

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2880

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

PETRINI, CASTELLANETA, PIVETTI, CALDEROLI, MAURIZIO BALOCCHI, DOSI, MAGISTRONI, LATRONICO, MAZZETTO, MAGNABOSCO, ONGARO, FRONTINI, TERZI, MATTEJA, ANTONIO MAGRI, COMINO, PROVERA, POLLI, FLEGO

Norme per l'accertamento e la certificazione di morte

Presentata il 6 luglio 1993

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il concetto di morte non è univoco in quanto la cessazione di tutte le attività biologiche proprie di un organismo non si realizza in modo totale ed istantaneo. In termini biologici la morte è un processo evolutivo che riguarda progressivamente le cellule dei diversi tessuti e le relative strutture subcellulari in base alla diversa tolleranza iposica delle stesse residuandone uno strascico di vita biochimica con i processi enzimatici colliquativo-putrefattivi. Alcune strutture cellulari sopravvivono a lungo, è noto per esempio che unghie e capelli crescono ancora dopo la morte, e ciò ha creato, insieme ad altre fenomenologie, la credenza popolare che potesse esistere una morte apparente, credenza assurta ai fasti dell'arte letteraria con Poe e Shakespeare e responsabile della cultura tanatofobica

che ancora permea la nostra società e di cui vi è traccia evidente nella nostra legislazione.

È peraltro chiaro che la morte biologica dell'organismo non può identificare la morte della persona non potendosi ritenere « vita » la mera sussistenza di strutture biologiche in declino funzionale. Essendo la morte biologica la logica e ineluttabile conseguenza della cessazione di quelle funzioni dell'organismo definite appunto « vitali » — la circolazione ematica e la respirazione attraverso le quali tutte le strutture organiche vengono rifornite di ossigeno — il momento della morte deve convenientemente identificarsi nell'evento che renderà ineluttabile ed irreversibile la morte biologica e tale evento è la perdita irreversibile dell'unità funzionale dell'organismo. Poichè all'unità funzionale prov-

vede in modo esclusivo l'encefalo, è possibile riconoscere la morte della persona nella cessazione totale ed irreversibile della funzione cerebrale. Si noti che questo concetto non comporta nessuna sostanziale novità dottrinale anche se, per la inevitabile prevalenza del dato pratico sul dato teorico, potendosi più facilmente esplorare la funzionalità cardiaca nei confronti della funzionalità cerebrale, l'accertamento della morte, nella pratica clinica, è sempre gravitato attorno all'indagine della funzione cardiaca. L'assunto che la cessazione della funzionalità cardiaca comporta con stretta sequenzialità temporale la cessazione della funzionalità cerebrale e viceversa, ha portato infine a considerare unitari i due momenti fenomenologici e a identificare la morte con la « morte cardiaca » fin tanto che, nei primi anni cinquanta, lo sviluppo delle tecniche di rianimazione ed in particolare della ventilazione artificiale, ha reso esplicita la duplicità della fenomenologia rendendosi possibile la morte cardiaca in assenza di morte cerebrale e la morte cerebrale in assenza di morte cardiaca e riportando con ciò la funzione cerebrale alla centralità teoretica che le compete. Si svilupparono conseguentemente le tecniche di indagine clinico-strumentali necessarie a trasferire nella pratica queste riscoperte acquisizioni teoriche e si arrivò a riconoscere clinicamente la totale ed

irreversibile cessazione dell'attività cerebrale nei soggetti sottoposti a rianimazione cardiorespiratoria con ciò definendosi la « morte cerebrale »; in questa situazione i presidi farmacologici e meccanici sono tali da rallentare i processi della morte biologica aprendo la frontiera dei trapianti d'organo. Ne era però scaturita una confusione terminologica: infatti la morte è sempre « morte cerebrale » e la « morte cardiaca » giustifica la sua terminologia soltanto laddove si voglia identificare il *primus movens* della morte; inoltre l'aver finalizzato il riconoscimento della impropriamente definita « morte cerebrale » con le esigenze dei trapianti d'organo ha ingenerato inquietudini e sospetti nell'opinione pubblica apparendo al profano che vi fossero modi diversi di morire e che alcune modalità potessero essere strumentali ad esigenze estranee al defunto. Il presente progetto di legge si propone pertanto di ridare unicità al concetto di morte, imponendo che essa sia sempre riconosciuta anche quando presidi rianimatori alterano la normale sequenzialità dei processi tanatologici, demandando ad un organo tecnico la definizione delle metodiche clinico-strumentali necessarie all'accertamento della morte ed affidandola nei casi sottoposti a rianimazione ad un organo collegiale a garanzia del rigore procedurale richiesto.

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Definizione di morte).

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

ART. 2.

(Accertamento di morte).

1. La morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e può essere accertata con le modalità definite con decreto emanato dal Ministro della sanità.

2. La morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con le modalità clinico-strumentali definite con decreto emanato dal Ministro della sanità.

3. Il decreto del Ministro della sanità di cui ai commi 1 e 2 è emanato entro quattro mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere obbligatorio e vincolante del Consiglio superiore di sanità, che deve esprimersi dopo aver sentito le società medico-scientifiche competenti nella materia. I successivi eventuali aggiornamenti e modifiche del citato decreto sono disposti con la medesima procedura.

4. Il decreto del Ministro della sanità di cui al comma 2 definisce le condizioni la cui presenza simultanea determina il momento della morte e definisce il periodo di osservazione durante il quale deve verificarsi il perdurare di tali condi-

zioni, che non può essere inferiore alle sei ore. Il citato decreto deve tener conto delle peculiarità dei soggetti di età inferiore ai cinque anni.

5. L'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie è effettuato da un collegio medico nominato dalla direzione sanitaria, composto da un medico legale o, in mancanza, da un medico di direzione sanitaria o 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 esperti in elettroencefalografia. I componenti del collegio medico sono dipendenti di strutture sanitarie pubbliche.

6. In ogni struttura sanitaria pubblica, la direzione sanitaria nomina uno o più collegi medici per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie. Ciascun singolo caso deve essere seguito dallo stesso collegio medico.

7. Il collegio medico è tenuto ad esercitare le sue funzioni anche in strutture sanitarie diverse da quella di appartenenza. Le case di cura private devono avvalersi per l'accertamento della morte nel caso di cui al comma 2 dei collegi medici costituiti nelle strutture sanitarie pubbliche.

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

9. Il collegio medico deve esprimere un giudizio unanime sul momento della morte.

ART. 3.

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

1. Quando il medico della struttura sanitaria ritiene che sussistano le condizioni definite dal decreto del Ministro della sanità di cui all'articolo 2, comma 2, deve darne immediata comunicazione alla direzione sanitaria, che è tenuta a convocare prontamente il collegio medico di cui all'articolo 2, comma 5.

ART. 4.

(Periodo di osservazione dei cadaveri).

1. Nei casi in cui l'accertamento di 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, salvi i casi di decapitazione o di maciullamento.

ART. 5.

(Sanzioni).

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, qualora accertino la violazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, commi 6, 7 e 8, e all'articolo 4, irrogano la sanzione amministrativa 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 delle sanzioni penali qualora il fatto costituisca reato.

ART. 6.

(Abrogazione di norme).

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

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