostico nella malattia improvvisa del lattante e del feto. In particolare, tale legge stabilisce che qualora si verifichi la sindrome della morte improvvisa del lattante (*Sudden Infant Death Syndrome - SIDS*), conosciuta anche come morte in culla (*Crib death*), consistente in un decesso improvviso di un bambino entro il primo anno di età, nonché in caso di feto deceduto anch'essi senza causa apparente dopo la venticinquesima settimana di gestazione, deve procedersi al riscontro diagnostico, previo consenso di entrambi i genitori.

*Con riguardo alle morti improvvise dei lattanti, si valuti l'opportunità di chiarire se l'articolo in oggetto interviene a modificare l'art. 1 della predetta Legge n. 31 del 2006, espungendo il "consenso di entrambi i genitori" quale presupposto per lo svolgimento del riscontro diagnostico sui lattanti. Se del caso, si valuti l'opportunità di prevedere un'uniforme disciplina anche per il riscontro diagnostico sui feti.*

L'**articolo 2** prevede che il Ministro della salute, con il decreto di cui all'articolo 1, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, sentito l'Istituto superiore di sanità (ISS), tenuto conto delle linee guida in materia redatte dalle società medico-scientifiche nazionali e internazionali di riferimento, promuova gli interventi operativi idonei a favorire l'esecuzione della diagnosi autoptica di cui all'articolo 1. Tali interventi comprendono:

a) la costituzione di una rete di riferimento, composta dalle aziende ospedaliero-universitarie con competenze riconosciute a livello nazionale e internazionale nella diagnosi e nella cura delle patologie a rischio di morte improvvisa giovanile, e l'individuazione di centri di riferimento per la centralizzazione delle autopsie di morte improvvisa giovanili che includano anche l'esame tossicologico e molecolare;

b) la creazione di un percorso diagnostico terapeutico assistenziale incentrato sulla morte improvvisa cardiaca giovanile con possibilità di *screening* cardiologico e *counseling* genetico familiare, da attuarsi a

livello regionale o interregionale in collaborazione con le aziende ospedaliero-universitarie della rete di riferimento e con l'ISS;

c) la realizzazione di interventi di formazione e informazione, da attuare in collaborazione con la rete di riferimento e l'ISS;

d) la promozione della ricerca scientifica sul tema della morte improvvisa giovanile;

e) la predisposizione di strategie di prevenzione volte all'individuazione di famiglie e di popolazioni a rischio, anche attraverso visite medico-sportive, *screening* neonatali e altri strumenti diagnostici;

f) l'istituzione di un registro nazionale delle morti improvvise in età giovanile, in collaborazione con la rete di riferimento e l'ISS;

g) l'istituzione di una commissione tecnico-scientifica sulla morte improvvisa giovanile, presieduta dal presidente dell'ISS.

L'**articolo 3** stabilisce che il Ministro della salute, con il decreto di cui all'articolo 1, previa intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni, sentite le società scientifiche di riferimento e l'Istituto superiore di sanità, fissa i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi necessari per la creazione della rete di cui all'articolo 2, individuando:

a) i criteri per l'identificazione dei centri nazionali di riferimento e dei centri satellite regionali basati sulle linee guida internazionali, approvati dalla commissione tecnico-scientifica di cui all'articolo 2, lettera g);

b) i centri satellite regionali con esperienza specifica nella diagnosi e nella cura delle patologie a rischio di morte improvvisa cardiaca giovanile, collegati con i centri nazionali di riferimento;

c) i centri nazionali di riferimento per la diagnosi istologica e genetica *post mortem*;

d) i protocolli e i percorsi comuni della rete regionale e nazionale.

L'**articolo 4** prevede che le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano promuovono e sostengono la creazione delle reti di riferimento regionali o interregionali, la ricerca scientifica e le iniziative di informazione, formazione e prevenzione. Nell'ambito del piano di programmazione regionale, le regioni e le province autonome provvedono altresì a istituire un centro specializzato di coordinamento, con funzioni di orientamento e coordinamento delle attività sanitarie e assistenziali della rete di riferimento.

L'**articolo 5** precisa che per il raggiungimento delle finalità di cui alla presente legge, i centri di coordinamento, i centri di riferimento e i centri satellite si avvalgono della collaborazione e del sostegno delle associazioni di pazienti e delle organizzazioni di volontariato nelle forme e nei limiti previsti dal codice del Terzo settore, di cui al [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#).

Il [decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117](#), recante il "Codice del Terzo settore" ha provveduto al riordino e alla revisione organica della disciplina speciale e delle altre disposizioni vigenti relative agli enti del Terzo settore, compresa la disciplina tributaria applicabile a tali enti. In particolare, il decreto introduce l'obbligo, per gli enti del Terzo settore, qualificati nello statuto come ETS, di iscriversi nel Registro unico nazionale del Terzo settore (c.d. RUNTS) e di indicare gli estremi dell'iscrizione negli atti, nella corrispondenza e nelle comunicazioni al pubblico. Più precisamente, disciplina l'istituzione ed il funzionamento a regime, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Registro unico nazionale del Terzo settore, suddiviso in specifiche sezioni, ciascuna delle quali è dedicata ad una delle categorie di enti definite dal codice.

Tale obbligo non esclude la possibilità che tali enti siano iscritti anche ad altri registri, con diversa finalità. Con riguardo alle associazioni di pazienti, si ricorda che l'articolo 1, comma 294, della Legge n. 207 del 2024 (Legge di bilancio 2025) istituisce il [Registro unico delle associazioni della salute](#) (Ruas), gestito dal Ministero della salute. Il RUAS è suddiviso in aree tematiche. Possono essere iscritte al RUAS, su richiesta da presentare al Ministero della salute, le associazioni che possiedono i seguenti requisiti:

a) sono costituite da almeno dieci anni;

b) sono iscritte nel Registro unico nazionale del Terzo settore, istituito dall'articolo 45 del codice del Terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, o in un altro albo ufficialmente riconosciuto;

c) adottano l'approccio secondo le dimensioni di qualità previste dalla scheda 14 del Patto per la salute, di cui all'[intesa del 18 dicembre 2019 sancita in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni \(Rep. atti n. 209/CSR\)](#);

d) applicano i criteri di trasparenza e di rendicontazione previsti per l'attività di interesse pubblico;

e) rappresentano e promuovono, nell'ambito della propria attività, le istanze di cittadini, pazienti e *caregiver* in ambito sanitario.

L'**articolo 6** detta la copertura finanziaria degli oneri derivanti dalla proposta di legge in esame.

In particolare, il **comma 1** prevede che all'onere derivanti dall'attuazione della presente legge, stimato in 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2025, si provvede nell'ambito del finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Al comma 2 si demanda al Ministro della salute, con decreto, sentita la Conferenza permanente Stato-Regioni, il compito di ripartire annualmente le risorse di cui al comma 1 tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in base alla popolazione residente e alle documentate attività dei centri ivi istituiti.

## Relazioni allegare o richieste

Si tratta di una proposta di legge di iniziativa parlamentare, corredata della sola relazione illustrativa.

## Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

Come sopra ricordato la proposta di legge introduce l'obbligo dell'esame autoptico nel caso di morte improvvisa di bambini, adolescenti e giovani adulti allo scopo di accertare la causa della morte, anche per monitorare l'eventuale presenza di un rischio grave per i familiari viventi.

La materia trattata sembra quindi afferire all'ambito della "tutela della salute", oggetto di potestà legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, comma 3 della Costituzione, nell'ambito della quale spetta allo Stato la definizione dei principi fondamentali ed alle Regioni la definizione della normativa di dettaglio.