



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

**TIPOLOGIA**  
POS

**CODIFICA**  
PRE COR

**VERSIONE**  
01

**DATA**  
MAGGIO 2025

Pagina 1 di 17

DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
29/05/2025	<p>Dott.ssa Paola Murgia Responsabile Coordinamento Ospedaliero Procurement AOU SS</p> <p>Dott.ssa Chiara Favini Infermiera Coordinamento Ospedaliero Procurement AOU SS</p> <p>Dott. Michele Podda Infermiere Coordinamento Ospedaliero Procurement AOU SS</p>	<p>Dott. Foddanu Roberto Responsabile S.S.D. Qualità, Accreditamento, Clinical Governance, Risk Management</p>	<p>Dott.ssa Lucia Anna Mameli Direttrice Sanitaria</p>



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

**TIPOLOGIA**  
POS

**CODIFICA**  
PRE COR



**VERSIONE**  
01

**DATA**  
MAGGIO 2025

Pagina 2 di 17

**INDICE:**

1. PREMESSA.....	3
2. SCOPO.....	3
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4. ABBREVIAZIONI.....	4
5. RESPONSABILITÀ.....	5
6. RIFERIMENTI.....	6
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	6
8. INDICATORI E TARGET ANNUALI.....	8
9. ARCHIVIAZIONE.....	8
10. ALLEGATI .....	9
11. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	17

 <p><b>AOU Sassari</b></p> <p><b>Direzione Sanitaria</b></p> <p><b>S.S.D. Qualità, Accreditamento, Clinical Governance, Risk Management</b></p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE PER IL PRELIEVO DI CORNEE A SCOPO DI TRAPIANTO</b></p>	 <p><b>Coordinamento Ospedaliero Procurement</b></p>		
<p><b>TIPOLOGIA</b> POS</p>	<p><b>CODIFICA</b> PRE COR</p>	<p><b>VERSIONE</b> 01</p>	<p><b>DATA</b> MAGGIO 2025</p>	<p>Pagina 3 di 17</p>

## 1. PREMESSA

Esistono numerose patologie oculari, ereditarie o acquisite, che possono essere causa di opacamento della cornea, impedendo contemporaneamente il passaggio delle immagini all'interno dell'occhio e la focalizzazione delle stesse sulla retina.

Se le terapie mediche non consentono il ripristino del visus, l'unico intervento possibile è il trapianto di cornea.

La caratteristica di vascolarità di tale tessuto consente il prelievo da cadavere anche a distanza di diverse ore dall'arresto cardiaco.

Il tempo limite per il prelievo delle cornee è fissato entro le 24h, ma è consigliabile effettuarlo a distanza di non oltre 12 ore dal decesso, per non compromettere l'idoneità del tessuto.

Le cornee possono essere prelevate solo da pazienti deceduti, di età superiore ai 3 anni e inferiore a 80 anni, non affetti dalle patologie classificate tra i criteri di esclusione al prelievo.

Dal 2008, in Sardegna, le cornee vengono donate e prelevate solo da soggetti deceduti in terapia intensiva, sottoposti ad accertamento di morte con criteri neurologici, individuati come potenziali donatori di organi e per i quali è presente la volontà donativa.

Non essendo istituita nella Regione Sardegna una "banca degli occhi", i tessuti oculari vengono inviati alla Fondazione Banca degli Occhi del Veneto (FBOV), che provvede alla loro conservazione, selezione e allocazione. La FBOV è il centro di riferimento regionale per i trapianti di cornea del Veneto e del Friuli Venezia Giulia e coopera per la raccolta di tessuti oculari per trapianto con la Provincia Autonoma di Trento e per la donazione e la formazione con le regioni Basilicata, Puglia, Sardegna e Sicilia. Tutte le banche dei tessuti in Italia sono istituite dalle Regioni e certificate dal Centro Nazionale Trapianti nello svolgimento della propria attività.

## 2. SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di aumentare il procurement, e quindi la disponibilità al trapianto, di tessuti oculari nella AOU di Sassari attraverso l'avvio di un programma di prelievi di cornee da donatore cadavere, ovvero in seguito a decesso per arresto cardio respiratorio.

In particolare, la presente procedura ha lo scopo di:

- descrivere le azioni che riguardano il processo di donazione di tessuto corneale;
- uniformare i comportamenti degli operatori;
- individuare le responsabilità per le singole azioni del processo in toto.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

**TIPOLOGIA**  
POS

**CODIFICA**  
PRE COR

**VERSIONE**  
01

**DATA**  
MAGGIO 2025

Pagina 4 di 17

### 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica in tutti i casi di decesso di un paziente di età  $\leq 80$  anni accertato con criteri cardiologici presso le Unità Operative della AOU di Sassari.

### 4. ABBREVIAZIONI

**ACC** - Arresto cardiocircolatorio

**COP** - Coordinamento Ospedaliero Procurement

**CRT** - Centro Regionale Trapianti

**CORT** - Centro Regionale Trapianti Operativo

**FBOV** - Fondazione Banca Occhi Veneto

**IR** - Infermiere Reparto

**MP** - Medico Prelevatore (Medico oculista o personale che ha completato un programma di addestramento predisposto dalla FBOV)

**MR** - Medico Reparto

**SIT** - Sistema Informativo Trapianti

**U.O.** - Unità Operativa



**AOI Sassari**

**Direzione Sanitaria**

**S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management**

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

**TIPOLOGIA**  
POS

**CODIFICA**  
PRE COR

**VERSIONE**  
01



**DATA**  
MAGGIO 2025

Pagina 5 di 17

**5. RESPONSABILITÀ**

FIGURE COINVOLTE E AZIONI	MEDICO REPARTO	INFERMIERE REPARTO	COP	CRT	LABORATORIO VIROLOGIA	MEDICO PRELEVATORE	SQUADRA TRASPORTO SALMA
<i>Constatazione decesso e accertamento morte con criterio cardiologico</i>	R	C					
<i>Ispezione fisica donatore e compilazione 'Scheda segnalazione' (Allegato 1)</i>	R	C					
<i>Segnalazione al COP di un potenziale donatore di cornee</i>	R	C	I				
<i>Interrogazione SIT</i>			C	R			
<i>Richiesta consenso alla donazione di cornee agli aventi diritto</i>	C		R				
<i>Compilazione MODULO PRELIEVO TESSUTI OCULARI (sez.1-2-3-4-5-6-7-9)</i>	R		C				
<i>Prelievo di sangue e invio al laboratorio di Virologia</i>		R	C		I		
<i>Validazione esame sierologico</i>			I		R		
<i>Chiamata medico prelevatore</i>			R			I	
<i>Chiamata squadra per il trasferimento della salma in camera mortuaria</i>		R	I				C
<i>Verifica documentazione e compilazione verbali</i>			C			R	
<i>Compilazione modulo tessuti oculari (sez 8-10)</i>			C			R	
<i>Conservazione cornee e comunicazione Banca cornee e CRT</i>			R	I			
<i>Gestione e archivio documentazione relativa al prelievo di cornee</i>			R				

**R = Responsabile C = Coinvolto I=Informati**

 <p><b>AOU Sassari</b></p> <p>Direzione Sanitaria</p> <p>S.S.D. Qualità, Accreditamento, Clinical Governance, Risk Management</p>	<p><b>PROCEDURA AZIENDALE PER IL PRELIEVO DI CORNEE A SCOPO DI TRAPIANTO</b></p>	 <p>A.D. MDLXII</p> <p><b>Coordinamento Ospedaliero Procurement</b></p>		
<p><b>TIPOLOGIA</b> POS</p>	<p><b>CODIFICA</b> PRE COR</p>	<p><b>VERSIONE</b> 01</p>	<p><b>DATA</b> MAGGIO 2025</p>	<p>Pagina 6 di 17</p>

## 6. RIFERIMENTI

- Legge 1 aprile 1999, n. 91
- Legge 29 dicembre 1993, n. 578
- Decreto del Ministero della Sanità 22 agosto 1994, n. 582
- Decreto del Ministero della Salute 11 aprile 2008, aggiornamento del Decreto 22 agosto 1994, n. 582
- Delibera RAS 18/34 del 19.06.2024
- Delibera DG AOU SS n. 608 del 29/11/2024
- Linee Guida per il prelievo, la processazione e la distribuzione di tessuti a scopo di trapianto. 14 settembre 2016.

## 7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ

### FASE 1 - IDENTIFICAZIONE DEL POTENZIALE DONATORE DI CORNEE

Tutti i pazienti di età < 80 anni che decedono in AOU SS per arresto cardiocircolatorio vanno considerati potenziali donatori di cornee.

Il medico del reparto, dopo aver constatato il decesso e aver compilato il verbale necroscopico, valuta l'idoneità del paziente come potenziale donatore di cornee attraverso la compilazione della checklist 'Scheda di Segnalazione potenziale donatore di cornee' (**Allegato 1**).

La presenza di una o più delle controindicazioni cliniche elencate nell' allegato 1 implica l'immediata esclusione del paziente dalla donazione del tessuto oculare.

In caso di paziente non idoneo alla donazione, la checklist verrà allegata alla documentazione della cartella come atto della valutazione per l'eleggibilità alla donazione.

In caso di paziente potenziale donatore di cornee individuato come idoneo alla donazione, il medico di reparto lo segnala al COP attraverso richiesta di consulenza generale per la valutazione del potenziale donatore di cornee, su portale Galileo, al Coordinamento Ospedaliero Procurement, dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle ore 20, il sabato dalle ore 8 alle ore 14, con successiva chiamata al numero fisso 0792646179 o al cellulare 3384934758.

Il COP, ricevuta la richiesta di consulenza, verifica insieme al CORT-CRT l'esistenza di volontà depositate dal paziente in merito alla donazione sul SIT.

In caso di manifestazione in vita del paziente di volontà favorevole alla donazione, si procede con il prelievo, dopo aver dato adeguata informazione ai familiari.

In caso di dichiarazione in vita contraria alla donazione si interrompe il processo.

Nel caso in cui, invece, la consultazione del SIT non dia risultato, è compito del COP, insieme al medico del reparto, procedere con la proposta di donazione agli aventi diritto; la procedura di prelievo andrà avanti solo in caso di consenso alla donazione. In entrambi i casi, gli aventi diritto dovranno firmare il modulo di manifestazione di volontà al prelievo di tessuti (**Allegato n 2**).



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

**TIPOLOGIA**  
POS

**CODIFICA**  
PRE COR

**VERSIONE**  
01

**DATA**  
MAGGIO 2025

Pagina 7 di 17

Il medico del reparto, in caso di volontà favorevole alla donazione o dopo aver ottenuto il consenso alla donazione dai familiari, esegue l'ispezione fisica sul potenziale donatore di cornee e insieme al COP procede con la compilazione del 'MODULO PRELIEVO TESSUTI OCULARI' fornito dalla FBOV – ONLUS (SEZ 1-2-3-4-5-6-7-9).

L'infermiere del reparto, che ha in carico il paziente, si occupa di prelevare un campione ematico per esami sierologici da inviare al laboratorio di Virologia (PROVETTA DA SIERO 8ML- RICHIESTA SUL PORTALE GALILEO-LABORATORIO DI VIROLOGIA-PROFILO DONATORE DI CORNEE) e una provetta NAT da inviare alla FBOV insieme alle cornee prelevate, infine, posiziona il bracciale identificativo come da procedura aziendale.

Il referto sierologico non è vincolante alla procedura di prelievo, ma dovrà pervenire nei giorni successivi e inviato al FBOV a cura del COP.

In caso di salma a disposizione dell'Autorità Giudiziaria, il COP si occupa della richiesta del nullaosta per il prelievo delle cornee.

La salma, una volta terminate queste fasi e in caso di idoneità al prelievo, viene trasferita secondo procedura aziendale in camera mortuaria.

In caso di opposizione alla donazione o non idoneità al prelievo di cornee è compito del personale del reparto occuparsi del comune trasferimento della salma in camera mortuaria.

**FASE 2 PRELIEVO**

Il COP segnala la presenza del potenziale donatore al medico prelevatore e organizza la successiva fase di prelievo, assicurandosi che sia presente tutto il materiale necessario (KIT per il prelievo monouso fornito dalla FBOV, contenitori cornee, i verbali di prelievo e le etichette identificative del donatore).

In obitorio il medico prelevatore verifica tutta la documentazione prima di procedere al prelievo:

- verifica bracciale identificativo del donatore;
- copia del verbale di accertamento di morte;
- copia dell'Informativa familiari/SIT;
- 'MODULO PRELIEVO TESSUTI OCULARI' fornito dalla FBOV – ONLUS (**Allegato 3** sez 1-2-3-4-5-6-7-9);

Il medico prelevatore procede al prelievo delle cornee e al confezionamento delle stesse secondo la procedura operativa. Al termine del prelievo compila e firma i verbali di prelievo (**Allegato 4**) e la sezione 8 e 10 del "MODULO PRELIEVO TESSUTI OCULARI" (**Allegato 3**).

Al termine della procedura il COP informa i familiari dell'avvenuta procedura.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

**TIPOLOGIA**  
POS

**CODIFICA**  
PRE COR

**VERSIONE**  
01

**DATA**  
MAGGIO 2025

Pagina 8 di 17

**FASE 3 CONSERVAZIONE E INVIO DELLE CORNEE**

Il COP, e in sua assenza il MP, si occupa della conservazione del contenitore delle cornee nel frigorifero situato al centro trasfusionale ad una temperatura di 4°C, in attesa di essere inviate alla Banca Degli Occhi del Veneto.

I contenitori contenenti le cornee devono essere inviati insieme alla seguente documentazione

- A. informativa sulla donazione (**Allegato 2**);
- B. verbale di prelievo (**Allegato 4**);
- C. referti virologici ed eventuali esami microbiologici;
- D. MODULO PRELIEVO TESSUTI OCULARI (**Allegato 3**);
- E. altra modulistica rilevante ai fini clinici.

I referti degli esami sierologici, se non disponibili al momento della spedizione delle cornee, possono essere inviati successivamente alla banca.

Una copia di tutta la documentazione viene inviata dal COP anche al CRT.

È compito del COP contattare il corriere per la spedizione.

L'archivio prelievo cornee, costituito da referti degli esami sierologici, copia del verbale prelievo e copia del modulo di non opposizione, viene gestito dal COP. La documentazione dell'intero processo di prelievo è parte integrante della cartella clinica del donatore.

**8. INDICATORI E TARGET ANNUALI**

Numero di cornee prelevate/numero di decessi di pazienti <80 aa, ≥ 15%;

Numero di cornee utilizzate dalla Banca/numero di cornee prelevate, ≥ 50%;

Numero di opposizioni alla donazione/numero di potenziali donatori di cornee, ≤ 30%.

**9. ARCHIVIAZIONE**

La presente procedura sarà consultabile presso tutte le UU.OO. interessate, la Direzione Medica di Presidio, la S.S.D. Qualità Accr. Cl. Gov. Risk Man. (sito aziendale) e archiviata presso il Coordinamento Ospedaliero Procurement che ne curerà l'implementazione aziendale.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement

TIPOLOGIA  
POS

CODIFICA  
PRE COR

VERSIONE  
01

DATA  
MAGGIO 2025

Pagina 9 di 17

10. ALLEGATI

Allegato 1.



**SCHEDE DI SEGNALAZIONE POTENZIALE DONATORE DI CORNEE**

COGNOME:	NOME:
LUOGO DI NASCITA:	DATA DI NASCITA:
P.O.:	UNITÀ OPERATIVA:
DATA E ORA DEL DECESSO:	FIRMA:

VALUTARE LA PRESENZA DI CONTROINDICAZIONI:

- ETÀ SUPERIORE A 80 ANNI;
- MALATTIE AD Eziologia sconosciuta (tranne sarcoidosi, amiloidosi, fibrosi polmonare idiopatica);
- MALATTIE INFETTIVE IDENTIFICATE: HIV, HBV, HCV, epatite virale attiva, Poliomielite, Rabbia, Tubercolosi in fase attiva, HTLV, AIDS, ittero di eziologia sconosciuta;
- MALATTIE NEUROLOGICHE: malattia di Creutzfeldt-Jacob, Sclerosi Multipla, S.L.A., malattia di Alzheimer, morbo di Parkinson, malattia da Prioni;
- MALATTIE ONCO-EMATOLOGICHE: Leucemia, Linfoma, Mieloma, Gammopatia Monoclonale, Policitemia, Mielodisplasia, Melanoma;
- TRATTAMENTI CRONICI: Emodialisi, Emodilici, Plasmaferesi (DA Più DI UN MESE);
- TRATTAMENTI IMMUNOSOPPRESSORI e storia di trapianti di dura madre;
- PRECEDENTE TRAPIANTO: di organo e/o di tessuto;
- SINDROMI GENETICHE: Down, Marfan, Noonan;
- COMPORTAMENTI SOCIALI A RISCHIO di trasmissione di Malattie Infettive;
- PATOLOGIE OCULARI: Infiammazioni o Infezioni Oculari in atto, Neoplasie dell'occhio  
N.B.: intervento di cataratta e di correzione della miopia vanno segnalati.
- SINDROME DI REYE;
- VACCINAZIONI RECENTI (ULTIME 4 SETTIMANE) CON VIRUS VIVO ATTENUATO: morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla e vaiolo.
- ESAME OBIETTIVO: presenza condilomi.

SEGNALARE PRESENZA E SEDE DI TATUAGGI O PIERCING (non controindicazione):

N.B. LA CONDIZIONE DI NEOPLASIA MALIGNA E METASTATICA CON ESCLUSIONE DELLE NEOPLASIE MALIGNI EMATOLOGICHE E DEL BULBO OCULARE PUÒ CONSENTIRE LA DONAZIONE DELLE CORNEE

SE ANCHE SOLO UNA DELLE PRECEDENTI CONTROINDICAZIONI FOSSE PRESENTE IL POTENZIALE DONATORE DI TESSUTI CORNEALI NON SAREBBE IDONEO. PROCEDERE BARRANDO IL SEGUENTE QUADRATINO

**NON IDONEO**

SE IL POTENZIALE DONATORE NON PRESENTA NESSUNA DELLE PRECEDENTI CONTROINDICAZIONI È DA CONSIDERARSI IDONEO AL PRELIEVO. PROCEDERE BARRANDO IL SEGUENTE QUADRATINO E SEGNALANDO IL POTENZIALE DONATORE TRAMITE RICHIESTA DI CONSENSO SU GALILEO AL SERVIZIO COORDINAMENTO OSPEDALIERO PROCUREMENT

**IDONEO**

N.B. LA PRESENTE SCHEDA DEVE ESSERE SEMPRE COMPILATA E ARCHIVIATA IN CARTELLA CLINICA.



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

TIPOLOGIA  
POS

CODIFICA  
PRE COR

VERSIONE  
01

DATA  
MAGGIO 2025

Pagina 10 di 17

**Allegato 2. Fronte**



Presidio Ospedaliero \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

**MANIFESTAZIONE DI VOLONTÀ AL PRELIEVO DI**

**CORNEE AI FINI DI TRAPIANTO TERAPEUTICO**

(Ai sensi della L. 1 aprile 1999 n. 91 - Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_, ai sensi dell'art. 23 della L. 01 aprile 1999 n. 91, ha informato alle ore \_\_\_\_\_ del giorno \_\_\_\_\_ il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ abitante in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ che il Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e deceduto/a in data \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_ nel reparto di \_\_\_\_\_ dell'Ospedale di \_\_\_\_\_ Medico di Famiglia \_\_\_\_\_ per il/la quale è stata accertata la morte ai sensi della L. 29.12.93 n. 578 e del D.M 11.04.08 che aggiorna il D.M 22.08.94 n.582, è stato riconosciuto come potenziale donatore di cornee a scopo di trapianto.

Previa consultazione del Sistema Informativo Trapianti, ha altresì informato che:

**NON RISULTANDO** alcuna volontà espressa in vita dal loro congiunto, essi possono presentare **opposizione scritta** al prelievo;

**RISULTANDO volontà**  **favorevole o**  **non favorevole** al prelievo di organi e di tessuti espressa in vita secondo le modalità di legge, essi possono presentare una **dichiarazione di volontà successiva**, sottoscritta dal potenziale donatore, opposta a quella precedentemente espressa.

Ha inoltre informato che:

- in caso di non opposizione al prelievo di cornee, il Coordinamento Ospedaliero Procurement eseguirà accertamenti chimico-clinici, sierologici ed anamnestici volti a valutare l'idoneità del tessuto prelevato ed in particolare a prevenire la trasmissione di patologie da donatore a ricevente; Tali informazioni cliniche saranno trasmesse alla banca degli Occhi di Mestre;
- i tessuti oculari non sono oggetto di lucro e saranno smaltiti nell'osservanza delle norme vigenti.

Descrizione situazioni particolari

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ IL PROFESSIONISTA SANITARIO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

**TIPOLOGIA**  
POS

**CODIFICA**  
PRE COR

**VERSIONE**  
01

**DATA**  
MAGGIO 2025

Pagina 11 di 17

## Allegato 2. Retro

L'avente diritto, Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Coniuge non separato        | 2. Figlio/i di età non inferiore agli anni diciotto |
| 3. Convivente "more uxorio"    | 4. Genitore/i                                       |
| 5. Rappresentante legale _____ |   |

SI OPpone                       NON SI OPpone al prelievo di cornee.

Data \_\_\_\_\_ L'AVENTE DIRITTO \_\_\_\_\_

Stante l'impossibilità a ottenere senza ritardo l'opposizione dell'avente diritto in forma scritta, il sottoscritto \_\_\_\_\_ consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445/2000, dichiara che il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ ha manifestato telefonicamente:

OPPOSIZIONE

NON OPPOSIZIONE

al prelievo di cornee.

Data \_\_\_\_\_ IL PROFESSIONISTA SANITARIO \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (General Data Protection Regulation – GDPR)**

I dati personali contenuti nel presente modulo sono trattati nel rispetto e nei limiti stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (General Data Protection Regulation – GDPR), secondo l'informativa conservata presso la sede legale dell'Azienda n. \_\_\_\_\_ e pubblicata nel sito internet, accessibile al seguente link: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



AOI Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement

TIPOLOGIA  
POS

CODIFICA  
PRE COR

VERSIONE  
01

DATA  
MAGGIO 2025

Pagina 12 di 17

**Allegato 3.**

MODULO PRELIEVO TESSUTI OCULARI		Modulo	MPTO
		Revisione	04
		Pagina	1 di 5
		Operativo da	01/10/09

<b>Verifica selezione donatore<sup>1</sup></b> Donatore idoneo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Data: _____ Ora: _____ Sigla: _____	 <b>FONDAZIONE BANCA DEGLI OCCHI DEL VENETO - ONLUS</b>	<b>Riferimenti di Fondazione<sup>1</sup></b> _____ _____ _____
---	--	---

Segnalazione<sup>2</sup>

Centro di prelievo \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_

**Sez. 1 Notizie generali sul donatore**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Sesso  M  F n° identificativo \_\_\_\_\_  
Tessera sanitaria / ricovero / documento di identità<sup>2</sup>

Data del decesso: \_\_\_\_\_ Ora: \_\_\_\_\_ Data\* \_\_\_\_\_ Ora\* \_\_\_\_\_  
\* se prelievo multiorgano, indicare data e ora dell'arresto cardiocircolatorio

Reparto/luogo del decesso<sup>3</sup> \_\_\_\_\_ Data del ricovero \_\_\_\_\_

Data del prelievo \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Reparto/luogo<sup>3</sup> \_\_\_\_\_

Salma sottoposta ad autorità giudiziaria  NO Passare alla sez. 2  SI Precipitare

Autorizzazione al prelievo fornita da \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_  
Cognome e nome del Magistrato

**Sez. 2 Richiesta autopsia**

NO Passare alla sez. 3  SI Precipitare

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Eseguita da \_\_\_\_\_  
Cognome e nome dell'Anatomo Patologo

Risultati \_\_\_\_\_

Risultati dell'autopsia (sez. 2) ricevuti da<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Cognome, nome e qualifica di chi ha fornito le informazioni Data<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ Ora<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ Operatore<sup>4</sup> \_\_\_\_\_

**Sez. 3 Diagnosi**

Causa iniziale \_\_\_\_\_

Complicanze \_\_\_\_\_

Causa terminale \_\_\_\_\_

Fonte delle informazioni (sez. 1-3):

Cartella clinica

Personale ospedaliero \_\_\_\_\_ Data<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ Ora<sup>4</sup> \_\_\_\_\_ Operatore<sup>4</sup> \_\_\_\_\_  
Cognome, nome e qualifica di chi ha fornito le informazioni

Fondazione Banca degli Occhi del Veneto Onlus - Centro Regionale di Riferimento per gli Innesti Corneali e di Ricerca sulle Cellule Staminali Epiteliali  
 Certificata dal Centro Nazionale Trapianti - Sistema di Gestione Qualità UNI EN ISO 9001:2008 certificato da Certquality - Membro Eye Bank Association of America  
 Padiglione Rama, Via Paccagnella, 11 - 30174 Zelarino Venezia - Tel. 041 9656430 - Fax 041 9656421 - Cell. 348 3111141

Originale da inviare a Fondazione

A



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

TIPOLOGIA  
POS

CODIFICA  
PRE COR

VERSIONE  
01

DATA  
MAGGIO 2025

Pagina 13 di 17



**MODULO PRELIEVO  
TESSUTI OCULARI**

Modulo	MPTO
Revisione	04
Pagina	2 di 5
Operativo da	01/10/09

**Sez. 4 Anamnesi patologica**

Verificare la presenza delle seguenti condizioni<sup>15</sup>:

**NO SI**

- Morte per causa sconosciuta
- Malattia di Creutzfeldt-Jakob o encefalopatia spongiforme trasmissibile
- CJD in consanguinei
- Malattie del sistema nervoso centrale di origine sconosciuta (es. sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica)
- Demenza (non secondaria a patologia cerebrovascolare, tumore, trauma)
- M. di Parkinson
- Sindrome di Reye
- Sindrome di Guillain-Barré
- Panencefalite subacuta sclerosante
- Leucoencefalopatia multifocale progressiva
- Encefalite virale attiva, o di origine sconosciuta, o encefalopatia progressiva
- Meningite
- Storia di poliomielite
- Epatite virale attiva
- Sieropositività per HBsAg
- Sieropositività per epatite C
- Sieropositività per HIV 1 e 2
- Sifilide in fase attiva

**NO SI**

- Infezione da HTLV-I o HTLV-II
- AIDS o gruppi a rischio
- Segni suggestivi di sarcoma di Kaposi
- Selticemia attiva (batteriemia, fungemia, viremia)
- Pericardite, miocardite o endocardite batterica o fungina attiva
- Infezioni opportunistiche
- Pregressa chirurgia oculare o del segmento anteriore
- Patologie intrinseche dell'occhio: neoplasie maligne primitive o metastatiche, infiammazione oculare attiva, patologie oculari congenite o acquisite che pregiudicano l'utilizzo del tessuto (cheratocono, cheratogloblo, cicatrici corneali in zona optica, pterigio, sindrome di Marfan, Noonan, Down)
- Malattie autoimmuni comprese malattie del collagene
- Rabbia
- Tubercolosi in fase attiva o entro sei mesi dall'inizio del trattamento
- Rosolia congenita
- Malaria o altre malattie protozoarie
- Leucemia, linfoma, mieloma
- Malattie emopoietiche quali gammopatia monoclonale, mielodisplasia, policitemia vera

**NO SI**

- Trapianto di organo solido, tessuto o xenotrapianto
- Emodialisi cronica da più di un mese
- Interventi intracranici non specificati
- Innesti di dura madre non sintetica
- Trattamento con ormone della crescita estratto da ipofisi umane
- Immunosoppressione sistemica cronica
- Perdita di peso inspiegata
- Linfadenopatia inspiegata da più di un mese
- Epato-megalia di causa sconosciuta
- Ittero di causa sconosciuta
- Sudorazioni notturne
- Diarrea persistente inspiegata
- Tosse o dispnea persistente e inspiegata
- Avvelenamento da monossido di carbonio
- Soggetti sottoposti ad intervento chirurgico o trasfusione di sangue ed emoderivati in GB dal 1984 al 1996
- Esposizione a sostanze tossiche (cianuro, piombo, mercurio, oro)
- Vaccinazioni recenti (ultime quattro sett.) con virus vivo attenuato: morbillo, rosolia, parotite, varicella, febbre gialla e vaiolo

Note o notizie ulteriori<sup>16</sup>: \_\_\_\_\_

Principali farmaci somministrati: \_\_\_\_\_

Il donatore è stato sottoposto a respirazione assistita?  NO  SI Per quanto tempo? \_\_\_\_\_

Temperatura corporea negli ultimi 10 giorni: normale  37°C - 38,6°C  > 38,6°C

Causa e durata (se nota) \_\_\_\_\_

Risultati di eventuali esami colturali: Sangue \_\_\_\_\_  
Espettorato \_\_\_\_\_  
Altro: \_\_\_\_\_

Procedura di mantenimento dei tessuti oculari: Si  No   
Refrigerazione salma: No  Si   
Data inizio \_\_\_\_\_ Ora inizio \_\_\_\_\_ Ora fine \_\_\_\_\_

Fonte delle informazioni (sez. 4):  
 Cartella clinica  Altro \_\_\_\_\_  
 Personale ospedaliero \_\_\_\_\_  
Cognome, nome e qualifica di chi ha fornito le informazioni \_\_\_\_\_ Data<sup>17</sup> \_\_\_\_\_ Ora<sup>18</sup> \_\_\_\_\_ Operatore<sup>19</sup> \_\_\_\_\_

Originale da inviare a Fondazione

B



AOUI Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

TIPOLOGIA  
POS

CODIFICA  
PRE COR

VERSIONE  
01

DATA  
MAGGIO 2025

Pagina 14 di 17



**MODULO PRELIEVO  
TESSUTI OCULARI**

Modulo	MPTO
Revisione	04
Pagina	3 di 5
Operativo da	01/10/09

**Sez. 5 Trasfusioni**

Il donatore ha avuto emorragie interne/esterne note o sospette?  NO  SI  
(non considerare le emorragie cerebrali e subaracnoidee)

Il donatore ha ricevuto emotrasfusioni<sup>7</sup> nelle 48 ore precedenti il prelievo del campione di sangue?  NO  SI

Infusioni di colloidali<sup>8</sup> nelle 48 ore precedenti?  NO  SI Di cristalloidi<sup>9</sup> nell'ora precedente?  NO  SI

Se sì, compilare la tabella seguente e indicare: il peso<sup>10</sup> del donatore (in Kg) \_\_\_\_\_

Data	Ora	Prodotto	Quantità (ml)	Data	Ora	Prodotto	Quantità (ml)
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Fonte delle informazioni (sez. 5):**

Cartella clinica  
 Personale ospedaliero \_\_\_\_\_  
Cognome, nome e qualifica di chi ha fornito le informazioni Data\* \_\_\_\_\_ Ora\* \_\_\_\_\_ Operatore\*

**Sez. 6 Esami sierologici**

Tipo di campione: Pre mortem  Post mortem  Pre trasfusioni  Post trasfusioni

HBsAg (test 1)  Pos  Neg Ac.anti-HBs (test 3)  Pos  Neg Ac.anti HIV 1 e 2 (test 5)  Pos  Neg Altro (test 7)  Pos  Neg  
Ac.anti-HBc (test 2)  Pos  Neg Ac.anti-HCV (test 4)  Pos  Neg TPHA (test 6)  Pos  Neg \_\_\_\_\_  
precisare

\_\_\_\_\_ 1  2  3  4  5  6  7  \_\_\_\_\_  
Laboratorio di analisi (data di esecuzione) Test eseguiti<sup>11</sup> Data\* \_\_\_\_\_ Ora\* \_\_\_\_\_ Operatore\*

**Sez. 7 Ispezione fisica**

Negativa  Positiva  (precisare) Eruzioni cutanee  \_\_\_\_\_ Tatuaggi  \_\_\_\_\_ Piercing  \_\_\_\_\_  
Segni di iniezioni non compatibili con la degenza  \_\_\_\_\_ Linfonodi anomali  \_\_\_\_\_  
Altro  \_\_\_\_\_  
(specificare)

**Sez. 8 Ispezione dei tessuti oculari**

**OD** (descrivere se alterato) **OS** (descrivere se alterato)

Palpebre Normale ODOS  \_\_\_\_\_  
Congiuntiva Normale ODOS  \_\_\_\_\_  
Sclera Normale ODOS  \_\_\_\_\_  
Cornea Normale ODOS  \_\_\_\_\_  
Iride Normale ODOS  \_\_\_\_\_  
Cristallino Fachico ODOS  Fachico  Pseudofachico  Afachico  Fachico  Pseudofachico  Afachico

Note \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Medico incaricato del prelievo

Originale da inviare a Fondazione

C



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

TIPOLOGIA  
POS

CODIFICA  
PRE COR

VERSIONE  
01

DATA  
MAGGIO 2025

Pagina 15 di 17



**MODULO PRELIEVO  
TESSUTI OCULARI**

Modulo	MPTO
Revisione	04
Pagina	4 di 5
Operativo da	01/10/09

**Sez. 9 Anamnesi sociale<sup>12</sup>**

- |  | NO                       | SI                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Il donatore presentava disturbi cognitivi, del coordinamento, della parola o mioclonie?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. È mai stata riscontrata una sieropositività per HIV o una infezione da HIV?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Negli ultimi 5 anni: - ha assunto sostanze stupefacenti mediante iniezioni?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - è stato dedito alla prostituzione?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - se maschio, ha avuto rapporti omosessuali?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ha ricevuto trattamenti con fattori della coagulazione di derivazione umana, per emofilia o patologie correlate?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Negli ultimi 12 mesi, è stato esposto a sangue sospetto o infetto da virus dell'epatite B, C o HIV tramite punture accidentali o contatto tramite zone di cute lesa o mucose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. È stato detenuto in carcere per più di 72 ore consecutive negli ultimi 12 mesi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Ha avuto rapporti sessuali con persone descritte nei punti 2-3-5, o con persone sospettate di essere affette da epatite B, C o infezione HIV?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Ha avuto contatti stretti con persone affette da epatite virale negli ultimi 12 mesi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. È stato trattato per malattie veneree negli ultimi 12 mesi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Si è sottoposto a pratiche di tatuaggio, piercing o agopuntura con condivisione di strumenti chirurgici negli ultimi 12 mesi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. È stato sottoposto a trattamento laser per la correzione di difetti visivi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Negli ultimi anni aveva effettuato viaggi all'estero?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Per donatori pediatrici <sup>13</sup> : a. ha un'età ≤ a 18 mesi?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. appartiene a una delle categorie elencate sopra?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. è nato da madre con infezione HIV, o appartenente a una delle categorie 2-10?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. è stato allattato al seno negli ultimi 12 mesi?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fonte delle informazioni (sez. 8):

Intervistatore: \_\_\_\_\_

Dichiara un grado di conoscenza del donatore sufficiente a fornire le informazioni richieste  NO  SI

Familiare o convivente \_\_\_\_\_  
Cognome, nome e grado di parentela

Medico curante \_\_\_\_\_  
Cognome e nome del medico      Data\*      Ora\*      Operatore\*

**Sez. 10 Prelievo**

Bulbo oculare  OD  OS      Cornea  OD  OS      Campione di sangue  NO  SI (obbligatorio in assenza di esami sierologici)

Tipo di campione: Pre mortem  Post mortem  Pre trasfusione  Post trasfusione  Pre infusione  Post infusione

Campione n.\_\_\_\_prelevato da \_\_\_\_\_  
Data e ora del prelievo      n. provette

Campione n.\_\_\_\_prelevato da \_\_\_\_\_  
Data e ora del prelievo      n. provette

Medico incaricato del prelievo<sup>14</sup> \_\_\_\_\_  
Cognome e nome (scrivere in stampatello)

Note: \_\_\_\_\_

Il medico sottoscritto, dichiara di aver controllato l'identità del donatore e di aver verificato l'esistenza delle condizioni stabilite dalla vigente normativa riguardanti la manifestazione di volontà alla donazione e l'accertamento di morte.

Data \_\_\_\_\_ Il Medico responsabile delle operazioni di prelievo \_\_\_\_\_  
(Firma)

Condizioni di trasporto, imballaggio, etichettatura e documentazione conforme alle procedure di Fondazione  NO  SI      Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Operatore \_\_\_\_\_

Registrato nel database di Fondazione \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_\_ Ora \_\_\_\_\_ Operatore \_\_\_\_\_

Originale da inviare a Fondazione

D



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

**TIPOLOGIA**  
POS

**CODIFICA**  
PRE COR

**VERSIONE**  
01

**DATA**  
MAGGIO 2025

Pagina 16 di 17

**Allegato 4.**

 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA MO-CRT- D-007 Pagina 1 di 1	 Sardegna <b>CRT</b> Centro Regionale Trapianti	<b>CORT</b> Centrale Operativa Regionale Trapianti  Data Emissione 27/11/2014 Aggiornamento 18/04/2018
	 Verbali Di Prelievo Tessuti Oculari	

Nominativo del Coordinatore Locale:	Presidio di appartenenza:
-------------------------------------	---------------------------

Nominativo donatore		Data di nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Emogruppo:	Rh:	Centro di prelievo:	S.O.
Data di prelievo:	Inizio intervento (incisione cute) ore:		
Orario cross clamp:	Codice SIT:		
Inizio intervento oculista ore:	Fine intervento oculista ore:		
Data e firma			

Ispezione tessuti oculari:	<input type="checkbox"/> Occhio DX	<input type="checkbox"/> Occhio SX
Note:		
Prelievo di:	<input type="checkbox"/> Cornea DX	<input type="checkbox"/> Cornea SX
Note:		
Soluzione Utilizzata:		
Nominativo del Chirurgo Prelevatore:	Struttura di appartenenza del Chirurgo Prelevatore:	
Recapito telefonico:	Data:	Ora:
Firma:		

Azienda Socio sanitaria Locale n. 8 di Cagliari  
Partita Iva: 03990560926  
Sede Legale: Ospedale Marino, Viale Lungomare Poetto n. 12 - 09126 Cagliari  
Sede Operativa: Cittadella della Salute, via Romagna n. 16, PAD. H, 09127 Cagliari

Centro Regionale Trapianti Sardegna  
Responsabile: Dr. Lorenzo D'Antonio  
Sede: PO. Binaghi - Via Is Guadazzonis, 3 - 09126 Cagliari  
Tel: Segreteria. 070/6093167 Coordinamento 070/6092915  
Direzione. 070/609 -2881 -2923  
Email: crt.sardegna@aslscagliari.it



AOU Sassari

Direzione Sanitaria

S.S.D. Qualità, Accreditamento,  
Clinical Governance,  
Risk Management

**PROCEDURA AZIENDALE PER  
IL PRELIEVO DI CORNEE A  
SCOPO DI TRAPIANTO**



A.D. MDLXII

**Coordinamento  
Ospedaliero  
Procurement**

**TIPOLOGIA**  
POS

**CODIFICA**  
PRE COR

**VERSIONE**  
01

**DATA**  
MAGGIO 2025

Pagina 17 di 17

**11. DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ**

