

Mt. 5, 37:

Ma il  
vostro  
parlare  
sia

# SÌ SÌ NO NO

ciò che  
è in  
più  
vien dal  
maligno.

Ubi Veritas et iustitia, ibi Caritas

Rivelazione e Religione · Attualità e Informazione · Disamina · Responsabilità

Quindicinale Cattolico « ANTIMODERNISTA »

Anno XXXV n. 18

Fondatore: Don Francesco Maria Putti

31 Ottobre 2009

COLLABORAZIONE APERTA A TUTTE LE « PENNE » PERÒ: « NON VOLER SAPERE CHI L'HA DETTO MA PONI MENTE A CIÒ CHE' DETTO » (Im. Cr.)

## LA DEFINIZIONE DI MORTE E IL SUO ACCERTAMENTO

### 1. Introduzione storica

Le origini della nuova definizione di morte ed il sostegno che essa ha subito incontrato tanto in ambiente scientifico quanto in ambito filosofico sono state esplorate in numerosi lavori,<sup>1</sup> come pure la ricostruzione del pensiero di un autore che per primo ha avanzato seri dubbi sull' introduzione della nuova definizione di morte, Hans Jonas,<sup>2</sup> ed il suo confronto con un filosofo distante per modo di pensare anni luce da lui, Peter Singer,<sup>3</sup> il quale tuttavia per quel che riguarda la valutazione della definizione di morte cerebrale è

<sup>1</sup> Oltre a diversi articoli, si vedano ad esempio i volumi: P. Becchi, *La morte nell'età della tecnica*, Genova, Compagnia dei Librai, 2002; in collaborazione con R. Barcaro *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Napoli, E.S.I., 2004 (che raccoglie in forma antologica, una serie di voci critiche sulla morte cerebrale); P. Becchi, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, Brescia, Morcelliana, 2008, in collaborazione con R. Barcaro e P. Donadoni, *Prospettive bioetiche di fine vita. La morte cerebrale e il trapianto di organi*, Milano, Franco Angeli, 2008; P. Becchi, *Morte cerebrale e banca di organi umani. Sulla ridefinizione pragmatica della morte*, in R. Barcaro, P. Becchi (a cura di), *Questioni mortali*, cit., pp. 47-67; cit. p. 54. Per un approfondimento cfr. il mio contributo *H. Jonas, la nuova definizione di morte e il problema del trapianto di organi. Una prima approssimazione*, in "Ragion pratica", 27, 2006, pp. 501-514.

<sup>3</sup> Cfr. P. Singer, *Rethinking Life & Death. The Collapse of Our Traditional Ethics* (1994), trad. it. *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, Il Saggiatore, Milano 1996, p. 65. Con riferimento al tema qui trattato cfr. P. Becchi, *Un passo indietro e due avanti. Peter Singer e i trapianti*, in "Bioetica", 10, 2, 2002, pp. 226-247.

giunto – quasi venti anni dopo – alle stesse conclusioni del filosofo tedesco. Non mancano le critiche rivolte da medici e filosofi, soprattutto a partire dagli inizi degli anni Novanta, all'aver voluto individuare nella morte cerebrale il segno della morte dell'essere umano<sup>4</sup>.

Verso la fine degli anni Cinquanta nei reparti di terapia intensiva, allora in formazione, si verifica l' introduzione delle tecniche rianimatorie, che generano qualcosa di nuovo e di inatteso. Per un verso, infatti, quelle tecniche in molti casi consentivano di salvare la vita di pazienti che avevano subito un grave trauma cranico accompagnato da momentaneo arresto cardiorespiratorio; d'altro canto, però, la rianimazione poteva non sortire l'effetto sperato e il paziente, pur non mostrando alcun segno di attività cerebrale, continuava ancora per qualche giorno a vivere prima di andare incontro al definitivo arresto cardiocircolatorio. Si parlò allora di "coma dépassé" (coma oltre il coma),<sup>5</sup> per descrivere la condizione

<sup>4</sup> Oltre ai volumi già citati nella nota 1, il lettore italiano può accedere agli interventi di medici – soprattutto statunitensi e britannici – critici sull'impiego dei criteri neurologici per l'accertamento della morte attraverso la lettura dei seguenti volumi: *Finis Vitae. La morte cerebrale è ancora vita?* (2006), a cura di R. de Mattei, Rubbettino, Soveria Mannelli 2007 e C.A. Defanti, *Vivo o morto?*, Milano, Zadig, 1999 e Id., *Soglie. Medicina e fine della vita*, Torino, Bollati Boringhieri, 2007.

<sup>5</sup> Cfr. P. Mollaret, M. Goulon, *Le Coma Dépassé*, in "Revue Neurologique", 101, 1, 1959, pp. 3-15. La

clinica di pazienti che, grazie al trattamento di rianimazione, continuavano ancora ad essere vivi, anche se la loro sorte era irrimediabilmente segnata.

Era questo il prezzo da pagare allo sviluppo delle tecniche rianimatorie che, se da una parte, permettevano di salvare la vita di molti pazienti, i quali altrimenti sarebbero sicuramente morti, dall'altra potevano pure prolungare l'agonia di alcuni pazienti. [...].

Il grosso problema, al contempo etico e giuridico, che si apriva era il seguente: che fare di quei pazienti condannati ad una prognosi infausta? Non va altresì dimenticato che più o meno nello stesso periodo, e cioè verso la fine degli anni Cinquanta, cominciano a svilupparsi anche altre tecniche in campo medico; tecniche che mirano al prelievo di parti del cadavere a scopo di trapianto terapeutico. Le difficoltà erano duplici: per la riuscita del trapianto bisognava disporre di organi vitali e bisognava altresì prevenire il rigetto. Se la seconda difficoltà venne lentamente superata dai continui miglioramenti dei farmaci anti-rigetto, la prima sembrava destinata a rimanere irrisolta, sino a quando non ci si rese conto che la tecnica del trapianto poteva trovare un insospettato aiuto proprio dalle tecniche rianimatorie: quali pazienti

ricostruzione complessiva è offerta da C.A. Defanti, *Vivo o morto? La storia della morte nella medicina moderna*, cit., e Id., *Soglie. Medicina e fine della vita*, cit.

potevano offrire le migliori condizioni per il prelievo di organi se non proprio quelli che la rianimazione ci aveva restituito perfettamente integri e vitali nei loro corpi, anche se destinati a non riprendersi mai più, perché il loro cervello era irreversibilmente spento?

È in questa situazione che deve essere contestualizzato l'ormai celebre Rapporto di Harvard, pubblicato nell'agosto del 1968. Consentitemi di citare l'*incipit*:

«Il nostro obiettivo principale è definire come nuovo criterio di morte il coma irreversibile. La necessità di una definizione si impone per due ragioni: 1) il miglioramento delle misure di rianimazione e di prolungamento della vita ha prodotto un impegno sempre maggiore per salvare persone affette da lesioni disperatamente gravi. A volte questi sforzi hanno un successo soltanto parziale e quello che ci troviamo di fronte è un individuo il cui cuore continua a battere, pur in presenza di un cervello irrimediabilmente danneggiato. Il peso di questa situazione è enorme non solo per i pazienti, ormai totalmente privi di intelletto, ma anche per le loro famiglie, per gli ospedali e per tutti coloro che hanno bisogno di posti letto già occupati da questi pazienti in coma. 2) I criteri di morte obsoleti possono innescare controversie nel reperimento degli organi per i trapianti»<sup>6</sup>.

Sulla base di questo ragionamento quel Comitato avrebbe potuto proporre la sospensione di un trattamento ormai futile e privo di qualsiasi beneficio per il paziente, ed eventualmente avanzare l'ipotesi di consentire, nel rispetto di alcune condizioni, il prelievo di organi. Sul primo punto si sarebbe potuto trovare largo consenso (nessuno, almeno in linea di principio, vorrebbe rimanere intubato e attaccato ad un respiratore sapendo che quella situazione è irreversibile), molto più difficile (ma non per questo impossibile) sarebbe stato trovarlo sul secondo: se il paziente in coma irreversibile è comunque ancora vivo non era proprio il prelievo ad ucciderlo? Probabilmente fu proprio questo interrogativo il motivo che spinse il Comitato a fare il seguente

ragionamento. Se si fosse dichiarato morto il paziente che sino ad allora era considerato ancora vivo, allora tanto lo "staccargli la spina" quanto il prelevargli il cuore ancora pulsante non sarebbe stato in alcun modo paragonabile ad un omicidio: si può uccidere soltanto un uomo che è ancora vivo, non un cadavere.

Con una apparentemente abilissima mossa il Comitato aveva preso – come suol dirsi – due piccioni con una fava. Una volta dichiarati morti tutti quei pazienti che si trovavano in coma irreversibile, spegnere il respiratore, oppure tenerlo ancora acceso in vista di un prelievo in condizioni ottimali ai fini del trapianto, non costituiva alcun problema poiché il paziente era comunque morto. Insomma, non si spegneva il respiratore ad un paziente per consentirgli di morire dignitosamente, ma ad un paziente già morto, e allora anche il tenerlo ancora per un po' acceso era irrilevante. Ma così che quella che sino ad allora veniva indicata come prognosi infausta diventò una diagnosi di morte, da accertare peraltro con rigorosi criteri clinico-strumentali che avrebbero dovuto assicurare con certezza che l'intero encefalo era morto e cioè lo stato di coma profondo, l'assenza di tutti i riflessi, compresi quelli del midollo spinale, l'assenza di respirazione spontanea dopo avere staccato il respiratore per tre minuti, il tracciato elettroencefalografico piatto. Tutti questi requisiti dovevano essere confermati per un periodo di ventiquattro ore. Non sarebbe difficile mostrare come nel corso degli anni questi requisiti si siano molto allentati, il periodo di osservazione è oggi di solo sei ore e dei riflessi spinali – poiché ci si è accorti che spesso sono presenti nei morti cerebrali – non si tiene più conto. I criteri neurologici per l'accertamento della morte sono stati introdotti rapidamente in molti Paesi occidentali, con scostamenti significativi rispetto a quelli fissati nel rapporto di Harvard. [...]

Nel corso degli anni Novanta si sono verificati alcuni fatti che hanno iniziato ad incrinare il consenso scientifico generalizzato che sussisteva sulla nozione di morte cerebrale. Non solo da parte di filosofi e giuristi ma anche da parte di autorevoli medici sono cresciute le perplessità su una definizione che da principio era stata quasi universalmente accolta.

Come è noto, il primo grande critico della definizione di Harvard fu Hans Jonas,<sup>7</sup> in un saggio scritto

Hans Jonas,<sup>7</sup> in un saggio scritto immediatamente dopo la pubblicazione del documento di Harvard. Sebbene il suo atteggiamento controcorrente sia rimasto inizialmente isolato,<sup>8</sup> negli ultimi tempi anche in ambito filosofico le voci di dissenso sono andate aumentando e oggi tra i critici della definizione di morte cerebrale possiamo persino annoverare autori come Peter Singer,<sup>9</sup> che muovono da una concezione filosofica diametralmente opposta a quella di Jonas. Ralf Stoecker, ad esempio, ha recentemente sostenuto con argomenti stringenti la necessità di oltrepassare il dibattito etico-medico intorno alla morte cerebrale in un dibattito filosofico-morale che sfoci non in una (qualsiasi) definizione di morte, bensì in un'etica per il trapianto d'organi.<sup>10</sup> Anche il filosofo Josef Seifert ritiene filosoficamente non accettabile e scientificamente non attendibile la definizione di morte basata su criteri neurologici<sup>11</sup>.

In tutti questi autori, sebbene siano diversi i punti di partenza, vi è tuttavia la comune consapevolezza del fatto che individui cerebralmente morti non sono ancora in realtà cadaveri (e dunque non possano essere trattati come tali) e le divergenze vertono semmai sul modo in cui possano essere trattati individui la cui possibilità di un ritorno alla vita cosciente è comunque ormai definitivamente esclusa. Ma l'aspetto forse ancora più interessante è che le crepe nella definizione di Harvard cominciano

<sup>7</sup> Cfr. H. Jonas, *Morte cerebrale e banca di organi umani: sulla ridefinizione pragmatica della morte*, in H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, a cura di P. Becchi, Torino, Einaudi, 1999<sup>2</sup>, pp. 167-184.

<sup>8</sup> Cfr. D.A. Shewmon, *Recovering from "Brain Death". A Neurologist's Apologia*, in "Linacre Quarterly", February 1997, pp. 30-96, in cui l'autore dà conto delle opposizioni alla definizione di morte proposta dalla Commissione *ad hoc* di Harvard. Shewmon cita filosofi (come Hans Jonas e Josef Seifert) ma pure medici (come D.W. Evans, il pediatra Paul Byrne e il neurologo Sean O'Reilly), ricordando che si è trattato di voci isolate di dissenso.

<sup>9</sup> Cfr. P. Singer, *Morte cerebrale ed etica della sacralità della vita*, in "Bioetica", 1, 2000, pp. 31-49. Per una ricostruzione dello sviluppo del pensiero di Singer su questo tema cfr. P. Becchi, *Un passo indietro e due avanti. Peter Singer e i trapianti*, in "Bioetica", 2, 2002, pp. 226-247.

<sup>10</sup> R. Stoecker, *Der Hirntod. Ein medizinethisches Problem und seine moralphilosophische Transformation*, Freiburg/München, Alber, 1999.

<sup>11</sup> Cfr. J. Seifert, *Is "Brain Death" Actually Death?*, in "The Monist", 76, 2, 1993, pp. 175-202.

<sup>6</sup> Cfr. *A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, in "Journal of the American Medical Association", 205, 6, 1968, pp. 337-340 (p. 337).

sempre più chiaramente ad essere messe in evidenza anche in ambito medico. La morte cerebrale totale non riesce a dimostrare ciò che invece vorrebbe provare, vale a dire l'assenza irreversibile di *tutte* le funzioni dell'encefalo. Su questa conclusione oggi vi è in ambito scientifico ampia convergenza, più di quanto venga pubblicamente ammesso, anche da parte di coloro che comunque continuano a sostenere la necessità di mantenere una definizione di morte basata su criteri neurologici. Sotto il profilo giuridico va qui sottolineato che, se attualmente si procede agli espunti nonostante si sappia che non sono ancora cessate irreversibilmente tutte le funzioni cerebrali, si sta espuntando quando a rigor di legge il donatore è ancora vivo. [...].

\* \* \*

Le risultanze delle osservazioni cliniche e la sempre più ampia letteratura che le documentava non potevano rimanere trascurate. Il *President's Council on Bioethics* nel gennaio 2009<sup>12</sup> ha licenziato un documento nel quale vengono messi in evidenza le principali tappe dell'evoluzione nel modo di intendere la morte, dovute soprattutto alla pubblicazione del rapporto di Harvard nel 1968, e prende atto dei più recenti sviluppi del dibattito internazionale che hanno portato a mettere in dubbio la validità della giustificazione della teoria neurologica che fino ad oggi ha permesso ai medici di dichiarare il decesso di pazienti con lesioni neurologiche irreversibili (corrispondenti alla cosiddetta "morte cerebrale totale") prendente è che il Consiglio per continuare a giustificare l'impiego dei criteri neurologici per determinare la morte ha dovuto ricorrere ad alcune "manipolazioni" filosofiche. Innanzitutto ha specificato che un individuo nel quale vengano meno alcuni scambi (*commerce*), che gli consentono di conservare la propria esistenza fisica, si può considerare morto. Tali scambi, che il Consiglio indica essenzialmente nella capacità di respirare spontaneamente e di rispondere alle sollecitazioni che provengono dall'ambiente nel quale l'individuo vive, cessano quando il soggetto subisce un *total brain failure* (ossia la perdita della capacità del cervello di

funzionare normalmente). Questa condizione, che fino ad oggi veniva chiamata *whole brain death*, può essere diagnosticata con i criteri neurologici standard in uso; ciò che cambia è la giustificazione per il loro impiego: non si fa più affidamento sulla teoria dell'integratore centrale, perché i lavori di Shewmon [neurologo pediatrico statunitense]<sup>13</sup> hanno dimostrato che il cervello non è l'integratore centrale dell'organismo, ma si poggia su una teoria filosofica che concepisce la vita (e di conseguenza la morte) come capacità dell'individuo di interagire con l'ambiente, di stabilire relazioni con esso finalizzate alla conservazione della propria esistenza.

## 2. La situazione italiana

L'attuale normativa riguardante l'accertamento e la certificazione della morte comprende una legge, la n. 578 del 1993, ed un recente regolamento, dell'11 aprile 2008, che va a sostituire quello precedente, il n. 582 del 22 agosto 1994. Su queste disposizioni dovremo attentamente soffermarci, ma per chiarire come (e perché) si sia giunti ad esse è necessario fare qualche passo indietro. La lex 2.12.1975, n. 644<sup>14</sup>, che disciplinava in modo organico il prelievo di organi da cadavere (prima che fosse sostituita da quella attualmente in vigore), accoglieva al suo interno alcuni articoli (artt. 3-5) che riguardavano le modalità tecniche per l'accertamento della morte in stretta connessione con l'oggetto della disciplina. In altri termini i criteri previsti non valevano in generale, ma solo nel caso in cui vi fosse l'intenzione di procedere al prelievo. Per gli altri casi la morte veniva accertata

seguendo le disposizioni contenute nel regolamento di polizia mortuaria, il quale peraltro non faceva riferimento a precise modalità tecniche di accertamento, ma conteneva in linea generale un periodo di osservazione di 24 ore (art. 8, d.p.r. 21.10.1975, n. 803)<sup>15</sup>.

Il medico faceva ricorso ai segni tradizionalmente indicati dalla sintomatologia clinica e d'altro canto il lungo periodo di osservazione (prolungato in pratica sino all'insorgere dei primi segni putrefattivi) serviva a dissipare qualsiasi dubbio sulla morte. Anche se nella lex 644/1975 non si ritrova alcuna definizione della morte e il legislatore si limita a fissare i criteri per il suo accertamento, la cosiddetta "morte cerebrale" aveva trovato qui la sua piena legittimità, cioè era già avvenuto alcuni anni prima e precisamente con due decreti ministeriali 11.8.1969<sup>16</sup> e 9.1.1970<sup>17</sup> che determinano le modalità per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni cerebrali primitive e sottoposti a rianimazione. Si noti: entrambi i documenti illustrano i criteri per accertare la morte proprio in quei soggetti, ma al contempo tale accertamento viene effettuato ai fini del particolare interesse il secondo documento, nel quale vengono recepiti i criteri del rapporto di Harvard, al quale si è fatto riferimento poco sopra.

Morte cerebrale e trapianto di organi risultano così indissolubilmente intrecciati, e non deve quindi sorprendere se un decreto, immediatamente seguente all'ultimo citato (d.m. 9.1.1970, n. 78), consente, per la prima volta, unitamente al prelievo a cuore battente di altri organi, anche quello, dimostrato, cioè, i trapiantisti

<sup>13</sup> Cfr. D.A. Shewmon, "Brain Death", "Brain Stem Death" and Death: A Critical Re-Evaluation of the Purported Equivalence, in "Issues in Law & Medicine", 14, 2, 1998, pp. 125-145 e Id., *The Brain and Somatic Integration: Insights Into the Standard Biological Rationale for Equating "Brain Death" With Death*, in "Journal of Medicine and Philosophy", 26, 5, 2001, pp. 457-478.

<sup>14</sup> Legge 2 dicembre 1975, n. 644, *Disciplina di prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzione di estratto per uso terapeutico* (pubblicata sulla "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", Roma CXVI, n. 334, di venerdì 19 dicembre 1975, pp. 8869-8871). Cfr. al riguardo F. Mantovani, *Morte (generalità)*, in *Enciclopedia del diritto*, Milano, Giuffrè, 1977, vol. XXVII, pp. 82-103; P. Rescigno, *Morte*, in *Digesto civile* (Discipline Privatistiche - Sezione civile), 1994, pp. 458-465.

<sup>15</sup> Cfr. d.p.r. 21 ottobre 1975, n. 803. *Regolamento di polizia mortuaria* (pubblicato sulla "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", Suppl. ordinario alla G.U., n. 22, Roma CXVIII, di lunedì 26 gennaio 1976, pp. 2-11).

<sup>16</sup> Cfr. d.m. 11 agosto 1969, *Modalità concernenti l'applicazione dell'art. 5 della l. 3 aprile 1957, n. 235, sul prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico* (pubblicato sulla "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", Roma CX, n. 230, di mercoledì 10 settembre 1969, pp. 5718-5719).

<sup>17</sup> Cfr. d.m. 9 gennaio 1970, *Determinazione delle metodiche per l'accertamento della morte nei soggetti sottoposti a rianimazione per lesioni cerebrali primitive* (pubblicato sulla "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", Roma CXI, n. 26, di venerdì 30 gennaio 1970, p. 546).

<sup>18</sup> Cfr. d.p.r. 5 febbraio 1970, n. 78, *Modifica dell'art. 1 del regolamento concernente il prelievo di parti da cadavere a scopo di trapianto terapeutico, approvato*

<sup>12</sup> *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*, January 2009:

<http://www.bioethics.gov/reports/death/index.html> (consultato in data 03/08/2009).

non furono soddisfatti, poiché non veniva modificato il periodo di osservazione ritenuto eccessivamente lungo: almeno ventiquattro ore (d.m. 9.1.1970); esattamente lo stesso periodo previsto dal regolamento di polizia mortuaria per constatare l'avvenuto decesso dei cadaveri non destinati ad operazioni di prelievo, con la differenza, certamente non irrilevante, che nel caso dei donatori durante suddetto periodo il respiratore rimaneva acceso (sospeso per due minuti a «brevi intervalli di tempo» per constatare l'assenza di respirazione spontanea).

Si giunse così alla lex 644/1975 che dimezzò il periodo di osservazione, portandolo a dodici ore, modificando altresì in modo significativo tempi e modalità della rilevazione dei parametri indicati, i quali restavano tuttavia immutati rispetto al d.m. 9.1.1970. [...].

Connettendo i criteri per l'accertamento della morte al trapianto degli organi la legge del 1975 sollevava tuttavia un grosso problema proprio con riferimento a quei soggetti cerebrolesi sottoposti a rianimazione che, per la loro peculiare condizione, sono i candidati "naturali" al prelievo degli organi: cosa si doveva fare di pazienti non donatori che, sottoposti a rianimazione, non uscivano più dallo stato di coma profondo in cui erano caduti? Ora, è evidente che in questo caso si dovevano applicare quelle stesse modalità di controllo previste per i pazienti donatori (dal momento che si trattava di accertare comunque l'assenza dell'attività cerebrale), ma, se per i pazienti donatori quelle modalità di controllo erano limitate al periodo di osservazione di dodici ore, per i pazienti non donatori la respirazione artificiale continuava sino a che interveniva spontaneamente la cessazione del battito cardiaco. Si trattava dunque di una palese disparità di trattamento che, se per il soggetto non donatore poteva per certi versi configurarsi anche come un inutile procrastinare lo stato di coma profondo ed irreversibile, per il soggetto donatore di contro poteva verosimilmente suggerire l'idea di una troppo rapida certificazione di morte finalizzata ad ottenere condizioni ottimali per il prelievo degli organi. La organizzazione quindi era destinata a scontentare tutti. E comunque gli

oppositori della nuova concezione della morte in termini neurologici avevano buon gioco nel contestare la sua introduzione, poiché finalizzata esclusivamente ai trapianti. La "morte cerebrale" in fondo valeva solo per quei soggetti che sottoposti a rianimazione erano candidati alla donazione. In tutti gli altri casi era ancora la concezione tradizionale della morte cardiaca a persistere. Tutto ciò, ovviamente, non poteva che essere d'ostacolo soprattutto all'incremento della donazione, cosicché si decise di percorrere una strada diversa da quella sino ad allora seguita separando formalmente il problema dell'accertamento della morte da quello del trapianto di organi. Si è giunti così nel 1993 all'approvazione di una legge, e nell'anno seguente di un connesso regolamento attuativo, riguardanti l'accertamento e la certificazione di morte, nonché le modalità previste. Nel 2008 questo regolamento è stato sostituito da uno nuovo.

### 3. La lex 578/1993 riguardante l'accertamento e la certificazione della morte e il connesso regolamento n. 582 del 1994

Si tratta della lex 578/1993<sup>19</sup> e del decreto del Ministro della Sanità 582/1994<sup>20</sup>, di recente sostituito dal regolamento del 2008<sup>21</sup>. Soffermiamoci anzitutto sulla legge. Non vi è dubbio che in questa occasione il legislatore sia stato estremamente radicale: se in precedenza la nuova concezione della morte sulla base dei criteri neurologici conviveva ancora con quella tradizionale basata sull'arresto cardiorespiratorio, tanto che della prima in sostanza si teneva conto solo nel caso dei trapianti, mentre negli altri casi era ancora la seconda a valere, ora la nuova definizione viene presentata come l'unica valida sempre e per

tutti. Esiste infatti un'unica definizione di morte: «la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo» (art. 1, l. 29.12.1993, n. 578). [...].

Per la prima volta nella legislazione italiana viene introdotta una definizione della morte (nelle leggi e nei regolamenti precedenti si faceva riferimento ai criteri per accertarla, ma non si trovava mai una sua definizione)<sup>22</sup> e tale definizione legale corrisponde perfettamente alla nuova nozione di morte cerebrale che allora veniva presentata come un dato scientifico definitivamente acquisito, anche se per la verità proprio in quegli anni (come si è visto) il consenso della comunità scientifica su di essa cominciava già ad incrinarsi.

Certo, allo stato di morte cerebrale si può giungere seguendo due percorsi diversi: quello "tradizionale" che parte dall'arresto cardiocircolatorio e arriva alla cessazione delle funzioni cerebrali e quello dei pazienti cerebrolesi che, sottoposti a rianimazione, pur mantenendo la funzione cardiaca, non sono più in grado di recuperare quella cerebrale. Nel primo caso l'arresto della funzione cerebrale segue quello della funzione cardiaca, nel secondo avviene la cosa opposta (anche se qui il cuore è ancora reso funzionale dalla ventilazione assistita), ma in entrambi è la morte cerebrale ad essere riconosciuta per legge come la ~~Durquid una persona~~ univoca definizione di morte, il che non significa che identici debbano pure essere i criteri per il suo accertamento. Proprio perché si può giungere alla morte seguendo due diversi percorsi, diverse dovranno anche essere le modalità per accertarla. Questo spiega perché la lex 578/1993, dopo aver definito all'art. 1 la morte, nell'articolo seguente si soffermi sul suo accertamento, distinguendo (nei

<sup>19</sup> Legge 29 dicembre 1993, n. 578, *Norme per l'accertamento e la certificazione di morte* (pubblicata sulla "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", Roma CXXXV, n. 5, di sabato 8 gennaio 1994, pp. 4-6).

<sup>20</sup> Cfr. d.m. 22 agosto 1994, n. 582, *Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte* (pubblicato sulla "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", Roma CXXXV, n. 245, di mercoledì 19 ottobre 1994, pp. 4-7).

<sup>21</sup> Cfr. d.m. 11 aprile 2008, *Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582, relativo al Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte* (pubblicato sulla "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana", Roma CIL, n. 136, di giovedì 12 giugno 2008, pp. 8-11).

<sup>22</sup> Per la verità va qui detto che esiste una circolare esplicativa del Ministero della Sanità (la n. 24 del 24.6.1993) relativa al regolamento di polizia mortuaria vigente, la quale afferma che per cadavere si intende «il corpo umano rimasto privo delle funzioni cardiocircolatoria e cerebrale» (punto 15 della circolare citata). È pur vero che nella gerarchia delle fonti una circolare ha un'importanza minore rispetto a una legge e che, inoltre, la legge sull'accertamento della morte è successiva alla circolare e dunque anche sotto il profilo temporale prevale, ma è nondimeno da sottolineare che almeno sino al 1993 l'equazione morte cerebrale = cadavere non era ancora espressamente riconosciuta dal nostro ordinamento e per definire cadavere una persona si faceva ricorso congiuntamente alla funzione cardiorespiratoria e a quella cerebrale.





to (art. 3, 2° co.), la loro presenza non risulta dunque compatibile con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche.

Insomma, la legge afferma in linea di principio che la morte si identifica con la cessazione di *tutte* le funzioni dell'encefalo, in pratica poi però si accerta soltanto l'arresto di alcune di esse. Ciò risulta con particolare evidenza dal parametro del silenzio elettrico cerebrale, il quale indica che la corteccia cerebrale è ormai irreversibilmente fuori uso, anche se l'ipotalamo continua ancora a funzionare. Poiché la definizione di morte si trova in una legge, mentre le modalità per il suo accertamento in un decreto emanato dal Ministero della Sanità, se ne dovrebbe quantomeno concludere che le modalità stabilite dal Ministero non sono conformi alla legge e pertanto andrebbero mutate, reintroducendo criteri più rigorosi. Un nuovo regolamento in effetti è stato recentemente emanato, ma tuttavia esso – come ora vedremo – è mosso da tutt'altre intenzioni.

#### 4. Il nuovo regolamento del 2008 riguardante le modalità per l'accertamento e la certificazione della morte

Il nuovo regolamento dell'11 aprile 2008 è andato a sostituire quello precedente, n. 582 del 22 agosto 1994. [...]. Le novità di maggior rilievo riguardano due diversi profili. Il primo concerne i requisiti clinico-strumentali nonché le condizioni che devono essere osservate per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche, il secondo il periodo di osservazione. Il primo profilo il recente regolamento vorrebbe, per la prima volta dopo quattordici anni, rispondere alle «sempre maggiori conoscenze scientifiche» e allo «sviluppo tecnologico e strumentale intervenuti nel tempo». A ben vedere tuttavia le novità riguardano più alcune metodologie strumentali che non le conoscenze scientifiche, mentre le modifiche introdotte per l'accertamento nei soggetti affetti da lesioni encefaliche sono più apparenti che reali. Consideriamo entrambi gli aspetti. Per quel che concerne le metodologie strumentali, vengono introdotte nuove metodologie strumentali digitali, di cui non si intende contestare l'utilità pratica, ma che nella sostanza non modificano le condizioni previste dalla legge. Maggiore attenzione è invece rivolta alle modifiche riguardanti le modalità

per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche. Rispetto al precedente regolamento vengono introdotte alcune integrazioni riguardanti la rilevazione dell'assenza dei riflessi del tronco encefalico. L'art. 3, 1° co., del nuovo regolamento aggiunge ai parametri già previsti dal precedente regolamento la necessità di considerare il «riflesso faringeo» e la «risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato».

Nel nuovo regolamento si aggiunge altresì la necessità di rilevare oltre l'assenza di coscienza l'assenza di vigilanza, la quale però risultava implicita nel precedente regolamento ed in più si insiste sul fatto che «l'iter diagnostico deve comprendere la certezza della diagnosi etiopatogenetica della lesione encefalica e l'assenza di alterazioni dell'omeostasi termica, cardiocircolatoria, respiratoria, endocrinometabolica, di grado tale da interferire nel quadro clinico-strumentale complessivo» (art. 2, 1° co.). Affermazioni molto forti che vogliono sottolineare la necessità di essere sicuri sulle cause che hanno prodotto la lesione encefalica, ma che, per come esposte, sembrano soltanto un programma di buone intenzioni, dal momento che nulla si dice su come quella certezza diagnostica dovrà essere documentata, fatti salvi i requisiti già previsti dal regolamento. Per il secondo caso, si registrano alcune – peraltro irrilevanti – innovazioni terminologiche: si parla di assenza di flusso ematico encefalico e non cerebrale, di assenza di attività elettrica cerebrale e non più di silenzio elettrico cerebrale, ma i termini sono usati come sinonimi. Nel secondo caso, per definire l'assenza di attività elettrica, il legislatore riprende la stessa definizione che nel precedente regolamento veniva fornita per indicare il silenzio elettrico (cfr. d.m. 11.4.2008, Allegato 1, punto 1). Queste, in sostanza, le innovazioni introdotte riguardo l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche. Corrispondono alle «sempre maggiori conoscenze scientifiche» acquisite in questo campo? V'è ragione per dubitarne. Per l'accertamento della morte nei soggetti indicati ci si continua fondamentalmente ad avvalere dell'uso dell'elettroencefalogramma, mentre sistemi di valutazione diversi, come ad esempio i potenziali evocati somatosensitivi ed

acustici a breve latenza, «possono essere valutati» (osservazioni finali all'allegato): il che significa che si lascia alla discrezionalità del collegio medico, che dovrà accertare la morte, la loro presa in considerazione.

Suscita inoltre perplessità il modo in cui si introduce il requisito dell'assenza di flusso ematico. Nel precedente regolamento esso veniva richiamato solo nei casi particolari e solo quando si parlava di essi (d.m. 22.8.1994, n. 582, art. 2, 2° co.). Nel nuovo regolamento, invece, tale requisito viene già inserito tra i criteri generali, salvo però aggiungere che verrà preso in considerazione solo in casi particolari (d.m. 11.4.2008, art. 2, 1° co.). Insomma, un mero cambiamento di forma che nulla modifica nel contenuto. Se le attuali conoscenze scientifiche sembrano attribuire sempre più importanza all'esame del flusso ematico encefalico, allora il nuovo regolamento avrebbe dovuto estenderlo dalle situazioni particolari previste dal vecchio regolamento a tutte le situazioni di accertamento della morte in soggetti affetti da lesioni encefaliche. L'assenza della circolazione del sangue nell'encefalo, insieme agli altri criteri (esame clinico al letto del paziente e elettroencefalogramma), potrebbe offrire una garanzia maggiore circa la diagnosi di morte cerebrale. Nel nuovo regolamento il Ministro, nella sostanza, si limita a reiterare quanto già prescritto da quello vecchio. Insomma, per un verso la necessità di un nuovo regolamento viene argomentata con il rinvio alle nuove conoscenze scientifiche, per l'altro proprio quelle conoscenze vengono di fatto largamente disattese. È quanto si può dire con riferimento ai potenziali evocati somatosensitivi ed acustici che dipendono dalla discrezionalità dei medici e al rilievo del flusso ematico encefalico che è previsto solo per i casi particolari.<sup>27</sup> un nuovo regolamento che riguardo ai requisiti clinico-strumentali è ben poco innovativo rispetto a quello precedente. Una ragione in effetti c'è, ma essa non ha proprio nulla a che fare – come invece vorrebbe lasciar intendere il Ministro – con le sempre maggiori conoscenze

<sup>27</sup> Nel regolamento non si fa riferimento alle diverse tecniche che possono dimostrare l'assenza della circolazione sanguigna nel cervello, ma si fa rinvio a predisposte linee guida per l'applicazione di indagini strumentali di flusso ematico cerebrale in situazioni particolari, ai fini della diagnosi di morte in soggetti affetti da lesioni encefaliche.

scientifiche. Le rilevanti novità riguardano infatti il periodo di osservazione, rispetto al quale si inseriscono parametri ancora meno vincolanti di quelli, peraltro già permissivi, previsti dal precedente regolamento. Fatta salva la durata del periodo di osservazione – confermata in sei ore – il precedente regolamento prevedeva che la simultaneità di condizioni che il collegio medico doveva rilevare andava verificata tre volte (all’inizio, a metà e alla fine del periodo di osservazione, decreto 22.8.1994, n. 582, art. 4, 3° co.), mentre il nuovo regolamento riduce a due suddetta verifica (all’inizio e alla fine del periodo di osservazione, decreto 11.4.2008, n. 136, art. 4, 3° co.). È qui evidente la volontà di sveltire il più possibile il periodo di osservazione. La riduzione a due, ancorché pecchi di difetto di motivazione, non è comunque in contrasto con precedenti disposizioni di leggi ed un regolamento può modificare un altro regolamento; ma il Ministro non si è limitato a questo. Il precedente regolamento (art. 4, 1° co.) prevedeva un trattamento differenziato per i bambini di età inferiore a un anno (nel qual caso la durata dell’osservazione era di ventiquattro ore) e per i bambini tra uno e cinque anni (nel qual caso la durata dell’osservazione era di dodici ore). Ciò era conforme a quanto stabilito dalla legge n. 578 del 1993, la quale (all’art. 2, 4° co.), esplicitamente, richiamava l’attenzione sul fatto che il regolamento attuativo avrebbe dovuto «tener conto delle peculiarità dei soggetti di età inferiore ai cinque anni». Il nuovo regolamento, in palese violazione con la disposizione di legge citata, stabilisce in sei ore la durata dell’osservazione per tutti, togliendo quelle particolari precauzioni che il legislatore aveva voluto inserire proprio con riferimento ai bambini di età inferiore ai cinque anni. Poiché un regolamento non può contrastare con disposizioni di rango superiore, e qui il contrasto è palese, il nuovo regolamento risulta impugnabile nelle modalità e nei tempi previsti dal nostro ordinamento. [...].

Dopo quanto si è detto dovrebbe essere emerso con sufficiente chiarezza le reali intenzioni che hanno spinto a formulare il nuovo

regolamento. Lungi dal rispondere alle nuove esigenze scientifiche, si trattava soprattutto di intervenire sul periodo di osservazione riducendo a due il controllo della simultaneità delle condizioni previste nel caso di morte encefalica ed equiparando i bambini a tutti gli altri soggetti donatori. Se la riduzione a due delle verifiche della rilevazione, quantunque risulti immotivata (come si è visto), non è in contrasto con precedenti disposizioni, il non aver tenuto conto della peculiarità dei bambini di età inferiore a cinque anni contravviene palesemente a una legge in vigore nello Stato.

### 5. Elementi per una critica radicale

Proprio negli anni in cui in Italia veniva introdotta la nuova definizione legale di morte cerebrale, dalla letteratura medica internazionale cominciavano ad emergere critiche nei suoi confronti. Sulla base delle nuove conoscenze risultava praticamente impossibile accertare l’assenza di tutte le funzioni cerebrali: pazienti i quali rispondono agli attuali criteri clinici adoperati a questo scopo non necessariamente presentano la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo e quindi giuridicamente non possono ancora essere definiti deceduti. **Bisognava decubito** questo punto fare una pausa di riflessione e interrogarsi da capo sul problema dei trapianti, dal momento che essi avvenivano – e avvengono – da individui in cui non tutte le funzioni dell’encefalo sono cessate, e dunque a rigore di legge sono ancora vivi. Questo non per contestare necessariamente la loro liceità, ma per sottolineare che essi avevano bisogno di una diversa giustificazione rispetto a quella fornita dalla morte cerebrale. Si è invece preferito premere sull’acceleratore: da un lato introducendo per legge una definizione di morte cerebrale totale che stava ormai perdendo credibilità nell’ambito della comunità scientifica e dall’altro regolamentando il suo accertamento con modalità che non potevano non essere ritenute adeguate. **Perché l’iter di accertamento?** Ebbene, benché la legge con cui viene definita la morte sia

apparentemente indipendente dal trapianto di organi, in realtà è del tutto evidente che essa (con il successivo regolamento attuativo e quello più recente lo conferma ampiamente) sia stata progettata proprio con l’evidente intento di favorirlo. [...].

Per eliminare tuttavia il sospetto che il vero motivo della legge fosse in sostanza proprio quello di introdurre criteri più permissivi per l’accertamento della morte in soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a rianimazione si introduce ora il principio (questo sì, senza dubbio nuovo) che quei criteri valgono per tutti e non più soltanto per i donatori di organi. Una volta accertata la morte cerebrale, con le modalità che abbiamo visto, il medico comunque “staccherà la spina” del respiratore. Sarà anzi obbligato a farlo. Per rafforzare l’idea che a quel punto abbiamo con certezza a che fare con cadaveri, l’accertamento della morte cerebrale, che come era già previsto dalla precedente normativa resta affidato ad un collegio composto da tre medici, viene ora esplicitamente imposto al medico. Infatti «la partecipazione al collegio medico è obbligatoria» (art. 2, 8° co.), impedendo così al medico la possibilità di dissentire da una definizione legale di morte che egli, ad esempio, da un punto di vista clinico potrebbe personalmente non ritenere non definitiva. **Il presidente dice** lo scopo: far pressione sui medici riottosi e soprattutto su coloro che ancora non intendono donare i loro organi affinché lo facciano, con l’argomento che tanto non potranno più contare su quel trattamento differenziato che la precedente legge del 1975 ancora garantiva loro. Non rendendosi peraltro conto che in tal modo non si fa giustizia, assoggettando tutti al medesimo trattamento, bensì si generalizza un torto, come è quello di definire morti individui (donatori e non donatori), i quali a rigor di termini non sono neppure in stato di morte cerebrale totale, poiché i requisiti clinico-strumentali previsti dal regolamento per l’accertamento della morte non sono in grado di accertare la cessazione di tutte le funzioni dell’encefalo.

**P.B.**

**SOLIDARIETA' ORANTE**

Perseveriamo nel dedicare il Rosario del Venerdì a quest'unica intenzione : che il Signore salvi la Chiesa dalle conseguenze delle colpe degli uomini della Chiesa.

Sped. Abb. Postale

---

 Comma 20/C Art. 2 Legge 662/96  
 ROMA
 

---


 Associato all'Unione  
 Stampa Periodica Italiana
**sì sì no no**

Bollettino degli associati al  
 Centro Cattolico Studi Antimodernisti San Pio X  
**Recapito Postale:** Via Madonna degli Angeli, n. 78  
 (sulla destra di Via Appia Nuova al km. 37,500)  
 00049 Velletri

**tel. (06) 963.55.68 fax. (06) 963.69.14**  
**e-mail: sisinono@tiscali.it**

**Fondatore: Sac. Francesco Putti**

Direttore Responsabile: Maria Caso

Quota di adesione al « Centro »:

minimo € 5 annue (anche in francobolli)

**Esteri e Via Aerea:** aggiungere spese postali

Conto corr. post. n. **60 22 60 08 intestato a**

**sì sì no no**

---

 Aut. trib. Velletri n. 5 / 07 26 - 02 - 2007
 

---

Stampato in proprio