

N. 3280-ter-550-ter-1598-ter-2053-ter-2211-ter-4613-A

CAMERA DEI DEPUTATI

RELAZIONE DELLA XII COMMISSIONE PERMANENTE (AFFARI SOCIALI)

SULLE

PROPOSTE DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI SENATORI

**BOMPIANI, CONDORELLI, JERVOLINO RUSSO, IM-
BRÌACO, MELOTTO, MERIGGI, MURATORE, RANALLI,
ONGARO BASAGLIA, ALBERTI, SALERNO, AZZARÀ**

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte

[Già articoli da 1 a 3 e 22 (per la parte che si riferisce agli articoli 1 e 3) della proposta di legge n. 3280, approvata dal Senato della Repubblica nella seduta del 19 ottobre 1988 (stampato n. 232), stralciati con deliberazione dell'Assemblea nella seduta del 24 maggio 1990]

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

SEPPIA, ARTIOLI

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte

[Già articoli 11, commi 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8 e 9, 12, commi 1 e 2, 24 e 27 della proposta di legge n. 550, stralciati con deliberazione dell'Assemblea nella seduta del 24 maggio 1990]

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

DEL DONNO, MAZZONE, BERSELLI, PELLEGATTA

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte

[Già articolo 10, comma 1, della proposta di legge n. 1598, stralciato, con deliberazione dell'Assemblea, nella seduta del 24 maggio 1990]

d'iniziativa del deputato BERTUZZI

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte

[Già articoli 4, 5, commi 1, 2 e 3, 6, commi 1, 2, 3 e 4, 7, 21 e 24 della proposta di legge n. 2053, stralciati con deliberazione dell'Assemblea nella seduta del 24 maggio 1990]

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BORRA, ARMELLIN, GARAVAGLIA, RAVASIO, ORSENIGO,
BRUNETTO, FRONZA CREPAZ, SARETTA, MANFREDI,
VOLPONI, PERANI, ANTONUCCI, AGRUSTI**

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte

[Già articoli 1, 6, 7, 10, 26 e 29 (per la parte che si riferisce agli articoli 6 e 7) della proposta di legge n. 2211, stralciati con deliberazione dell'Assemblea nella seduta del 24 maggio 1990]

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**BORRA, BERNASCONI, ARTIOLI, BOGI, BATTISTUZZI, AR-
MELLIN, BARBIERI, BENEVELLI, BRUNETTO, CASTAGNETTI
PIERLUIGI, CRISTONI, FERRARA, FRONZA CREPAZ, MO-
RONI, PERANI, PICCIRILLO, POGGIOLINI, RAVASIO, REN-
ZULLI, RIVERA, SARETTA, TAGLIABUE, VIOLANTE, VOLPONI**

Presentata il 22 febbraio 1990

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte

Presentata alla Presidenza il 7 novembre 1991

(Relatore: **Anna Maria BERNASCONI**)

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il delicato e complesso problema delle nuove regole sull'accertamento e certificazione di morte, non è tema nuovo o poco conosciuto nelle aule parlamentari e nelle commissioni di merito.

Si discute di un aggiornamento della legge 644/75 sin dalla VIII legislatura.

Nella X legislatura è stato approvato dall'Assemblea del Senato, 19 ottobre 1988, il nuovo articolato su accertamento di morte e modalità di prelievo di organi da cadavere a scopo di trapianto (A.C. 3280).

Alla Camera la XII Commissione iniziò la discussione sulla proposta di legge n. 3280 nel dicembre 1988. Il 5 aprile 1989 fu fatta una giornata seminariale proprio sul tema della morte cerebrale con la partecipazione di filosofi e esponenti della comunità scientifica, per supportare con conoscenze e diversificati punti di vista la composizione di nuove e più giuste regole.

Un *iter* quindi tutt'altro che accelerato, semplificatorio o superficiale.

Al fondo una volontà politica, credo comune, di legiferare sulla realtà di morte e sulle sue moderne presentazioni, senza ignorare contestualmente il contorno sociale e culturale nei quali essa viene, non solo riconosciuta, ma accettata.

La morte rappresenta la fine di una vita umana, che ne è preconditione assoluta. Trascina con sé sentimenti, affetti, aspettative, esperienze, ricordi.

È evento ineludibile ma la medicina ne ha spostato e, a volte, frantumato i confini. Le mutate condizioni del morire si esprimono anche nell'atteggiamento di una società « medicata » che sempre meno accetta la morte.

Si muore in ospedale anche quando la morte è annunciata e le terapie inefficaci. Mai è stata un fatto così pubblico ed « igienico » e al contempo, così solitario. Di qui la necessità di regole di comportamento chiare, rigorose e comprensibili anche per realtà di morte sfumate dalla

medicina. Si aggiungono evidenti riflessi giuridici, legali ed etici.

Dovremo tenere conto di molteplici aspetti, ma la richiesta sociale di certezza di morte deve sostenersi su criteri che trovano fondamento in conoscenze scientifiche affermate e codificate. Consenso e comprensione vanno ricercati con motivazioni razionali. Regole chiare, eguaglianza di diritti e garanzia di rigore delle procedure è il nostro compito.

Quale realtà di morte, quali regole, quali implicazioni?

La realtà di morte.

In senso strettamente biologico l'organismo muore a poco a poco. Anche dopo la cessazione di funzioni vitali, come circolo e respiro, alcune cellule dell'organismo continuano, per un certo tempo, a vivere e funzionare. A rigore la morte biologica totale avviene in tempi successivi e si compie quando ogni cellula è in necrosi. Ma la putrefazione è criterio eccezionalmente usato nella pratica.

In tutti i tempi e in tutti i settori sociali e geografici la morte, intesa come occasione di linee concrete di intervento, è definita in modo tale da poterne stabilire il momento. Da processo si trasforma in evento, nel quale non muore tutto l'organismo ma l'organismo come un tutto.

I criteri di definizione di questo momento si basano sulla perdita totale ed irreversibile di funzioni.

Il confine tra vita e morte è quel punto di non ritorno in cui l'organismo cessa di funzionare come unità coordinata ed integrata.

Tradizionalmente il momento di morte è identificato con l'arresto del respiro e del cuore. Così inteso l'evento mortale ben corrisponde alla rappresentazione classica del morto: freddo, bianco, immobile.

L'ultimo atto respiratorio, spesso sospirato, si presta anche a raffigurare la concezione animistica di vita umana.

Ma circolo e respiro, pur essendo funzioni indispensabili, non sono vita. Possono essere momentaneamente sospese o artificialmente mantenute, senza che l'individuo sia dichiarato morto.

La identificazione di un essere umano vivente compenetra attività vegetative e cognitive. Le prime concorrono alla unitarietà vitale del corpo. Le seconde lo collocano nella specie uomo-donna, assolutamente distinguibile da qualsiasi altro essere vivente.

Da questa definizione di vita discende la definizione di morte, in entrambe sono inscindibili e strettamente intrecciate mente e corpo, pensiero e vitalità.

Il cervello, organo non vicariabile, ne è la realizzazione fattuale. La parte superiore corticale, filogeneticamente più recente, elabora pensiero, esperienze, sentimenti, relazioni.

La parte inferiore — il tronco cerebrale — funge da connessione tra centro e periferia, coordina e regola funzioni indispensabili alla vitalità e unitarietà corporea dell'organismo (respiro, cuore, circolo, temperatura, equilibrio metabolico ed endocrino).

Il cervello, in altre parole, è il sistema critico di un essere umano come persona e vivente. La perdita totale ed irreversibile delle funzioni di tutto il cervello è la morte dell'individuo.

Questa definizione di morte comprende, oltre alla morte cosiddetta cerebrale, la morte tradizionalmente intesa. Arresti momentanei di circolo e respiro impongono di attuare manovre rianimatorie. Solo arresti prolungati e non assistiti sono mortali, in quanto generano lesioni irreversibili del cervello.

I parametri tradizionali dell'accertamento di morte sono segni indiretti di morte.

I termini « morte cardiaca » e « morte cerebrale », di uso corrente, non indicano due entità concettualmente distinte ma due diverse condizioni di morte. Il punto di non ritorno rimane la perdita irreversibile di tutte le funzioni cerebrali la cui dimostrazione figurativa è la decapitazione. I parametri cerebrali sono i segni diretti di morte.

Prima della rianimazione arresto di circolo, respiro e attività cerebrale erano eventi in rapida successione e indistinguibili.

La possibilità di mantenere artificialmente le prime due funzioni ha reso necessario stabilire non una nuova definizione di morte ma nuovi criteri per il suo accertamento.

Nel 1959 per la prima volta due neurologi francesi parlarono di uno stadio « oltre il coma » (coma *depassé*). Nel 1968 la AD hoc Committee di Harvard precisò i parametri di « coma irreversibile » e li propose come « nuovo criterio di morte ».

Successivamente la scuola inglese, di cui è alfiere il neurologo Pallis, focalizzò i segni clinici di morte sulla attività del tronco cerebrale, e specificò alcune precondizioni di esclusione, ad es. le intossicazioni da farmaci e gli squilibri metabolici per interferenza nell'interpretazione corretta dei segni di inattività cerebrale (U.K. Code 1976-1979). L'assenza di funzione del tronco cerebrale è il segno che il cervello ha smesso di funzionare come un tutto.

Si viene così a differenziare nettamente la morte cerebrale dal coma: la morte di un individuo è diversa dalla sola scomparsa dell'individualità personale e della possibilità di relazione, quale si determina in stati di coma profondo con persistenza delle funzioni vegetative.

« La morte cerebrale non deve in alcun modo essere confusa con altre lesioni a carico del sistema nervoso centrale che, pur persistenti ed a volte definitive, non coinvolgono la totalità dell'encefalo. Il paziente decorticato cioè con scomparsa delle funzioni cerebrali superiori, e perciò in stato vegetativo, non è morto... La morte cerebrale equivale alla morte dell'intero organismo e definisce una lesione primitiva e completa di tutto l'encefalo, cioè delle strutture corticali e di quelle tronco-encefaliche ». (Dall'intervento al congresso di Venezia nel marzo 1987 del prof. Manni, Direttore Istituto Anestesia e Rianimazione Università cattolica di Roma).

Questa differenziazione tra morte cerebrale e coma si riflette su tutto l'organismo. Ricordiamo il caso di Marv Quilan

che, sottratta per volere dei genitori a pratiche rianimatorie, non riprese le funzioni cerebrali superiori ma mantenne ancora vitalità autonoma del suo organismo. Il suo corpo, amorosamente accudito e alimentato, cessò di funzionare dopo molto tempo.

Solo allora ne fu certificata la morte.

La morte cerebrale e le relative modalità di accertamento non sono però patrimonio della sola comunità scientifica.

Esse sono da tempo accettate e validate in sede legale e religiosa.

In un paese rigidamente garantista come gli USA, pur non essendovi comportamento uniforme in tutti gli Stati, l'Associazione Forense Americana nel 1974 annotava:

« Per ogni fine legale un corpo umano con cessazione irreversibile di tutte le funzioni cerebrali, secondo gli *standards* soliti ed abituali della pratica medica, sarà considerato morto ».

Tra gli organismi religiosi la chiesa cattolica ha sempre mostrato particolare attenzione e sensibilità ai nuovi confini della scienza.

Nel 1957 Papa Pio XII sancì la competenza del medico per determinare la morte secondo le più recenti conoscenze. Nel 1985 la Pontificia Accademia delle Scienze in un documento ufficiale annotava: « Una persona è morta quando ha subito una perdita irreversibile di ogni capacità di integrare e di coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo. La morte sopravviene quando:

a) le funzioni spontanee cardiache e respiratorie sono definitivamente cessate.

b) si è verificata una cessazione irreversibile di ogni funzione cerebrale.

Da dibattito è emerso che la morte cerebrale è il vero criterio della morte, giacché l'arresto definitivo delle funzioni cardio-respiratorie conduce molto rapidamente alla morte cerebrale ».

Per contro studi su una consistente casistica di pazienti con cessazione totale e irreversibile delle funzioni cerebrali di-

mostrarono, che in un tempo da poche ore a pochi giorni, anche il cuore cessava di battere, malgrado vigorose terapie intensive.

Nella Comunità Scientifica c'è ora forte omogeneità nel ritenere che la morte « cerebrale » si deve fondare su due precondizioni principali e indispensabili:

a) la causa dell'assenza di funzione cerebrale deve essere nota e definita;

b) le strutture nervose deputate alla coscienza ed alle funzioni vegetative devono essere lese in modo irreparabile.

La prima condizione è preliminare e porta ad escludere ad esempio, alterazioni della funzione cerebrale dovute a intossicazione da farmaci; essa implica inoltre che il danno nervoso sia dovuto a lesione organica conosciuta (quale l'emorragia cerebrale) o insulto metabolico determinato ed irreversibile (quale l'asfissia protratta).

Il secondo passaggio riguarda specificamente l'accertamento della morte con l'uso di parametri clinici e strumentali, che dimostrino la completa e definitiva lesione cerebrale.

Nei vari protocolli mondiali i parametri clinici di morte cerebrale, cioè quei segni individuati direttamente dal medico senza uso di strumenti, sono quasi identici.

Essi, sin dalle prime codificazioni, valutano prevalentemente le funzioni del tronco cerebrale (es. i riflessi oculari e la autonomia respiratoria).

Nei vari Paesi sussistono ancora differenze nel comprendere esami strumentali, quali l'elettroencefalogramma e l'angiografia cerebrale. Ultimamente si dà molta importanza alla ricerca di potenziali evocati, risposta elettrica del tronco cerebrale dopo stimolo adeguato, che non invalidano gli altri parametri ma possono ulteriormente ridurre i tempi di osservazione.

Gli esami strumentali sono complementari ai segni clinici, spesso introdotti più per ragioni garantiste che per motivazioni scientifiche.

« Benché sia superfluo, nei casi in cui reperti clinici di morte cerebrale siano chiari e quando medico e familiari hanno un rapporto di fiducia, la conferma di una lesione cerebrale massiva ottenuta mediante EEG o potenziali evocati cerebrali può essere desiderabile, se è necessaria una ulteriore rassicurazione » (Plum e Posner 1987).

In ultimo vi è oggi forte concordanza scientifica nel ritenere sufficiente che i parametri cerebrali di morte coesistano per 6 ore.

Le regole.

La morte interessa il legislatore nella misura in cui comprende tutela di diritti personale e sociali, solleva problemi di ordine etico e legale, richiede misure di igiene pubblica.

La difesa della vita in ogni sua espressione si accompagna al dovere di dare certezza di morte, quando avvenuta. Il rispetto della salma e degli affetti e pulsioni che da essa muovono non può erodere la chiarezza e la uniformità dei comportamenti sanitari. Inoltre il riconoscimento delle volontà del defunto espresse in vita va differenziata dalle diversità di tutela giuridica tra vivente e defunto.

Per molto tempo le regole riguardarono solo l'aspetto dei diritti civili e patrimoniali e dei comportamenti verso la salma per esigenze di igiene pubblica. L'accertamento di morte era affidato all'esperienza. Il medico annunciava una morte, ma si ritraeva davanti ad essa quando il suo intervento era diventato inutile.

La progressiva medicalizzazione del morire, la scomposizione dei tempi di morte, le conseguenti reazioni di incertezza verso di essa, la difformità di comportamenti portarono a normare l'evento mortale, a dimostrare come medicina e società sono sempre inscindibili nelle norme per l'accertamento della morte.

Le prime regole risalgono alla fine del 1700 quando casi di « morte apparente » (per gravi stati collassali in epidemie di

colera, peste e vaiolo), esperimenti di elettrostimolazioni galvaniche su cadaveri crearono dubbi e paure, alimentate da una fiorente letteratura macabra sui « sepolti vivi ». Astuti artigiani fecero fortuna con ingegnosi sistemi di sepoltura dotati di meccanismi di allarme.

Realtà e credenze portarono a stabilire le prime regole sui tempi e luoghi (obitori) di osservazione *post mortem*. Nel 1800 si introdusse l'uso di strumenti, come lo stetoscopio. Divenne regola e poi obbligo la certificazione medica di morte.

L'impronta settecentesca si ritrova ancora nel nostro ultimo regolamento di polizia mortuaria, a indicare che i timori sono profondamente radicati.

Il decreto del Presidente della Repubblica del 10 settembre 1990, n. 285 così recita:

articolo 9, comma 1: ...nei casi di morte in cui si abbiano dubbi di morte apparente l'osservazione deve essere trattata;

articolo 12, comma 2: Durante il periodo di osservazione deve essere assicurata la sorveglianza anche ai fini del rilevamento di eventuali manifestazioni di vita.

Ma è indubbio che maggiori cambiamenti e necessità di leggi specifiche e aggiornate nacquero con la diffusione della rianimazione.

Nella codificazione dei parametri fu precursore il documento di Harvard del 1968. Seguirono, soprattutto dalla seconda metà degli anni '70, atti legislativi di molti paesi che riconoscevano e disciplinavano i nuovi criteri di morte.

In Italia le prime regole sulla morte cerebrale furono affidate ad atti ministeriali, in applicazione della legge sui trapianti del 3 aprile 1957, n. 235.

Questa legge, spesso dimenticata, rappresenta il primo atto legislativo sul prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto.

Nata sostanzialmente per permettere il trapianto di cornee comprendeva però la possibilità di prelievo di altri tessuti e di organi vascolarizzati.

Per questi ultimi la limitazione derivava dalle regole sull'accertamento di morte, vincolata ai soli parametri cardio-circolatori.

Alla fine degli anni '60 la sempre maggior richiesta di trapianto di rene, associata ad una crescente percentuale di successo, contribuì a rivedere i criteri per l'accertamento di morte.

Il decreto ministeriale dell'11 agosto 1969 introdusse il metodo elettroencefalografico e i parametri cerebrali per la morte avvenuta in rianimazione. L'accertamento fu affidato a una commissione medica composta di un medico legale, un anestesista rianimatore, un neurologo esperto in elettroencefalografia.

Il decreto ministeriale del 9 gennaio 1970 precisò i criteri clinici di morte espressivi della cessata attività cerebrale. Rimaneva comunque in vigore il tempo di osservazione *post-mortem* di 24 ore, come definito dal regolamento di polizia mortuaria.

La legislazione vigente sull'accertamento di morte, contenuta nella legge 644/75, parte perciò da lontano ed è sostenuta da un ampio dibattito scientifico e da una corposa esperienza medico-legale. Nel 1975 la nuova legge sui trapianti diede codificazione organica alle procedure di accertamento della morte, ridusse il periodo di osservazione *post mortem*, differenziò la morte da arresto del cuore o da lesioni cerebrali primitive. Nel primo caso la morte è accertata da tre medici e supportata da elettrocardiogramma e da elettroencefalogramma isoelettrici.

Nel secondo caso un'altra commissione, sempre di tre medici ma con diversa competenza, verifica i segni clinici di assenza di attività cerebrale (essenzialmente i riflessi del tronco cerebrale), ai quali si aggiunge il silenzio elettrico cerebrale (EEG isoelettrico).

L'innovazione più importante, rispetto ai precedenti decreti ministeriali è il tempo di osservazione di 20' per la morte da arresto cardiaco e di 12 ore per la lesione cerebrale irreversibile.

Rimaneva il vincolo procedurale di essere utilizzabili al solo fine di prelievo per trapianto.

Anche in molti altri paesi stranieri gli avanzamenti della medicina imposero adeguamenti legislativi dell'accertamento di morte.

Ma, a differenza dell'Italia, raramente i parametri di accertamento sono contenuti in legge e vengono affidati a *guidelines* (norme di comportamento indicate dalla comunità scientifica ma con valore vincolante) o ad atti amministrativi supportati da indicazioni scientifiche.

Quasi ovunque rimangono affidati alla legge la definizione di morte, i titolari dell'accertamento e le condizioni nelle quali sono tenuti ad agire, perché la morte non è solo un fatto biologico e sanitario ma ha evidenti risvolti giuridici, legali, sociali e personali.

Molto significativa ed interessante è la legge svedese del gennaio 1989, frutto di una lunga ed approfondita discussione sulla complessità del tema riguardo la definizione di morte, gli aspetti giuridici ed etici e le procedure di accertamento.

Nel 1982 fu istituita una apposita commissione per « investigare se il presente concetto di morte deve essere ritenuto il concetto di morte o un concetto di morte relativo al cervello ».

Dopo 2 anni e mezzo di lavoro la Commissione — composta di medici, filosofi, religiosi, giuristi — produsse un ricco documento, che così concludeva:

a) una persona può essere soltanto viva o morta. La definizione di morte deve essere formulata sulla base di idee filosofiche, religiose, etiche e psicologiche nonché sulle conoscenze mediche e biologiche;

b) le ricerche mediche e biologiche supportano le conoscenze necessarie per stabilire una empirica relazione tra la definizione del concetto di morte e la funzione degli organi nel corpo umano;

c) la definizione di morte deve essere chiaramente e inequivocabilmente applicata in ogni circostanza;

d) la definizione che un individuo è morto quando tutte le sue funzioni cerebrali sono totalmente ed irreversibilmente cessate è in completo accordo con l'approccio medico e biologico internazionale e può eliminare incertezze legali e di comportamento medico;

e) non vi è infine ragione di temere che la popolazione non sia consenziente a questa definizione.

Né derivò una legge di 3 articoli, dove oltre alla definizione di morte si stabilivano le competenze del medico in condizioni tradizionali o nelle rianimazioni, valide entrambe a tutti gli effetti legali.

Implicazioni sociali.

Qual'è la reazione della gente, oggi, di fronte alla morte? La medicina ha invaso il processo mortale, ne ha scomposto le tappe, ha rallentato e ovattato i tempi, ha salvato vite altrimenti irrecuperabili.

La gente bascula tra il rifiuto di morte e la richiesta di certezza di morte.

Quanto hanno influito, o possono influire sulle nuove condizioni di morte, l'atteggiamento dei medici, la informazione, la proprietà delle regole?

Se è indubbio che i trapianti da cadavere hanno accelerato le procedure per la definizione della morte cerebrale, una puntuale e rigorosa diagnosi di morte deve prescindere dai destini del cadavere. Il problema della morte « a cuore battente » nacque, inizialmente e giustamente, nelle rianimazioni.

Nel libro « Stupor e coma » (1987) Plum e Posner affermano: « Sapere quando bisogna combattere con la vita è ancora più importante del voler diagnosticare la morte ».

Il risvolto etico di questa osservazione non si limita alla difesa della vita, ma comprende il riconoscimento di sentimenti, affetti, aspettative che sempre accompagnano il vissuto personale e familiare di morte.

Parole pietose, quali « è in coma profondo — sta morendo », quando è già sopravvenuta la distruzione totale del cervello sono, oltre che sbagliate, crudeli. Si continuano sofisticate quanto inutili manovre sanitarie, si impegnano strumenti che potrebbero salvare altre vite umane, soprattutto si prolungano dolorose illusioni di vita.

In Italia a questi frequenti comportamenti dei medici si associa la difformità di comportamento di fronte alla morte, essendo, nella attuale legislazione, le procedure della morte cerebrale finalizzate al prelievo di organi per trapianto.

Nelle stesse condizioni di morte può accadere che la morte di un giovane candidato al prelievo per trapianto, venga prontamente certificata con i criteri cerebrali, mentre quella simile di una persona anziana venga procrastinata sino all'arresto del cuore.

È così ancor più difficile far comprendere la realtà di morte e convincere che non vi è una strumentale accelerazione dei tempi di morte. Ne derivano comprensibili rifiuti al prelievo di organi per trapianto e soprattutto sfiducia nella legittimità dell'atto medico. Si apre inoltre un evidente conflitto giuridico, anche patrimoniale.

Certezza di morte è diritto di ciascuno di noi.

Un corretto impianto legislativo è funzionale ad un corretto agire, ma non solo. La società si interroga sempre più sui confini della vita, sui limiti della scienza, sui valori da tutelare. Ma la discussione su morte e trapianti ha spesso viaggiato sulle acque delle emozioni, piuttosto che sulle vie della ragione. Fare, nelle leggi, chiarezza di campo, distinguere problemi ed obiettivi può aiutare la comprensione ed il consenso sociale, indispensabili per chi crede nella utilità delle regole.

Presidente e colleghi, non siamo chiamati ad invadere sentimenti ma a dare risposte precise e al contempo rigorose.

Ragioni scientifiche hanno dimostrato la inutilità, quando non la improprietà di alcuni criteri contenuti nella legge del 1975.

In particolare:

è inutile la esecuzione dell'elettroencefalogramma in presenza di cessata attività di pompa cardiaca per un tempo superiore ai 20';

è impropria la ricerca del riflesso plantare, segno di attività del midollo spinale ma non del cervello;

è sufficiente un tempo di osservazione di 6 ore per l'accertamento della morte cerebrale.

Inoltre ragioni etiche, giuridiche e sociali spingono ad uniformare i comportamenti medici verso la morte.

Né è conseguito un testo, approvato a larghissima maggioranza dal Senato nell'ottobre 1988, che scorpora formalmente la legge sui trapianti in un capo I (Norme per l'accertamento e la certificazione di morte) ed in capo II (Norme per il prelievo di parti da cadavere a scopo di trapianto).

Il capo I (composto di tre articoli) ridefinisce i criteri clinico-strumentali per l'accertamento di morte, riduce i tempi di osservazione ed elimina la finalizzazione delle procedure al trapianto, pur stabilendo la obbligatorietà di segnalazione di cadaveri possibili soggetti di prelievo.

Alla Camera si è fatto il passo ulteriore di distinguere in due leggi separate accertamento di morte e prelievo per trapianto.

La proposta di legge n. 4613 (Borra), firmata da un vasto schieramento politico, vuole affermare che la realtà di morte è evento da normare in quanto tale e non vi può esservi altra finalità che la determinazione certa e dimostrabile della fine di una persona.

Ciò che succede dopo sul cadavere è altra cosa e non può in alcun modo condizionare il percorso di accertamento e certificazione della morte.

Ne deriva anche la necessità di dare una definizione universalmente valida di morte.

Il testo approvato dalla XII Commissione in sede referente il 5 novembre

1991 all'articolo 1 premette la definizione di morte, accolta in molte legislazioni straniere e implicita nelle procedure italiane vigenti. Essa coincide con la perdita totale ed irreversibile di tutte le funzioni del cervello, comprendente la corteccia ed il tronco cerebrale.

La morte non ha aggettivi né sfumature: si è vivi o si è morti.

La sua definizione dà certezza ed orientamento alla specificazione dei criteri, differenziati negli articoli successivi rispetto alla casualità in:

morte da arresto cardiocircolatorio perdurante, senza assistenza, per un tempo sufficiente a dare lesioni cerebrali irreversibili (20');

morte in condizioni di supplenza di circolo e respiro.

Rispetto al testo del Senato è stata tolta la parola « coma », fonte, non solo nella opinione pubblica, di pericolosa confusione tra lesioni parziali e totali del cervello e presunte capacità residue di ripresa. In entrambe le proposte di modifica legislativa vengono riaffermate le regole di polizia mortuaria, quando non si sceglie di seguire le procedure indicate.

Nell'approfondito e, ci tengo a sottolinearlo, sereno lavoro del comitato ristretto è stata aggiunta la regolamentazione dell'accertamento di morte nei bambini. Questa sottolineatura, dimenticata nella legge 644/75, sta ad indicare la forte attenzione al rigore ed alla completezza, non semplificazione, del nuove regole.

Si sono mantenuti invariati l'obbligo di segnalazione alla direzione sanitaria dei pazienti in condizione di morte cerebrale e la attivazione delle procedure di accertamento, indipendentemente dai destini del cadavere.

Il lungo dibattito parlamentare ha permesso di acquisire un punto fermo di non poco conto: la morte cerebrale è realtà di morte. Vi sono ancora diversificazioni nell'agire, in particolare sulla definizione dei parametri di accertamento, nel rigore delle regole, nella uniformità dei comportamenti.

Non si potrà prescindere dalle indicazioni della comunità scientifica e della loro validazione a livello mondiale.

Per il rigore delle regole non è di poco conto aver scorporato l'accertamento della morte dal prelievo a scopo di trapianto.

Vi sarà maggior serietà e minor possibilità di abusi se la certificazione sarà finalizzata solo alla morte e non coinvolgerà i destini del cadavere.

Ne deriva, di conseguenza, un atteggiamento medico uniforme di fronte alla stessa realtà di morte.

Onorevoli colleghi, non mi nascondo e non nascondo a voi la delicatezza e la partecipazione, anche sentimentale, che il tema della morte suscita tra la gente e nelle stesse aule parlamentari.

Nella mia relazione ho cercato di affacciare la complessità del problema, i suoi risvolti etici, giuridici, affettivi, sociali, culturali. Desidero però richiamare un'ultima volta l'attenzione sulla fondatezza delle regole e sulla necessità di supporto scientifico alle regole che andremo a definire.

La discussione arricchirà la riflessione e, ne sono certa, darà elementi di miglioramento.

Mi auguro però che ogni nostra proposta sia suffragata da conoscenze certe, che ognuno di noi sia disponibile — al di là del personale sentire — a confrontarsi con gli altri ed a portare argomentazioni concrete nelle proprie proposte.

Solo così le scelte che andremo a fare risponderanno alle richieste della gente ed agli obiettivi della legge.

Dovremo anche inquadrare opportunamente la consistenza del problema.

La morte cerebrale è evento coinvolgente ma estremamente raro: interessa meno dell'1 per cento dei casi di morte.

Vi è quindi la necessità di regolamentare tutti gli eventi mortali, anche i più particolari ma non solo quelli.

Compito nostro è tutelare che si combatta fino in ultimo per la vita ma che, una volta che è sopraggiunta la morte, i comportamenti di fronte ad essa siano rigorosi ed uguali per tutti.

Non possiamo fermarci qui.

Chi crede responsabilmente nel valore delle regole per governare i problemi della società deve farsi carico della loro corretta applicazione, deve porre in atto misure di controllo della professionalità e del comportamento dei medici, deve, soprattutto, attivare il consenso sociale. Non basta un buon testo. È indispensabile, soprattutto su argomenti così delicati e sentiti, promuovere una diffusa e corretta informazione, coinvolgere, capire e spiegare.

L'auspicio è di muovere verso una società matura dove politica, scienza e società si muovano insieme verso obiettivi comuni.

ANNA MARIA BERNASCONI, *Relatore.*

PARERE DELLA I COMMISSIONE PERMANENTE
(AFFARI COSTITUZIONALI DELLA PRESIDENZA DEL CONSIGLIO E INTERNI)

PARERE FAVOREVOLE

PARERE DELLA II COMMISSIONE PERMANENTE
(GIUSTIZIA)

(*ex* articolo 73, comma 1-*bis*)

PARERE FAVOREVOLE

con la seguente osservazione:

si valuti l'opportunità di prevedere, all'articolo 5, distinte fattispecie sanzionatorie in relazione alle diverse violazioni delle disposizioni di cui all'articolo 4, rispettivamente da parte del medico della struttura ospedaliera o da parte della direzione sanitaria.

TESTO

DELLA PROPOSTA DI LEGGE N. 3280-*ter*, RISULTANTE DALLO STRALCIO DALLA PROPOSTA DI LEGGE N. 3280, APPROVATA DAL SENATO DELLA REPUBBLICA

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte.

ART. 1.

(Accertamento della morte mediante mezzi strumentali).

1. Nei soggetti in cui si sia verificato arresto cardiaco irreversibile, la morte si intende avvenuta se l'arresto è documentato mediante rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi.

2. La morte deve essere accertata e dichiarata da un medico esperto in cardiologia.

3. Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali e sottoposti a rianimazione la definitiva ed irreversibile cessazione dell'attività cerebrale si intende avvenuta quando, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia indotta artificialmente, nonché di malattie endocrine o metaboliche, sia riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

a) stato di coma profondo accompagnato da assenza completa di riflessi del tronco cerebrale e precisamente:

1) rigidità pupillare anche alla luce incidente;

2) assenza dei riflessi corneali;

TESTO

UNIFICATO DELLA COMMISSIONE

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte.

ART. 1.

(Definizione di morte).

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

ART. 2.

(Accertamento della morte mediante mezzi strumentali).

1. Nei soggetti in cui si sia verificato arresto cardiaco irreversibile, la morte può essere accertata mediante rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi.

2. La morte è accertata e dichiarata da un medico esperto in cardiologia.

3. Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali e sottoposti a rianimazione l'irreversibile cessazione di tutte le funzioni dell'encefalo si intende avvenuta quando, in assenza documentata di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia indotta artificialmente, nonché di malattie endocrine o metaboliche, è riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

a) assenza completa di riflessi del tronco cerebrale e precisamente:

1) *identico*;

2) *identico*;

3) assenza di risposta motoria nelle regioni innervate dai nervi cranici;

4) assenza del riflesso della deglutizione;

5) assenza di tosse suscitata dalle manovre di aspirazione tracheobronchiale;

b) assenza di respirazione spontanea, pur essendo sicuramente accertata una situazione di normocapnia;

c) condizione di silenzio elettrico cerebrale.

4. L'inizio del concorso simultaneo delle condizioni di cui al comma 3 determina il momento della morte; essa deve essere accertata attraverso la loro ininterrotta presenza durante un successivo periodo di sei ore sempre in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di condizioni di ipotermia indotta artificialmente.

5. L'accertamento della morte, nel caso di cui al comma 4, deve essere effettuato da un collegio medico, nominato dal direttore o dal responsabile sanitario di cui all'articolo 3, composto da un medico legale o, in mancanza, da un anatomopatologo, da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un medico neurologo o, in mancanza, da un neurofisiopatologo o da un neurochirurgo esperto in elettroencefalografia. I componenti dell'anzidetto collegio medico devono essere dipendenti da strutture sanitarie pubbliche.

6. Ogni struttura sanitaria può attivare uno o più collegi medici. Ciascun singolo caso deve essere seguito dallo stesso collegio medico.

3) *identico*;

4) *identico*;

5) assenza del riflesso della tosse suscitata dalle manovre di aspirazione tracheobronchiale;

b) assenza di respirazione spontanea, pur essendo sicuramente accertata una situazione di ipercapnia;

c) *identica*.

4. L'inizio del concorso simultaneo delle condizioni di cui al comma 3 determina il momento della morte, che deve essere accertata attraverso la ininterrotta presenza di tali condizioni durante un successivo periodo di sei ore, sempre in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di condizioni di ipotermia indotta artificialmente.

5. Le disposizioni di cui ai commi 3 e 4 non si applicano ai soggetti di età inferiore ai cinque anni. Il Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, definisce con proprio decreto la procedura per l'accertamento di morte dei soggetti di età inferiore ai cinque anni, che si trovino nelle condizioni di cui all'alinea del comma 3.

6. L'accertamento della morte, nei casi di cui ai commi 3, 4 e 5, è effettuato da un collegio medico, nominato dalla direzione sanitaria, composto da un medico legale o, in mancanza, da un anatomopatologo, da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un medico neurofisiopatologo o, in mancanza, da un neurologo o da un neurochirurgo esperti in elettroencefalografia. I componenti del collegio medico sono dipendenti di strutture sanitarie pubbliche.

7. *Identico*.

7. Il collegio medico è abilitato ad esercitare le sue funzioni anche in strutture sanitarie diverse da quelle di appartenenza tutte le volte che non sia possibile costituire un collegio *in loco*.

8. La partecipazione al collegio è obbligatoria e rientra nei doveri di ufficio del nominato.

9. Il collegio deve esprimere un giudizio unanime circa il momento della morte.

ART. 2.

(Periodo di osservazione dei cadaveri).

1. Nessun cadavere può essere chiuso in cassa, né essere sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi, a conservazione in celle frigorifere, né essere inumato, tumulato, cremato prima che siano trascorse ventiquattro ore dal momento del decesso, salvo i casi di decapitazione o di maciullamento e salvo quelli nei quali l'accertamento avviene mediante mezzi strumentali secondo le procedure di cui all'articolo 1.

2. L'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803, è abrogato.

ART. 3.

(Obblighi per i sanitari nei casi di cessazione di attività cerebrale).

1. Quando ricorrono le condizioni di cui alla lettera a) del comma 3 dell'articolo 1 è fatto obbligo al medico della struttura ospedaliera di darne immediata comunicazione al direttore o al responsabile sanitario. Il direttore o il responsabile sanitario è tenuto a convocare prontamente il collegio medico di cui all'articolo 1.

ART. 22.

(Sanzioni amministrative).

1. Le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano vigilano, anche a

8. *Identico.*

9. La partecipazione al collegio medico è obbligatoria e rientra nei doveri di ufficio del nominato.

10. Il collegio medico deve esprimere un giudizio unanime circa il momento della morte.

ART. 3.

(Periodo di osservazione dei cadaveri).

1. Nei casi in cui l'accertamento della morte non viene effettuato secondo le procedure di cui all'articolo 2, nessun cadavere può essere chiuso in cassa, né essere sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi, a conservazione in celle frigorifere, né essere inumato, tumulato, cremato prima che siano trascorse ventiquattro ore dal momento del decesso, salvo i casi di decapitazione o di maciullamento.

ART. 4.

(Obblighi per i sanitari).

1. Quando ricorrono le condizioni di cui al comma 3 dell'articolo 2 è fatto obbligo al medico della struttura ospedaliera di darne immediata comunicazione alla direzione sanitaria, che è tenuta a convocare prontamente il collegio medico di cui all'articolo 2.

ART. 5.

(Sanzioni).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, qualora accertino

mezzo degli uffici dipendenti, sulla esecuzione della presente legge e, qualora accertino la violazione delle disposizioni contenute nei commi 4, 5 e 8 dell'articolo 1 e nell'articolo 3, irrogano le sanzioni di cui al comma 2, con le forme e le modalità previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689.

2. Senza pregiudizio per l'applicazione di sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato, chiunque non ottemperi alle disposizioni della presente legge è soggetto alla sanzione pecuniaria da lire 500.000 a lire 3.000.000.

la violazione delle disposizioni di cui all'articolo 4, irrogano la sanzione pecuniaria del pagamento di una somma da lire 500.000 a lire 3.000.000, con le forme e le modalità previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, senza pregiudizio per l'applicazione di sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato.

2. Chiunque non ottemperi alle disposizioni di cui agli articoli 2 e 3, è punito con la reclusione fino ad un anno e con l'interdizione dell'esercizio della professione sanitaria fino a due anni.

ART. 6.

(Abrogazione di norme).

1. È abrogata ogni disposizione incompatibile o in contrasto con la presente legge.

2. Per quanto non specificamente menzionato nella presente legge e purché con essa non incompatibili o non in contrasto, rimangono in vigore le norme previste dalla legge 2 dicembre 1975, n. 644.

PROPOSTE DI LEGGE

N. 550-ter

ARTT. 1-10.

.....

ART. 11.

1. Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali e sottoposti a rianimazione, si intende verificato lo stato di morte quando, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia indotta artificialmente, nonché di preesistenti malattie endocrine o metaboliche che possano causare coma o contribuire alla sua instaurazione, sia riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

a) stato di coma profondo accompagnato da assenza completa di riflessi del tronco cerebrale e precisamente:

1) rigidità pupillare anche alla luce incidente;

2) assenza dei riflessi corneali ed oculovestibolari;

3) assenza di risposta motoria nei territori innervati dai nervi cranici;

4) assenza di deglutizione riflessa; assenza di tosse suscitata dalle manovre di aspirazione tracheobronchiale;

b) assenza di respirazione spontanea nonostante una situazione sicuramente accertata di normocapnia;

c) assenza di potenziali elettrici cerebrali superiori a 8 micro V.

2. L'inizio e la simultaneità delle condizioni predette determinano il momento della morte, ma questa deve essere accertata attraverso la loro ininterrotta pre-

senza durante un successivo periodo di almeno dodici ore, sempre in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di condizioni di ipotermia indotta artificialmente.

3. Le condizioni di cui alla lettera a) del comma 1 devono essere controllate e rilevate ad intervalli di tempo non superiore ad un'ora.

4. Le condizioni di cui alla lettera b) del comma 1 devono essere controllate almeno una seconda volta nel corso delle dodici ore di osservazione, avendo cura di garantire ogni volta sicure condizioni di ossigenazione (sia attraverso ventilazione strumentale, che per diffusione) o di normocapnia o di ipercapnia (definita da una pressione parziale dell'anidride carbonica nel sangue arterioso non inferiore a 40 millimetri di mercurio misurati a 37 gradi centigradi).

5. L'accertamento dell'assenza di attività elettrica cerebrale dovrà essere effettuato per periodi di trenta minuti primi, ripetuti dopo sei ore e dopo undici ore e trenta minuti primi di osservazione, attraverso un minimo di otto elettrodi piazzati simmetricamente sulla teca cranica alla distanza di almeno dieci centimetri l'uno dall'altro, o comunque a distanza tale da assicurare l'esplorazione elettroencefalografica dell'intera corteccia.

6. Qualora durante il periodo di osservazione si verifichi la cessazione spontanea dell'attività cardiaca, l'accertamento della morte viene effettuato con le modalità

7.

8. Il periodo di accertamento di cui al secondo comma può essere ridotto a sei ore qualora si possa documentare mediante metodi analitici appropriati l'assenza di sostanze ipnotiche e depressive del sistema nervoso. In tal caso le condizioni di cui alle lettere a) e b) del comma 1 dovranno essere comunque controllate immediatamente prima del compimento della sesta ora.

9. Le condizioni e le modalità di accertamento come innanzi stabilito possono essere modificate sulla base di nuove acquisizioni scientifiche, mediante

X LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

decreto del Presidente della Repubblica su proposta del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

ART. 12.

1. L'accertamento della morte nei casi di cui all'articolo 11 deve essere effettuato da un collegio medico, designato dalla direzione sanitaria, composto da un medico legale o, in mancanza, da un anatomico-patologo, o da un medico della direzione sanitaria, da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un medico neurologo o, in mancanza, da un neurofisiopatologo o da un neuropsichiatra infantile o da un neurochirurgo esperto in elettroencefalografia.

2. Il collegio deve esprimere un giudizio unanime circa il momento della morte.

3.

4.

ARTT. 13-23.

.....
.....
.....
.....

ART. 24.

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano vigilano, anche a mezzo degli uffici dipendenti, sulla esecuzione della presente legge e, qualora accertino la violazione delle disposizioni

contenute nella stessa, irrogano le sanzioni di cui al comma successivo con le forme e le modalità previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689.

2. Senza pregiudizio per l'applicazione di sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato, chiunque non ottemperi alle disposizioni della presente legge è sottoposto alla sanzione pecuniaria da lire 500.000 a lire 3.000.000.

3. La predetta sanzione non si applica congiuntamente alle pene previste dal successivo articolo 27

ARTT. 25-26.

.....
.....
.....
.....

ART. 27.

1. La inosservanza delle disposizioni relative alle condizione e modalità di accertamento della morte di cui agli articoli . . 11, commi 2 e 8, e 12, commi 1 e 2, della presente legge, è punita, salvo che il fatto non costituisca più grave reato, con la reclusione da sei mesi a tre anni.

ART. 28.

.....
.....
.....

N. 1598-ter

ARTT. 1-9.

.....
.....
.....
.....

ART. 10.

1. La morte deve essere accertata da un collegio di almeno tre medici, di cui uno esperto in cardiologia ed uno in elettroencefalografia.

- 2.
- 3.

ARTT. 11-13.

.....
.....
.....
.....

N. 2053-ter

ARTT. 1-3.

.....
.....
.....
.....

ART. 4.

(Accertamento della morte da arresto cardiaco).

1. Ai sensi e per gli effetti della presente legge, in caso di arresto cardiaco irreversibile, l'accertamento della morte deve essere effettuato mediante il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi.

2. La morte deve essere accertata e dichiarata da un medico esperto in cardiologia.

ART. 5.

(Definizione di morte cerebrale).

1. Nei soggetti colpiti da lesioni cerebrali e sottoposti a rianimazione la definitiva ed irreversibile cessazione dell'attività cerebrale si intende verificata quando, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia indotta artificialmente, nonché di malattie endocrine o metaboliche da accertare clinicamente, sia riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

a) stato di coma profondo accompagnato da assenza completa di riflessi del tronco cerebrale e precisamente:

1) rigidità pupillare anche alla luce incidente;

2) assenza di riflessi corneali;

3) assenza di risposta motoria nei territori innervati dai nervi cranici;

4) assenza del riflesso della deglutizione; assenza di tosse suscitata dalle manovre di aspirazione tracheobronchiale;

b) assenza di respirazione spontanea nonostante una situazione sicuramente di normocapnia;

c) condizione di silenzio elettrico cerebrale.

2. L'inizio e la simultaneità delle condizioni predette determinano il momento della morte, ma questa deve essere accertata attraverso la loro ininterrotta presenza durante un successivo periodo di sei ore sempre in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di condizioni di ipotermia indotta artificialmente.

3. Le modalità di accertamento delle condizioni dei cui ai commi 1 e 2 sono determinate con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

4.
5.

ART. 6.

(Condizioni per la denuncia di morte cerebrale).

1. L'accertamento della morte nei casi di cui all'articolo 5 deve essere effettuato da un collegio medico, nominato dalla direzione sanitaria, composto da un medico legale o, in mancanza, da un anatomo-patologo, da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un neurofisiopatologo o, in mancanza, da un medico neurologo o da un neurochirurgo, esperti in elettroencefalografia.

2. Ogni struttura sanitaria può attivare uno o più collegi medici. Ciascun singolo caso deve essere seguito dallo stesso collegio medico. Il collegio medico è abilitato ad esercitare le sue funzioni anche in presidi ospedalieri e unità sani-

tarie locali diversi da quelli di appartenenza, quando non sia possibile costituire un collegio *in loco*.

3. La partecipazione al collegio è obbligatoria e rientra negli obblighi di ufficio del nominato.

4. Il collegio deve esprimere un giudizio unanime circa il momento della morte.

5.

ART. 7.

(Equiparazione di norme).

1. Gli accertamenti di morte di cui agli articoli 4 e 5 equivalgono a quelli previsti dall'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803.

ARTT. 8-20.

.
.
.
.

ART. 21.

(Sanzioni amministrative).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano vigilano, anche a mezzo degli uffici dipendenti, sulla esecuzione della presente legge e, qualora accertino la violazione delle disposizioni contenute nella stessa, irrogano le sanzioni di cui al comma 2, con le forme e le modalità previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689.

2. Senza pregiudizio per l'applicazione di sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato, chiunque non ottemperi alle disposizioni della presente legge è soggetto alla sanzione pecuniaria da lire un milione a lire dieci milioni da aggiornare ogni anno, a partire dalla data di presentazione del progetto, in base all'indice Istat.

ARTT. 22-23.

.
.
.
.

ART. 24.

(Sanzioni in caso di inosservanza delle modalità di accertamento della morte).

1. La inosservanza delle disposizioni relative alle condizioni e modalità di accertamento della morte di cui all'articolo 4, all'articolo 5, comma 2, e all'articolo 6, commi 1 e 4, è punita, salvo che il fatto non costituisca più grave reato, con la reclusione da sei mesi a tre anni e con la multa da lire cinque milioni a lire cinquanta milioni, da aggiornare ogni anno, a partire dalla data di presentazione del progetto, in base all'indice Istat.

ART. 25.

.
.
.

N. 2211-ter

ART. 1.

(Definizione di morte).

1. La morte è la cessazione irreversibile delle funzioni dell'encefalo.

2. Essa può essere determinata da arresto cardiaco o da lesioni dirette dell'encefalo.

ARTT. 2-5.

.....
.....
.....
.....

ART. 6.

(Criteri e modalità per l'accertamento della morte da arresto cardiaco).

1. Ai sensi e per gli effetti della presente legge, in caso di arresto cardiaco irreversibile, l'accertamento della morte deve essere effettuato mediante il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi.

2. La morte deve essere accertata e dichiarata da due medici, di cui uno esperto in cardiologia

.....
.....

ART. 7.

(Criteri per l'accertamento della morte cerebrale).

1. Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali e sottoposti a rianimazione la morte si verifica quando, in assenza di fattori tossici endocrini o metabolici o di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia indotta artificialmente, sia riscontrata la

contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

a) assenza completa dei riflessi del tronco cerebrale e precisamente:

- 1) rigidità pupillare alla luce;
- 2) assenza dei riflessi corneali;
- 3) assenza dei riflessi oculo cefalici e vestibolo oculari;
- 4) assenza di risposta motoria nei territori innervati dai nervi cranici;
- 5) assenza del riflesso di tosse suscitata dalle manovre di aspirazione tracheobronchiale;

b) assenza di respirazione spontanea nonostante una situazione sicuramente accertata di normocapnia;

c) condizione di silenzio elettrico cerebrale.

2. L'inizio e la simultaneità delle condizioni predette determinano il momento della morte, ma questa deve essere accertata attraverso la loro persistenza durante un successivo periodo di sei ore sempre in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di condizioni di ipotermia indotta artificialmente.

3. Le modalità di accertamento delle condizioni di cui ai commi 1 e 2 sono determinate con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio superiore di sanità.

ARTT. 8-9.

.....
.....
.....
.....

ART. 10.

(Equiparazione di norme).

1. Gli accertamenti di morte di cui all'articolo 7 equivalgono a quelli previsti dall'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803.

ARTT. 11-25.

.....
.....
.....
.....

ART. 26.

(Sanzioni amministrative).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano vigilano, anche a mezzo degli uffici dipendenti, sulla esecuzione della presente legge e, qualora accertino la violazione delle disposizioni contenute nella stessa, irrogano le sanzioni di cui al comma 2, con le forme e le modalità previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, e successive modificazioni ed integrazioni.

2. Senza pregiudizio per l'applicazione di sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato, chiunque non ottemperi alle disposizioni della presente legge è soggetto alla sanzione pecuniaria da lire cinquecentomila a lire tremilioni.

3. La predetta sanzione non si applica congiuntamente alle pene previste dall'articolo 29

ARTT. 27-28.

.....
.....
.....
.....

ART. 29.

(Sanzioni in caso di inosservanza delle modalità di accertamento della morte).

1. La inosservanza delle disposizioni relative alle condizioni e modalità di accertamento della morte di cui all'articolo 6, all'articolo 7, comma 2, è punita, salvo che il fatto non costituisca più grave reato, con la reclusione da sei mesi a tre anni.

ARTT. 30-32.

.....
.....
.....
.....

N. 4613

ART. 1.

(Definizione di morte).

1. La morte si identifica con la cessazione delle funzioni dell'encefalo.

2. Essa può essere determinata da arresto cardiaco o da lesioni dell'encefalo.

ART. 2.

(Accertamento della morte mediante mezzi strumentali).

1. Nei soggetti in cui si sia verificato arresto cardiaco irreversibile, la morte si intende avvenuta se l'arresto è documentato mediante rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi.

2. La morte deve essere accertata e dichiarata da un medico esperto in cardiologia.

3. Nei soggetti affetti da lesioni cerebrali e sottoposti a rianimazione la morte si intende avvenuta quando, in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di ipotermia nonché di fattori tossici endocrini o metabolici, sia riscontrata la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

a) assenza completa di riflessi del tronco cerebrale e precisamente:

1) rigidità pupillare anche alla luce incidente;

2) assenza dei riflessi corneali;

3) assenza di risposta motoria nelle regioni innervate da nervi cranici;

4) assenza del riflesso della tosse suscitato dalle manovre di aspirazione tracheobronchiale;

b) assenza di respirazione spontanea, pur essendo sicuramente accertata una situazione di ipercapnia;

c) condizione di silenzio elettrico cerebrale.

4. L'inizio e la simultaneità delle condizioni di cui al comma 3 determina il momento della morte nelle persone di età superiore ai 5 anni; essa deve essere accertata attraverso la loro persistenza durante un successivo periodo di sei ore sempre in assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di condizioni di ipotermia indotta artificialmente.

5. L'accertamento della morte, nel caso di cui al comma 4, deve essere effettuato da un collegio medico, nominato dalla direzione sanitaria, composto da un medico legale o, in mancanza, da un anatomo-patologo, da un medico specialista in anestesia e rianimazione e da un medico neurofisiopatologo o, in mancanza, da un neurologo o da un neurochirurgo esperto in elettroencefalografia. I componenti dell'anzidetto collegio medico devono essere dipendenti da strutture sanitarie pubbliche.

6. Ogni struttura sanitaria può attivare uno o più collegi medici. Ciascun singolo caso deve essere seguito dallo stesso collegio medico.

7. Il collegio medico è abilitato ad esercitare le sue funzioni anche in strutture sanitarie diverse da quelle di appartenenza tutte le volte che non sia possibile costituire un collegio in loco.

8. La partecipazione al collegio è obbligatoria e rientra nei doveri di ufficio del nominato.

9. Il collegio deve esprimere un giudizio unanime circa il momento della morte.

ART. 3.

(Periodo di osservazione dei cadaveri).

1. Nessun cadavere può essere chiuso in cassa, né sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi, a conservazione in celle frigorifere, né essere inumato, tumulato, cremato prima che siano trascorse ventiquattro ore dal momento del

decesso, salvo i casi di decapitazione o di maciullamento e salvo quelli nei quali l'accertamento avviene secondo le procedure di cui all'articolo 2.

2. L'articolo 8 del decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803, è abrogato.

ART. 4.

(Obblighi per i sanitari nei casi di cessazione di attività cerebrale).

1. Quando ricorrono le condizioni di cui alla lettera *a*) del comma 3 dell'articolo 2 è fatto obbligo al medico della struttura ospedaliera di darne immediata

comunicazione alla direzione sanitaria, che è tenuta a convocare prontamente il collegio medico di cui al comma 5 dell'articolo 2.

ART. 5.

(Sanzioni in caso di inosservanza dalle modalità di accertamento della morte).

1. La inosservanza delle disposizioni relative alle condizioni e modalità di accertamento della morte è punita, salvo che il fatto non costituisca più grave reato, con la reclusione da sei mesi a tre anni.