

# SENATO DELLA REPUBBLICA

— XI LEGISLATURA —

N. 421

## DISEGNO DI LEGGE

**d'iniziativa dei senatori CONDORELLI, MARINUCCI MARIANI,  
PERINA, PULLI, MINUCCI Daria, NAPOLI, CARRARA, VENTRE,  
CARLOTTO, ZITO, MURATORE, COLOMBO SVEVO, BARGI, MEO,  
SELLITTI e RUSSO Raffaele**

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 2 LUGLIO 1992**

---

**Norme per l'accertamento della morte**

---

**INDICE**

Relazione .....	<i>Pag.</i>	3
Disegno di legge .....	»	10

ONOREVOLI SENATORI. - Nell'ottobre del 1988 il Senato approvava a larga maggioranza il provvedimento: «Norme per l'accertamento e la certificazione della morte e nuova disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e dei prelievi dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratti per uso terapeutico» (atto Senato n. 232, poi atto Camera n. 3280). Il relativo disegno di legge era stato presentato dai senatori Bompiani ed altri ed esaminato in sede referente dalla Commissione sanità che, dopo un ampio ed approfondito dibattito, lo aveva licenziato per l'aula modificandone alcune parti. Uno dei punti qualificanti del provvedimento era costituito dalle norme che sancivano l'uniformità dei comportamenti dei sanitari di fronte alla morte. La Commissione rilevò che la commistione, negli stessi articoli della legge 2 dicembre 1975, n. 644, di norme che regolano l'accertamento della morte e norme che disciplinano il prelievo di organi a scopo di trapianto terapeutico rende «impuro» e «sospetto» agli occhi del profano l'accertamento della morte da arresto primitivo delle funzioni cerebrali che non deve essere strumentale alla prospettiva del prelievo di organi, ma deve invece essere visto a se stante, nel rigore del suo contenuto scientifico e morale. Perciò è necessario che, una volta sopraggiunta la morte, i comportamenti di fronte ad essa siano rigorosi ed uguali per tutti, prescindendo dal destino del cadavere. Purtroppo i primi documenti di carattere scientifico che si riferiscono alla definizione di «morte cerebrale» risentono delle pressioni per aumentare il numero dei donatori di organi. Ad esempio, il «Rapporto di Harvard» (Harvard Medical School, *A definition of irreversible coma*, in *Journal of American Medical Association* 1968, 205,

85-88) fornisce due motivi «utilitari» per una ridefinizione della morte:

- 1) Sollevare il paziente, i familiari e le risorse mediche dal carico di un coma protraentesi indefinitamente;
- 2) Eliminare le controversie relative all'ottenimento di organi per trapianto.

Mentre il primo motivo ha un forte imperativo etico perchè evita di continuare in un soggetto deceduto l'applicazione di sofisticate quanto inutili manovre sanitarie, di impegnare apparecchiature che potrebbero salvare altre vite umane e soprattutto di prolungare nei parenti dolorose illusioni di vita, il secondo motivo, non ha alcuna giustificazione perchè non è nell'interesse del soggetto e non deve pertanto insinuarsi nel precedente discorso. Non si può accettare il principio che il bisogno di organi prelevati da cadaveri possa interferire con il giudizio riguardante il momento della morte. La stessa scorretta impostazione è stata seguita nel 1976 dal Comitato europeo per la cooperazione legale. Esso tra l'altro ha sostenuto che:

a) dovrebbe essere possibile effettuare la rimozione degli organi dal cadavere nel momento in cui viene stabilito che il donatore ha perso irreversibilmente tutte le funzioni cerebrali, anche se si sono conservati gli altri organi;

b) la legislazione dovrebbe muoversi verso l'adozione di un «consenso presunto» per la rimozione degli organi dal cadavere, se le circostanze offrono motivo di ritenere che la famiglia del donatore non muove o non muoverebbe obiezioni.

Questi due enunciati mettono surrettiziamente insieme delle proposte di criteri per l'accertamento della morte e per la rimozione di organi dal cadavere con lo scopo di

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

finalizzare la diagnosi della morte al permesso del prelievo degli organi. Ora, se è assolutamente importante accertare la morte con precisione per poter determinare quando può essere possibile richiedere l'autorizzazione all'asportazione di organi dal cadavere, non si può accettare il principio che il bisogno di organi prelevati da cadaveri possa interferire con il giudizio riguardante il momento della morte. La finalizzazione delle procedure di accertamento della morte da perdita primaria totale ed irreversibile delle funzioni cerebrali al prelievo di organi per trapianto nella attuale legislazione del nostro Paese è la principale causa della difformità di comportamento dei medici di fronte alla morte. Nelle stesse condizioni di perdita totale ed irreversibile delle funzioni cerebrali accade che la morte venga certificata con criteri neurologici nei soggetti potenziali donatori e venga invece procrastinata sino all'arresto del cuore nelle persone non suscettibili di prelievo di organi. Infatti, l'attuale legislazione costringe a proseguire l'assistenza artificiale del circolo e del respiro in soggetti già morti (morte accertata con criteri neurologici) quando non è possibile o non è consentita la donazione di organi. Ciò contribuisce a rendere ancora più difficile l'accettazione sociale della realtà del «cadavere a cuore battente» e a far nascere nei congiunti del potenziale donatore la convinzione che vi sia stata una strumentale accelerazione dei tempi di accertamento della morte. Ne derivano timori di omissione di pratiche rianimatorie e di attuazione di accertamenti «sbrigativi» della morte e quindi comprensibili rifiuti al prelievo di organi per trapianti e soprattutto sfiducia nella legittimità dell'atto medico.

Si impone dunque la necessità che le norme legislative che dettano le procedure di accertamento della morte prescindano dai destini del cadavere e soprattutto siano rigorosamente mantenute distinte da quelle che disciplinano i prelievi ed i trapianti di organi. Questa necessità è stata avvertita dalla Commissione affari sociali della Camera dei deputati che nella X Legislatura,

nel corso della discussione sul disegno di legge approvato dal Senato prima citato, ha proposto di enucleare le norme per l'accertamento e la certificazione di morte da quelle riguardanti la disciplina dei prelievi di organi da cadavere. Il testo risultante dallo stralcio, assieme ad altre proposte di legge sulle norme per l'accertamento e la certificazione di morte presentate da vari Gruppi parlamentari (rispettivamente atti Camera n. 550-ter, 1598-ter, 2053-ter, 2211-ter, e 4613), furono successivamente accorpatisi in un testo unificato approvato dalla Commissione in sede referente e rimesso all'Assemblea, il cui iter legislativo fu interrotto dalla fine della legislatura.

Un autorevole invito al legislatore a sviluppare in termini normativi i criteri adottati dalla scienza medica per l'accertamento della morte «a tutti i fini giuridici» ed «indipendentemente da qualsiasi altro finalismo (trapianto)» proviene dal Comitato nazionale di bioetica che, in data 15 febbraio 1991, ha pubblicato un documento sulla «Definizione e accertamento della morte nell'uomo». Dal medesimo documento risulta l'esigenza di una nuova normativa sull'accertamento della morte cerebrale quando il paziente è di età pediatrica, perchè la nostra legislazione non prevede ancora - come invece da tempo è stabilito nelle legislazioni di altre nazioni - criteri diversi o valutazioni supplementari specificatamente attinenti al bambino rispetto all'adulto.

Le considerazioni sin qui fatte ci hanno indotto all'inizio della XI legislatura a presentare un disegno di legge sulle norme per l'accertamento e la certificazione di morte, che, tenendo conto del dibattito svoltosi nelle precedenti legislature al Senato della Repubblica e alla Camera dei deputati e della evoluzione della scienza, rispondesse alla richiesta sociale di dare certezza di diritto e garanzia di rigore alla diagnosi di morte, con regole chiare e scientificamente sostanziate e con scrupolosa osservanza dell'uguaglianza dei diritti, prescindendo dai destini del cadavere e assicurando in tutti i casi uguale comportamento dei medic

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

adeguatezza delle strutture sanitarie ed elevata professionalità del personale sanitario preposto all'accertamento della morte cerebrale.

L'articolo 1 intende affermare una definizione giuridica ed incontrovertibile del concetto di morte, enunciandola per la prima volta in modo esplicito nella nostra legislazione, identificandola con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo che comporta la perdita totale ed irreversibile della «unitarietà funzionale» dell'organismo. Questa identificazione della condizione di morte comprende, oltre alla morte cosiddetta «cerebrale», cioè da arresto primitivo totale ed irreversibile delle funzioni cerebrali, la morte «tradizionalmente» intesa, cioè da arresto primario delle funzioni cardio-circolatorie e respiratorie. Ciò è quanto mai opportuno se si pensa che nella cultura generale della nostra popolazione, mentre è certa la convinzione che la morte avviene per arresto definitivo della attività cardiaca, molto meno diffusa è la conoscenza che una persona possa essere morta per perdita totale e definitiva della funzione cerebrale, anche quando la funzione cardio-circolatoria rimane attiva attraverso il mantenimento artificiale della funzione polmonare con la respirazione assistita. I motivi di questa disinformazione, che costituisce una delle principali remore sia alla donazione dei propri organi dopo la morte che alla concessione del consenso al prelievo di organi da parte dei congiunti di una persona in «coma cerebrale irreversibile», sono soprattutto i seguenti:

a) il soggetto con perdita totale e definitiva della funzione cerebrale ed attività cardio-circolatoria e respiratoria sostenute artificialmente è da considerarsi un cadavere a tutti gli effetti. Tuttavia tale condizione, resa possibile dall'evoluzione della scienza, costituisce un fatto nuovo per la legge e per la società e non è diffusamente conosciuta nei suoi esatti termini scientifici, sia per la frequente diffusione di notizie impresse al riguardo da parte della stampa, sia per una lacuna della nostra legislazione che non ha ancora esplicitamente afferma-

to l'unicità del concetto di morte, avvenga essa per primitivo arresto totale della funzione cerebrale, oppure per arresto primitivo della attività cardiaca;

b) il «messaggio» passato nell'opinione pubblica è che sinonimo di perdita totale e definitiva della attività cerebrale (cosiddetta «morte cerebrale») è l'assenza totale e persistente della attività elettrica del cervello (condizione caratterizzata dal cosiddetto «elettroencefalogramma piatto»); è un messaggio scientificamente non esatto perchè la morte da arresto della funzione cerebrale è certa solo quando insieme alla totale e definitiva scomparsa della attività elettrica del cervello si documenta la fine di ogni attività del «tronco cerebrale» attraverso il rilievo della perdita completa e persistente dei riflessi nervosi del «tronco cerebrale» e della attività respiratoria spontanea, per di più in assenza di altre condizioni metaboliche e farmacologiche che possono temporaneamente deprimere l'attività tanto della corteccia quanto del «tronco cerebrale». I casi largamente divulgati dalla stampa di soggetti «resuscitati» dal coma cerebrale durato a lungo o vissuti per anni in uno «stato vegetativo» malgrado l'assenza di attività elettrica del cervello riguardano soggetti nei quali alla perdita dell'attività della corteccia cerebrale si associa l'integrità delle funzioni nervose del «tronco cerebrale».

È ormai acquisizione scientifica certa che solo la perdita totale e definitiva di tutte le attività del cervello rappresenta il vero criterio per l'individuazione del momento del decesso di una persona e che l'arresto definitivo delle funzioni cardio-respiratorie provoca la morte solo perchè implica in pochi minuti il danno totale ed irreversibile della funzione cerebrale. Mentre le funzioni respiratoria e cardiaca possono essere artificialmente vicariate rispettivamente con la respirazione assistita e con la macchina cuore-polmoni, non esiste alcun mezzo per riattivare nonchè per vicariare l'attività cerebrale definitivamente e totalmente perduta, sicchè il concetto unico di morte deve essere

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

strettamente ancorato a quello della perdita totale e definitiva della funzione cerebrale di una persona. Questo concetto è stato ribadito nel 1985 dalla Pontificia Accademia della Scienze («Una persona è morta quando ha subito una perdita irreversibile di ogni capacità di integrare e coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo» per cui «la morte cerebrale rappresenta il vero criterio del decesso, dal momento che l'arresto definitivo delle funzioni cardiorespiratorie implica assai rapidamente la morte cerebrale»). Analoga definizione del concetto di morte è stata adottata da una recente legge della Svezia (legge 14 maggio 1987), entrata in vigore il 1° gennaio 1988. L'articolo 1 di tale legge recita infatti: «Nell'applicazione delle disposizioni di legge o di altra normativa che attribuiscono alla morte della persona un valore legale vale la norma che la morte è avvenuta quando tutte le funzioni del cervello sono scomparse totalmente ed irreversibilmente»). Quando si parla di «morte cardiaca» non ci si riferisce alla «morte del cuore» ma alla condizione (arresto cardiocircolatorio) che ha determinato la perdita totale ed irreversibile delle funzioni cerebrali e con essa la morte della persona nella sua totalità; così come quando si parla di «morte cerebrale» ci si riferisce non alla «morte del cervello», bensì alla condizione patologica-neurologica che, ledendo in modo totale ed irreversibile l'encefalo, ha determinato la morte della persona nella sua totalità. In altri termini, la persona cessa di esistere nel momento in cui si instaura la perdita totale ed irreversibile delle funzioni dell'encefalo, sia essa primitiva (da lesioni dirette dell'encefalo), o susseguente all'arresto cardiocircolatorio prolungato per almeno venti minuti.

Ciò precisato, la morte può essere accertata o attraverso la documentazione della cessazione totale e definitiva dell'attività cerebrale con metodologie cliniche e strumentali o attraverso la documentazione di un periodo di arresto della attività cardiocircolatoria di durata tale da aver sicuramente indotto la perdita

totale e definitiva della funzione cerebrale.

L'articolo 2 del disegno di legge fissa le norme per l'accertamento mediante mezzi strumentali della morte da arresto primario della attività cardio-circolatoria e da perdita primaria totale ed irreversibile della funzione cerebrale. Le norme previste per l'accertamento strumentale della morte da arresto irreversibile dell'attività cardio-circolatoria (comma 1) sono state semplificate rispetto alla normativa attualmente vigente. Viene infatti proposto di abolire in questi casi la registrazione dell'elettroencefalogramma e di mantenere soltanto la registrazione continua dell'elettrocardiogramma per almeno venti minuti. La certezza di questa modalità di accertamento della morte da arresto primario della attività cardio-circolatoria deriva del fatto inconfutabilmente dimostrato dalla scienza che dopo venti minuti di arresto della funzione cardiaca, anche se per assurdo questa si ripristinasse spontaneamente o con il sussidio di farmaci o se la circolazione del sangue fosse artificialmente riattivata con una macchina cuore-polmoni, la funzione cerebrale resterebbe comunque definitivamente e totalmente perduta, per cui la persona deve essere considerata sicuramente morta. Sempre in ragione della assoluta semplicità e sicurezza del suddetto metodo di accertamento della morte, il disegno di legge prevede al comma 2 che l'accertamento possa essere compiuto da un solo sanitario esperto in cardiologia, anche presso il domicilio del defunto, mediante la registrazione dell'elettrocardiogramma che deve risultare «piatto» per non meno di venti minuti.

Le norme previste per l'accertamento della morte da perdita totale e definitiva primaria della funzione cerebrale con cuore ancora battente nei soggetti di età superiore ai cinque anni (commi 3 e dell'articolo 2) non sono molto dissimili a quelle attualmente vigenti (articolo 4 della legge 2 dicembre 1975, n. 644). Anzi, per l'acquisita certezza scientifica che la morte deve considerarsi assolutamente sopravvenuta quando sono del tutto assenti l'attiv

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

elettrica della corteccia cerebrale ed i riflessi del tronco cerebrale, recependo l'indicazione di qualificate autorità scientifiche (tra le quali il gruppo di lavoro della Pontificia Accademia delle Scienze che ha elaborato un documento sull'argomento nell'ottobre del 1985 e più recentemente il Comitato nazionale per la bioetica), il periodo di osservazione delle condizioni cerebrali del soggetto dall'inizio dei segni della cessazione di tutte le funzioni cerebrali all'arresto delle pratiche di rianimazione e di sostegno della respirazione viene abbreviato dalle attuali dodici ore alle sei ore. A garanzia della tutela alla vita sino all'ultimo istante del paziente, il giudizio sull'avvenuta morte deve essere espresso all'unanimità dal collegio medico (comma 9). I commi 5 e 6 dell'articolo 2, recependo la raccomandazione del Comitato nazionale per la bioetica, colmano una grave lacuna della nostra legislazione che non prevede, così come invece è stabilito in altre nazioni, dei criteri diversi o valutazioni supplementari per l'accertamento della morte da lesioni cerebrali in età pediatrica. Norme legislative differenti rispetto a quelle previste per il soggetto adulto sono necessarie perchè il substrato anatomofunzionale del cervello in età pediatrica è rispetto all'adulto completamente diverso, soprattutto in relazione alla immaturità dello sviluppo e alla maggiore resistenza del parenchima cerebrale all'insulto ischemico-anossico. I criteri riportati nei suddetti commi sono quelli indicati dalla «Task Force for the determination of Brain death in children» (*Report of Special Task Force - Guidelines for the determination of brain death in children. Pediatrics 1987, 80: 298; Task Force for the Determination of Brain death in children. Neurology 1987, 37: 1077; Volpe J.J., Brain death determination in the newborn. Pediatrics 1987, 80: 296*). Vengono esclusi dalle procedure di accertamento di morte cerebrale i neonati a termine di età inferiore ai sette giorni e i neonati pretermine, perchè, secondo la *Task Force for the Determination of Brain Death*, in questi soggetti sia i criteri clinici che quelli strumentali sinora proposti non possono

essere considerati pienamente affidabili. Per l'accertamento di morte da lesioni cerebrali in età pediatrica è comunque prevista l'integrazione nel collegio medico di un medico esperto di terapia intensiva neurologica neonatale e pediatrica (comma 7). Infine, allo scopo di instaurare un rapporto di fiducia tra società civile e medico - fugando ombre e sospetti di eventuali procedure «sbrigative» o «manipolazioni» nella diagnosi di morte cerebrale con la finalità di prelievi di organi per trapianti - ci sembra opportuno che, su richiesta della famiglia, il collegio medico sia integrato da un medico di fiducia con funzioni di perito di parte, il cui onorario venga posto a carico del Servizio sanitario nazionale per consentire anche ai non abbienti di usufruire di uno strumento di garanzia (comma 10).

L'articolo 3 si prefigge lo scopo di assicurare il massimo rigore scientifico e la più elevata qualità professionale e tecnologica dell'attività svolta nei reparti di rianimazione (compresi quelli di terapia intensiva neurologica neonatale e pediatrica) abilitati all'accertamento della morte per lesioni cerebrali con mezzi strumentali. Ciò è della massima importanza, come il Comitato nazionale per la bioetica ha rimarcato, posto che il problema dell'individuazione della morte assume grande rilievo in relazione alla tutela dei morenti, all'eliminazione di fenomeni di turbamento sociale e alle indicazioni operative per gli operatori e le strutture sanitarie, anche con riferimento all'ipotesi di trapianti di organi. Per attivare il più largo consenso sociale alla sospensione delle pratiche rianimatorie nei «cadaveri a cuore battente», è necessario porre in atto misure puntuali e rigorose che diano ai cittadini garanzie sulla appropriatezza della utilizzazione delle tecniche disponibili e sulla professionalità ed i comportamenti dello staff sanitario delle unità di terapia intensiva. Pertanto, l'articolo 3 prevede di affidare alle regioni il compito di individuare all'interno delle strutture sanitarie pubbliche i reparti di rianimazione idonei all'accertamento della morte con mezzi strumentali nei soggetti con lesioni cere-

## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

brali (comma 1) e di disporre, anche attraverso l'istituto della mobilità del personale sanitario in ambito regionale, che i reparti stessi rispondano agli *standards* necessariamente richiesti per l'esercizio dell'attività di alta specialità previsti dal decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1° febbraio 1992. Si potrebbe obiettare che la concessione della autorizzazione alla diagnosi di morte con l'ausilio di mezzi strumentali nei pazienti con lesioni cerebrali soltanto a determinate strutture sanitarie crei diversità di comportamento dei sanitari di fronte alla morte. Tuttavia, non è realistica l'ipotesi che in breve tempo tutti i presidi ospedalieri del territorio nazionale ove si trovano ricoverati pazienti con lesioni cerebrali (e tra di essi vanno annoverate le case di cura private) riescano a dotarsi dei requisiti obbligatori per l'esercizio di attività di alta specialità. Ci sembra pertanto prudente che l'abilitazione all'espletamento di una procedura diagnostica che richiede rigide norme di garanzia venga concessa solo a quei reparti di rianimazione pubblici che in questa attività diano il più completo affidamento. Questa norma inoltre consentirà alle regioni di potenziare i reparti di rianimazione attraverso l'incremento della disponibilità del personale e delle dotazioni tecnologiche, ciò che contribuirà a migliorare la qualità dei servizi di emergenza sanitaria del nostro Paese. D'altra parte, nessuna legislazione in nessun altro Paese impone ai sanitari l'obbligo dell'accertamento di morte nei soggetti con lesioni cerebrali con cuore ancora battente. Costituisce, pertanto, già un fatto fortemente innovativo l'introduzione nella nostra legislazione dell'obbligo dell'accertamento di morte, con conseguente facoltà di interrompere le manovre di rianimazione quando il cuore è ancora battente, nei soggetti con perdita totale ed irreversibile della funzione cerebrale anche quando essi non siano potenziali donatori di organi, in strutture sanitarie selezionate sulla base di requisiti di alta specialità adeguati ad un compito che richiede garanzie di rigore nelle procedure, mentre la

legislazione italiana attuale obbliga i sanitari a proseguire la respirazione artificiale sino alla cessazione del battito cardiaco nei soggetti non destinati ad essere donatori di organi. La differenza di comportamento del medico rianimatore in rapporto al destino della salma suscita nel profano l'impressione di un disumano quanto inutile «accanimento terapeutico» quando le pratiche di rianimazione vengono proseguite ad oltranza sino all'arresto del battito cardiaco nei soggetti non idonei alla donazione di organi, mentre determina, come più volte è stato detto, il convincimento di una scelta subordinata alla necessità di effettuare prelievi di organi e tessuti a scopo di trapianto terapeutico quando l'attività rianimatoria viene effettuata in soggetti potenziali donatori di organi.

L'articolo 4 riconferma una norma già vigente nel nostro ordinamento di polizia mortuaria che vieta nei casi in cui l'accertamento di morte non sia stato compiuto secondo le modalità previste dall'articolo 2 che i cadaveri possano essere chiusi in cassa, sottoposti ad autopsia, conservati in celle frigorifere, inumati, tumulati o cremati prima che siano trascorse ventiquattro ore dal momento del decesso, salvo i casi di decapitazione o di maciullamento. Il reinserimento di questa norma nel presente disegno di legge si è reso opportuno ai fini della sistematicità che una legge che disciplina nel suo complesso l'accertamento e la certificazione della morte deve necessariamente possedere.

L'articolo 5 prevede che nelle strutture sanitarie autorizzate all'accertamento della morte è fatto l'obbligo per i sanitari, quando ne ricorrono le condizioni, di dare immediata comunicazione della presenza dei soggetti con cessazione totale ed irreversibile delle funzioni cerebrali alla direzione sanitaria, la quale è tenuta a convocare prontamente il collegio medico che deve accertare e certificare la morte. La direzione sanitaria è tenuta inoltre a darne comunicazione alla famiglia del paziente, non soltanto per motivi umanitari, ma anche perchè è riservato alla famiglia il diritto di nominare un medico di fiducia



## XI LEGISLATURA - DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

che assiste alle procedure medico-legali di accertamento della morte (comma 10 dell'articolo 2).

L'articolo 6 stabilisce le sanzioni amministrative previste in caso di inosservanza dell'articolo 4 (mancato rispetto del periodo di osservazione dei cadaveri quando l'accertamento di morte non sia stato compiuto con mezzi strumentali) e sanzioni di tipo restrittivo della libertà, con l'aggiunta dell'interdizione dall'esercizio della professione sanitaria, in casi di inosservanza degli articoli 2 e 3 (mancato rispetto delle norme che riguardano l'accertamento di morte mediante mezzi strumentali).

L'articolo 7, infine, prevede l'abrogazione di ogni disposizione legislativa incompatibile o in contrasto con la presente legge e la validità delle norme previste dalla legge 2 dicembre 1975, n. 644, purchè non incompatibili e non in contrasto con quelle statuite dalla presente legge, ed inoltre la revisione dell'attuale regolamento di polizia mortuaria secondo le disposizioni ed i principi della nuova legge.

Con il presente disegno di legge, la cui rapida discussione vivamente raccomandiamo, non intendiamo incentivare i prelievi di organi da cadavere a scopo di trapianto terapeutico ma rispondere alla pressante

esigenza della società di norme certe che conferiscano carattere di unicità al concetto di morte e che salvaguardino il diritto alla vita sino all'ultimo istante, tese quindi ad impedire che nei reparti di rianimazione possano essere compiute «leggerezze» e «frettolosità» nell'accertamento della morte al fine di effettuare prelievi di organi. Il disegno di legge definisce esplicitamente la fattispecie giuridica del «cadavere a cuore battente», equiparandolo sotto ogni aspetto al «cadavere con cuore fermo», ed il conseguenziale comportamento dei sanitari. L'accertamento della perdita totale e definitiva delle funzioni cerebrali, cui soltanto corrisponde il concetto di morte, e così pure il conseguente arresto delle pratiche rianimatorie, potranno essere effettuati nei reparti di rianimazione all'uopo autorizzati nei confronti di tutti i soggetti in coma cerebrale irreversibile, indipendentemente dalla futura destinazione del cadavere, onde evitare che la sospensione del trattamento rianimativo sia subordinata esclusivamente alla finalità dei trapianti e che un soggetto con arresto totale e definitivo della funzione cerebrale non potenziale donatore sia mantenuto in respirazione artificiale sin tanto che non si verifichi l'arresto cardiaco.

**DISEGNO DI LEGGE**

## Art. 1.

*(Identificazione della condizione 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. La morte per arresto cardiaco irreversibile può essere accertata nelle strutture sanitarie pubbliche e private nonché a domicilio 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 di età superiore ai cinque anni 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) rigidità pupillare anche alla luce incidente;
- 2) assenza dei riflessi corneali;
- 3) assenza di risposta motoria nelle regioni innervate dai nervi cranici;
- 4) assenza del riflesso della deglutizione;
- 5) assenza del riflesso della tosse suscitata dalla manovre di aspirazione tracheo-bronchiale;

b) assenza di respirazione spontanea,

pur essendo sicuramente accertata una situazione di ipercapnia;

c) condizione di silenzio elettrico cerebrale.

4. L'inizio del concorso simultaneo delle condizioni di cui al comma 3 determina, per i soggetti di cui allo stesso comma 3, 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. Nei soggetti di età non superiore ai cinque anni 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 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) stato di coma;

b) assenza della funzione troncoencefalica con pupille in posizione intermedia o midriatiche non reagenti allo stimolo luminoso, assenza di movimenti spontanei o riflessi degli occhi, assenza di movimenti spontanei o riflessi dei muscoli innervati dai nervi cranici;

c) apnea;

d) esclusione di ipotermia artificialmente indotta ed ipotensione;

e) atonia muscolare e assenza dei movimenti spontanei o riflessi.

6. L'inizio del concorso simultaneo delle condizioni di cui al comma 5 determina, per i soggetti di cui allo stesso comma 5, il momento della morte. La morte per i nati a termine, di età non inferiore ai sette giorni e non superiore ai due mesi, deve essere accertata attraverso la ininterrotta presenza di tali condizioni durante un successivo periodo di quarantotto ore, verificata per mezzo di due valutazioni cliniche ed elettroencefalografiche effettuate a distanza di quarantotto ore una dall'altra; per i soggetti di età fra i due mesi ed un anno, deve essere

accertata attraverso la ininterrotta presenza di tali condizioni durante un successivo periodo di ventiquattro ore verificata per mezzo di due valutazioni cliniche e strumentali separate da un intervallo di ventiquattro ore; per i soggetti, di età superiore ad un anno fino a cinque anni di vita, attraverso la ininterrotta presenza delle anzidette condizioni durante un successivo periodo di dodici ore verificata per mezzo di valutazioni cliniche effettuate a distanza di dodici ore una dall'altra. Le anzidette condizioni devono sussistere per tutta la durata dell'accertamento, ferma restando l'assenza di somministrazione di farmaci depressivi del sistema nervoso centrale o di condizioni di ipotermia indotta artificialmente.

7. L'accertamento della morte, nel caso di cui ai commi 3 e 4, è effettuato da un collegio medico, nominato dalla direzione sanitaria, composto da un medico legale, 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. L'anzidetto collegio, nei casi di accertamento della morte di cui ai commi 5 e 6, è integrato da un medico esperto di terapia intensiva neurologica neonatale e pediatrica.

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 circa il momento della morte.

10. Su richiesta del coniuge non legalmente separato o, in mancanza, di uno dei figli di età non inferiore a sedici anni o, in mancanza, di uno dei genitori alle operazioni di accertamento della morte, di cui al comma 5, assiste un medico scelto da uno dei predetti soggetti il cui onorario è a carico del Servizio sanitario nazionale. L'onorario è stabilito secondo un tariffario approvato dalla Federazione nazionale degli ordini dei medici-chirurghi e degli odontoiatri.

## Art. 3.

*(Sedi dell'accertamento della morte  
mediante mezzi strumentali)*

1. Le regioni e le province autonome, con decreto del presidente della Giunta, individuano all'interno delle strutture sanitarie pubbliche i reparti di rianimazione idonei all'accertamento della morte mediante mezzi strumentali, di cui al comma 7 dell'articolo 2, che sono conseguentemente autorizzati ad effettuare l'anzidetto accertamento.

2. I reparti di rianimazione, autorizzati ai sensi del comma 1, sono considerati strutture di alta specialità. Ove non dispongano dei requisiti necessari per l'esercizio dell'attività di alta specialità indicate nel decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1° febbraio 1992, devono acquisirli entro un anno dalla data di emanazione del decreto di cui al comma 1. Alle anzidette strutture deve essere assicurata la disponibilità di personale e di dotazioni tecnologiche qualitativamente e quantitativamente adeguati al rilievo di struttura di alta specialità, secondo gli *standards* definiti nel citato decreto ministeriale. A tal fine le regioni e le province autonome trasferiscono con atto motivato il personale occorrente, attuando il principio della mobilità del personale in ambito regionale.

3. Fino all'emanazione del decreto del presidente della Giunta della regione o provincia autonoma ogni struttura sanitaria pubblica può attivare uno o più collegi medici per l'accertamento della morte con mezzi strumentali, ai sensi del comma 5 dell'articolo 2. Ciascun singolo caso deve essere seguito dallo stesso collegio medico.

## 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, nè essere sottoposto

ad autopsia, a trattamenti conservativi, a conservazione in celle frigorifere, nè essere inumato, tumulato o cremato prima che siano trascorse ventiquattro ore dal momento del decesso, salvo i casi di decapitazione o di maciullamento.

Art. 5.

*(Obblighi per i sanitari)*

1. Quando ricorrono le condizioni di cui ai commi 3 e 5 dell'articolo 2, è fatto obbligo al medico della struttura ospedaliera di darne immediata comunicazione alla direzione sanitaria che, ove si tratti di struttura idonea all'accertamento della morte, ai sensi del comma 1 dell'articolo 3, è tenuta a convocare prontamente il collegio medico di cui all'articolo 2, e ad informare un congiunto, individuato nel coniuge non legalmente separato o, in mancanza, in uno dei figli di età non inferiore a sedici anni o, in mancanza, in uno dei genitori.

Art. 6.

*(Sanzioni)*

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, qualora accertino la violazione dell'articolo 4, irrogano la sanzione pecuniaria da lire 500.000 a lire 3.000.000, con la 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 all'articolo 2, è punito con la reclusione fino ad un anno e con l'interdizione dell'esercizio della professione sanitaria fino a due anni.

Art. 7.

*(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.

3. Con decreto del Presidente della Repubblica, su proposta del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'interno e con il Ministro di grazia e giustizia, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Governo procede alla revisione del regolamento di polizia mortuaria approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285, secondo le disposizioni ed i principi di cui alla presente legge.

