

CAMERA DEI DEPUTATI N. 4613

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

BORRA, BERNASCONI, ARTIOLI, BOGI, BATTISTUZZI, ARMELLIN, BARBIERI, BENEVELLI, BRUNETTO, CASTAGNETTI PIERLUIGI, CRISTONI, FERRARA, FRONZA CREPAZ, MORONI, PERANI, PICCIRILLO, POGGIOLINI, RAVASIO, RENZULLI, RIVERA, SARETTA, TAGLIABUE, VIOLANTE, VOLPONI

Presentata il 22 febbraio 1990

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte

ONOREVOLI COLLEGHI! — I progressi della rianimazione ed, in particolare, delle terapie strumentali finalizzate al sostegno delle principali funzioni vitali pur allargando i margini della prognosi, spesso hanno contribuito a generare situazioni nuove, del tutto imprevedibili fino a qualche decennio fa.

Ad esse sono conseguite problematiche non solo tecnico-scientifiche, ma anche etiche, deontologiche e giuridiche di grande rilevanza.

Tra tutte acquista particolare significato la definizione di una entità nosografica del tutto sconosciuta nell'era precedente la moderna rianimazione: la « morte cerebrale », cioè l'identificazione

della morte della persona con la cessazione definitiva ed irreversibile della completa funzione di un singolo organo, il cervello.

La riflessione sulla morte ha accompagnato tutta la storia dell'uomo. In alcune civiltà del passato, come l'egizia, l'importanza attribuita alla morte e all'ipotetica vita dopo di essa era tale da improntare tutta l'esistenza: ne fanno fede gli impressionanti monumenti sepolcrali che quella civiltà ci ha lasciato.

In altre culture, come la nostra, la morte ed i suoi riti, pur non giocando un ruolo così grande, sono nondimeno al centro della vita religiosa ed occupano un posto di rilievo nella riflessione filosofica.

Lo sviluppo della scienza moderna, e della biologia in particolare, non poteva non avere una forte influenza sulla percezione sociale del problema della morte, che non è stata di segno univoco e anzi è molto mutata nei diversi periodi storici.

Nella seconda metà del Settecento e nel primo Ottocento alcune scoperte, in particolare l'ipnosi, la respirazione artificiale e gli effetti dell'elettricità sull'organismo (la possibilità di provocare con scosse elettriche contrazioni dei muscoli e di ripristinare il battito cardiaco), dimostrarono scientificamente l'esistenza di stati di « morte apparente » e prospettarono la reversibilità di alcuni di questi stati con tecniche appropriate.

Uno degli effetti sociali di queste nuove conoscenze fu il diffondersi dell'incertezza sulla determinazione di morte e del panico di essere sepolti vivi, ben testimoniato dalla famosa novella di Edgar Allan Poe « L'inumazione prematura ».

Vennero fondate società per la prevenzione della sepoltura anzitempo e diversi Stati vararono regolamenti di polizia mortuaria che imponevano un periodo di attesa (di almeno 24 ore) fra il momento della morte e il seppellimento.

Nella seconda metà dell'Ottocento gli ulteriori progressi scientifici, fra i quali va annoverata l'invenzione di nuovi strumenti di diagnosi (come lo stetoscopio), favorirono l'instaurarsi di un nuovo clima di fiducia nell'attendibilità dell'accertamento della morte; contemporaneamente si istituì l'obbligatorietà del certificato medico di morte.

Gli sviluppi scientifici più recenti in questo secolo hanno modificato la situazione. Anzitutto è stato dimostrato sperimentalmente che la vita dell'organismo può essere dissociata da quella delle sue componenti: oggi è pratica corrente in biologia ed in medicina la coltura in vitro di cellule e di tessuti; organi interiori possono essere prelevati da un organismo ed essere mantenuti in vita in ambiente artificiale; sono stati realizzati, dapprima nell'animale, poi anche nell'uomo, trapianti di organi e tessuti. Fa parte ormai del senso comune la nozione che un or-

gano prelevato da un cadavere può sopravvivere per anni in un altro organismo ed anzi consentire a questo un lungo e proficuo periodo di vita.

Dunque è ora divenuto chiaro che la morte biologica non colpisce simultaneamente tutti gli apparati: ciò che è davvero rilevante è la perdita della capacità dell'organismo di funzionare come un tutto.

Mentre le scienze biologiche chiarivano questo punto fondamentale, venivano sviluppate nuove tecniche di rianimazione (la ventilazione artificiale, i *pacemakers*, le pompe che suppliscono, sia pure per periodi limitati, la funzione cardiaca). Attraverso di esse è diventato possibile esplicitare artificialmente le grandi funzioni del circolo e del respiro, sull'arresto delle quali erano basati i criteri per accertare la morte.

Una conseguenza dell'introduzione di queste tecniche è stata il verificarsi di alcuni stati clinici sconosciuti in passato: la morte cerebrale e lo stato vegetativo persistente.

Fino a non molti anni fa il momento della morte era identificato con la cessazione del respiro.

La rianimazione, con l'assistenza meccanica del respiro, dimostrò come la funzione respiratoria poteva essere vicariata anche per tempi lunghissimi; il momento iniziale della morte venne, allora, riferito alla cessazione dell'attività cardiaca.

In effetti, quando l'arresto cardiaco documentato con registrazione continua elettrocardiografica dura da non meno di venti minuti, è possibile affermare con assoluta certezza che la persona è morta.

Dopo venti minuti di arresto della circolazione del sangue, la funzione cerebrale resta definitivamente e totalmente perduta.

Però, il miglioramento delle tecniche rianimative consente una efficace assistenza meccanica del circolo e molti pazienti in arresto cardiaco possono essere recuperati ad una vita normale.

Pertanto, la sospensione dell'attività del cuore non corrisponde inevitabilmente alla morte dell'intero organismo.

Un cuore può essere sostituito senza interferire con l'integrità psico-somatica della persona.

Per questi motivi, attualmente, l'unico vero criterio clinico per diagnosticare l'avvenuto decesso è la « morte cerebrale ».

Il termine di morte cerebrale, coniato nel 1968 da una commissione medica insediata presso l'università di Harvard, si riferisce ad una condizione clinica in cui un paziente, colpito da un danno cerebrale gravissimo, non manifesta più alcun segno di funzionalità del cervello, pur mantenendo (grazie alla ventilazione artificiale) le funzioni respiratoria e circolatoria. Questo stato, anche se la ventilazione meccanica viene proseguita ad oltranza, non dura più di alcuni giorni e si conclude inevitabilmente con l'arresto cardiaco (la morte « tradizionale »). Da questa constatazione nasce il suggerimento, fatto proprio dalla commissione di Harvard, di considerare a tutti gli effetti questo stato come equivalente alla morte. Non è stata estranea a questa proposta l'esigenza, da parte dei chirurghi che sperimentavano i trapianti, di disporre di organi non deteriorati dal processo agonico e quindi prelevati da organismi con un circolo e un respiro ancora validi.

Questa proposta è stata accolta nelle legislazioni della maggior parte dei Paesi occidentali, Italia compresa (1975). Essa non ha però mancato di sollevare nell'opinione pubblica perplessità di diverso ordine.

Infatti, rimettendo in discussione il tradizionale criterio cardiorespiratorio ed introducendo, per l'accertamento della morte, una procedura assai più sofisticata che in passato, essa ha fatto rinascere i dubbi sopiti sulla certezza della morte e, in connessione con la questione dei trapianti, il timore che i morenti possano diventare prematuri donatori di organi.

Lo stesso dispositivo di legge, che prevede in sostanza due diversi tipi di accertamento (per la morte « cardiaca » e per la morte « cerebrale ») e un complesso *iter* in caso che si prospetti la donazione di organi, non poteva non suscitare dubbi e riserve.

Sembra strano all'uomo della strada che un evento così chiaro ed ineluttabile come la morte debba essere definito in modi diversi e collegato con attività che, pur socialmente utili, sono di per sé del tutto estranee allo stesso.

Approvare la definizione di « morte cerebrale » non significa, però, ridefinire il concetto di morte, ma soltanto espandere il nostro modo di identificare la morte così da essere preparati ad utilizzare due formulazioni alternative: quella tradizionale di morte cardiaca e quella innovativa della morte cerebrale. Ambedue identificano, comunque, l'essenza del concetto di morte e cioè la perdita totale ed irreversibile dell'unitarietà funzionale della persona.

La « morte cerebrale » è oggi universalmente accettata dalla morale, dalla giurisprudenza e dalla medicina; è, però, di difficile comprensione per il pubblico; vedendo, infatti, che il corpo espande la cassa toracica e, grazie ad una normale funzione cardiocircolatoria, conserva anche alcune altre caratteristiche proprie della vita, può riuscire difficile crederlo deceduto.

Non vi è, peraltro, dubbio alcuno che questi siano cadaveri e, una volta persa la funzione cerebrale, essi in nessun modo possano essere richiamati in vita.

Anche la Pontificia Accademia delle Scienze, nell'ottobre 1985, ha approvato, in riferimento agli aspetti connessi al « prolungamento artificiale della vita e all'esatta determinazione del momento della morte », un documento dal quale si evince la seguente definizione della morte: « una persona è morta quando ha subito una perdita irreversibile di ogni capacità di integrare e coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo ».

La morte è sopravvenuta quando sono definitivamente cessate le spontanee funzioni cardiache e respiratorie, o ha avuto luogo un arresto irreversibile di ogni funzione cerebrale ».

Pertanto, la « morte cerebrale » rappresenta il vero criterio del decesso dal momento che l'arresto definitivo delle funzioni cardio-respiratorie implica assai rapidamente la morte dell'encefalo.

In altri termini la persona cessa di esistere nel momento in cui nel suo corpo si instaura lo stato di morte cerebrale, sia esso primitivo o susseguente all'arresto cardio-circolatorio per almeno 20 minuti.

Possiamo, pertanto, definire la morte come la cessazione irreversibile delle funzioni dell'encefalo: essa può essere determinata da arresto cardiaco o da lesioni dirette dell'encefalo.

Ad ulteriore chiarimento di quanto precedentemente espresso, riteniamo utile richiamare l'evoluzione del concetto di morte, così come espressa dal professor Christopher Pallis.

Pallis definisce la morte come « la perdita irreversibile delle capacità di essere coscienti combinata con la perdita irreversibile di respirare e, pertanto, di mantenere un battito cardiaco spontaneo » e, giustamente, sostiene che « i criteri appropriati per dimostrarla sono i segni fisici della morte del tronco cerebrale ».

La perdita irreversibile delle funzioni del « tronco encefalico » rappresenta oggi il « punto di non ritorno » e, pertanto, la morte.

Nella legislazione vigente ai metodi « tradizionali » di diagnosi ed accertamento della morte previsti dal decreto del Presidente della Repubblica 21 ottobre 1975, n. 803 (regolamento di polizia mortuaria) si sono aggiunti metodi « precoci » di accertamento della realtà della morte (legge 2 dicembre 1975, n. 644, concernente la disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico e relativo regolamento di esecuzione, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 16 giugno 1977, n. 409), essenzialmente finalizzati al prelievo di organi da cadavere per trapianto terapeutico.

In questa fattispecie si pone la necessità di procedere ad una diagnosi sempre più precoce di morte che contemperi la duplice garanzia di avere la certezza più assoluta sulla morte clinica del donatore, da una parte, e la conservazione di una

sufficiente « vitalità » dell'organo da trapiantare, ancorché artificialmente mantenuta, tale da consentire le maggiori probabilità di successo del trapianto, dall'altra.

La normativa di cui alla legge n. 644 del 1975, precisa poi i soggetti (personale medico qualificato), cui è affidato questo accertamento, le evenienze e le modalità con le quali lo stesso dovrà avvenire.

Relativamente ai soggetti legittimati ad accertare la realtà della morte, la normativa sui trapianti si preoccupa di stabilire che gli stessi posseggano una « adeguata capacità tecnica » e che non vi sia interferenza (estraneità assoluta) tra i medici che partecipano collegialmente all'accertamento della morte e la *équipe* che esegue l'espianto o il trapianto.

Le evenienze previste si riducono sostanzialmente a due:

1) che si tratti di soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive ricoverati presso enti ospedalieri ed istituti universitari. In questo caso l'accertamento della morte sarà fatto da un collegio medico costituito da un medico-legale, da un anestesista rianimatore e da un neurologo esperto in elettroencefalografia;

2) in tutti gli altri casi la morte deve essere accertata da un collegio di tre medici di cui uno esperto in cardiologia ed uno esperto in elettroencefalografia.

Nelle due distinte evenienze sono altresì previste difformi modalità tecniche di accertamento e più precisamente:

I) nei cerebrolesi sottoposti a rianimazione (articolo 4 della legge n. 644 del 1975), dovrà essere osservata la ininterrotta presenza, per un periodo complessivo di 12 ore, delle seguenti condizioni:

1) stato di coma profondo accompagnato da:

a) astenia muscolare;

b) ariflessia tendinea dei muscoli scheletrici innervati dai nervi cranici;

c) indifferenza dei riflessi plantari;

d) midriasi paralitica con assenza del riflesso cordoneale e del riflesso pupillare alla luce;

2) assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale;

3) assenza di attività elettrica cerebrale, spontanea e provocata.

Le condizioni di cui ai numeri 1) e 2) devono essere controllate ad intervalli di tempo non superiori ad un'ora; quella di cui al numero 3) dovrà essere effettuata per periodi di trenta minuti primi, ripetuti per ogni quattro ore, durante le dodici ore di osservazione.

Durante lo stesso periodo dovrà aversi cura che non siano somministrati farmaci depressivi del sistema nervoso centrale né che siano indotte artificialmente condizioni di ipotermia.

II) In tutti gli altri casi (articolo 3 della legge n. 644 del 1975), quando il corpo di una persona deceduta viene destinato ad operazioni di prelievo di organi a fini di trapianto terapeutico (ivi comprese le operazioni di prelievo della cornea), dovranno essere osservate le seguenti condizioni:

1) assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione, per due minuti primi, di quella artificiale;

2) assenza di attività elettrica cerebrale, spontanea e provocata (rilievo elettroencefalografico);

3) rilievo continuo di elettrocardiogramma protratto per non meno di venti minuti primi.

Le modalità di cui ai numeri 1), 2) e 3) andranno osservate ed applicate anche nei casi in cui, iniziata l'osservazione di un soggetto cerebroleso con le modalità suesposte, intervenga nel corso della osservazione un arresto cardiaco spontaneo.

Il momento, giuridicamente rilevante, della morte è costituito dall'inizio della coesistenza delle condizioni più sopra

previste, sia nel caso dei cerebrolesi che nelle ipotesi diverse.

I collegi medici legittimati all'accertamento della morte devono esprimere un giudizio unanime circa il momento della morte (che verrà quindi, ad esempio, retrodatata di dodici ore rispetto al termine del periodo di osservazione, nel caso dei cerebrolesi) con ciò rispondendo la norma a precise esigenze nei confronti del donatore (principio della collegialità e della unanimità, secondo cui ad ogni componente del collegio è attribuita una sorta di diritto di « veto »).

Ai fini del controllo dell'attività dei predetti sanitari, sia dal punto di vista giuridico che sul piano tecnico-sanitario, è poi previsto, secondo il principio della adeguatezza della motivazione che delle operazioni di accertamento della morte (come, del resto, delle operazioni di prelievo) devono essere redatti e sottoscritti appositi verbali i cui originali rimangono custoditi negli archivi dell'ente ospedaliero ove è stato eseguito l'espianto e copia di essi dovrà essere trasmessa, entro le quarantotto ore successive, al procuratore della Repubblica e al medico provinciale competente per territorio.

Al fine di evitare che insorga il dubbio che ci si trovi di fronte ad una modalità di accertamento della morte riservata solo per potere prelevare organi e tessuti; al fine di evitare la prosecuzione di attività di rianimazione da parte del medico quando sono presenti le condizioni proprie della morte cerebrale nel caso in cui il cadavere — perché di cadavere si tratta — non sia destinato ad operazioni di prelievo di organi a scopo di trapianto, che può significare « adoperare un cadavere a scopi scientifici o didattici » in casi non consentiti dalla legge, configurandosi in tale ipotesi il delitto di uso illegittimo di cadavere ai sensi dell'articolo 413 del codice penale; al fine di garantire un accertamento rigoroso della morte nelle medesime condizioni uniformi per tutti, si ritiene necessaria una legge che, nel rispetto della sacralità della persona umana e del diritto alla vita, detti norme al solo scopo di accertare la morte.

Si potranno, così, fugare paure e pregiudizi nei confronti di una corretta diagnosi di morte, in quanto l'identificazione del momento iniziale della cessazione della vita avviene attraverso criteri scientificamente dimostrati e superare problemi giuridici e medico-legali che l'attuale legislazione solleva con conseguente disomogeneità dei comportamenti sul territorio nazionale.

Sulla scorta di quanto precedentemente esposto, all'articolo 1 della presente

proposta di legge si definisce la morte come la cessazione irreversibile delle funzioni dell'encefalo determinata da arresto cardiaco o da lesioni dirette dell'encefalo.

All'articolo 2 si dettano le modalità di accertamento della morte.

L'articolo 3 impone un periodo di osservazione del cadavere al fine di accertare il decesso.

L'articolo 4 e l'articolo 5 stabiliscono gli obblighi per il personale sanitario e le relative sanzioni.

PROPOSTA DI LEGGE

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 anatomico-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.