

Attualità

I morti sono veramente morti quando preleviamo i loro organi?

di Paolo Becchi (*)

Contributo presentato il 27 gennaio 2004 nell'ambito del Corso di Perfezionamento in Bioetica, diretto dal professor Corrado Viafora, Università degli Studi di Padova, Padova.

1. Premessa

Mentre riguardo ai temi di inizio vita il dibattito nel nostro paese di recente ha avuto un'improvvisa impennata, in relazione alla contrastata approvazione della legge sulla procreazione assistita (la n. 40 del 2004), su un tema di fine vita, quello in particolare del trapianto di organi da "cadaveri", il dibattito pare essersi esaurito nel periodo immediatamente seguente all'approvazione, avvenuta invece a larga maggioranza, della nuova legge sui trapianti (la n. 91 del 1999). E, comunque, il dibattito su quest'ultima legge si è concentrato prevalentemente su un problema - peraltro di non poco momento - come è quello del criterio introdotto (all'art. 4) per la dichiarazione di volontà, noto come "silenzio-assenso informato". Un criterio, a mio avviso, alquanto discutibile, anche se ancora più discutibile è stato il modo in cui l'allora Ministro della Sanità, Rosy Bindi, ha aggirato la legge inviando ai cittadini un tesserino (*donor card*), che non solo non era in alcun modo previsto dalla legge, ma che di fatto sul punto nodale ne ha impedito l'applicazione. Tanto è vero che oggi, a ormai cinque anni di distanza dalla promulgazione della legge, siamo ancora in quella fase "transitoria" (regolata dall'art. 23), che soltanto per eufemismo possiamo continuare a definire tale. Ma non è su questo che intendo ora soffermarmi ⁽¹⁾.

In questa sede vorrei seminare un altro dubbio e questo riguarda non la legge sui trapianti in sé, quanto il presupposto su cui essa poggia; vale a dire che nel momento in cui si effettua il prelievo il donatore sia già "cadavere". Ma siamo proprio sicuri di questo ⁽²⁾?

⁽¹⁾ L'ho già fatto in molte altre occasioni, tra le quali mi limito qui ad indicare: P. Becchi, P. Donadoni, *Informazione e consenso all'espanto di organi da cadavere*, in «Politica del diritto», XXXII, n. 2, 2001, pp. 257-287; P. Becchi, *Tra(i)piani. Spunti critici intorno alla legge in materia di donazione degli organi e alla sua applicazione*, in «Ragion pratica», 18, 2002, pp. 275-288 e P. Becchi, *Information und Einwilligung zur Organspende. Das neue italienische Gesetz und seine "ewige" Übergangsphase*, in *Hirntod und Organspende*, a cura di A. Bondolfi, U. Kostka, K. Seelmann, Basel, Schwabe, 2003, pp. 149-161.

⁽²⁾ Per un tentativo più esaustivo di rispondere alla domanda formulata, desidero rinviare ad un'antologia di scritti che ho curato, in collaborazione con Rosangela Barcaro, ed è in corso

Prenderò le mosse da una banale constatazione che risulta subito evidente dal confronto tra le due leggi a cui ho poc'anzi accennato.

Abbiamo ritenuto doveroso proteggere con una serie di divieti un'entità delle dimensioni di uno spillo contenuta in una provetta (ad esempio proibendone congelamento e soppressione o persino vietandone la diagnosi prenatale pre-impianto), mentre con un essere umano in carne ed ossa, che presenta una temperatura corporea intorno ai 37° C, colorito roseo, battito cardiaco e atto respiratorio non spontaneo, ma mantenuto dalle apparecchiature per la rianimazione, possiamo fare tutto quello che è lecito fare con un cadavere.

Si obietterà: la cosa è solo in apparenza sconcertante. Gli embrioni, sin dal loro primissimo sviluppo, sono comunque già vivi (e questo spiega la grande attenzione loro riservata), mentre una volta che è stata accertata la morte cerebrale il paziente non è più vivo, ma morto: un cadavere che sembra ancora vivo, ma che in realtà non lo è più. E questa conclusione viene presentata come un dato scientifico acquisito una volta per tutte alla fine degli anni Sessanta, quando un Comitato, istituito presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Harvard per affrontare il problema, giunse in un suo celebre Rapporto ad equiparare in sostanza la diagnosi di coma irreversibile (riscontrata con rigorosi criteri clinici che dovevano accertare la perdita permanente delle funzioni cerebrali) alla morte cerebrale e questa alla morte di fatto ⁽³⁾.

di pubblicazione presso la E.S.I. di Napoli, *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti* (in stampa). L'antologia comprende scritti di Carlo Alberto Defanti, John Finnis, Amir Halevy e Baruch Brody, Hans Jonas, Josef Seifert, Alan Shewmon, Peter Singer, Ralf Stoeker, Robert Truog e riproduce in Appendice il documento del *Danish Council of Ethics* dedicato ai criteri di morte.

⁽³⁾ Cfr. *A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine Brain Death*, in «Journal of the American Medical Association», 205, 1968, pp. 337-340. Per la discussione critica del documento si vedano ad esempio: M. Giacomini, *A Change of Heart and a Change of Mind? Technology and the Redefinition of Death in 1968*, in «Social Science and Medicine», 44, 1997, pp. 1465-1482; R.M. Veatch, *Transplantation Ethics*, Washington D.C.,

Nasceva così la nuova definizione della morte, che incontrò - nel corso degli anni seguenti - larga fortuna. E questo per diversi motivi. Anzitutto essa rispecchiava le conoscenze scientifiche di allora, le quali parevano confermare la tesi che pazienti in coma irreversibile andassero comunque incontro entro breve tempo ad arresto cardiaco; in secondo luogo una tale definizione offriva il miglior sostegno allo sviluppo delle tecniche trapiantologiche che proprio in quel periodo erano agli inizi (non dimentichiamo che il primo trapianto di cuore fu effettuato da Barnard nel dicembre del 1967); in terzo luogo essa consentiva di aggirare l'ostacolo dell'eutanasia: se il paziente il cui cervello aveva smesso irreversibilmente di funzionare era morto, prelevargli il cuore o interrompere la ventilazione artificiale non equivaleva ad ucciderlo. Come si vede sin da principio non furono comunque solo ragioni scientifiche a spingere ad una ridefinizione della morte.

Anche se si guarda alle legislazioni l'intreccio tra la nuova definizione della morte e i trapianti risulta ben visibile. Limitiamoci qui al nostro paese, ma il discorso, almeno sino a un certo punto, si potrebbe generalizzare ad altre esperienze giuridiche. Già nel 1969 con un decreto del Ministro della Sanità dell'11 agosto, ed uno seguente del 9 gennaio 1970, veniva introdotto il criterio della morte cerebrale e lo si faceva (utilizzando in sostanza i parametri di Harvard) proprio con esplicito riferimento al problema del prelievo degli organi a scopo di trapianto. Ed è significativo che a brevissima distanza, il 5 febbraio 1970, un decreto del Presidente della Repubblica (n. 78), su proposta del Ministro della Sanità, autorizzasse per la prima volta in Italia anche il prelievo del cuore e delle sue parti⁽⁴⁾. Da allora il legislatore si limitò ad indicare i diversi criteri per l'accertamento della morte, non spingendosi, neppure nella prima legge organica in materia di trapianti (la n. 644 del 1975), sino al punto di volerla definire. Questo avvenne soltanto nel 1993 con la legge n. 578 (ed un connesso decreto ministeriale attuativo dell'anno seguente)⁽⁵⁾, secondo la quale la morte «si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo» (art. 1).

La legge non solo introduce la definizione di morte cerebrale totale, ma altresì - cambiando rotta rispetto a quella del 1975 - generalizza l'uso dei criteri per

l'accertamento di morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche sottoposti a misure rianimatorie a tutti coloro che si trovino in quelle condizioni, indipendentemente dal fatto che siano donatori o meno. Anche se formalmente separata dal problema dei trapianti, questa legge, già dal momento in cui è entrata in vigore, ha modificato le condizioni per il prelievo degli organi. E la più recente legge sui trapianti, quella in vigore dal 1999, sotto questo profilo non fa che recepirne integralmente. La legge sui trapianti⁽⁶⁾ ha infatti mutato le modalità per l'acquisizione del consenso, facilitandolo (e questo in parte vale già nell'attuale fase "transitoria"), ma ha mantenuto inalterata la definizione di morte e le modalità previste per il suo accertamento, così come erano state fissate nel 1993/94, e che pertanto costituiscono attualmente il presupposto per la liceità del prelievo degli organi.

2. Il dibattito etico-filosofico sulla morte cerebrale

Eppure proprio nel corso degli anni Novanta, mentre nel nostro paese non solo - come in molti altri - si accettava la "morte cerebrale", ma ci si spingeva persino ad introdurre in una legge la sua definizione, nel paese in cui quella definizione era stata per la prima volta formulata, gli Stati Uniti d'America, cominciava a manifestarsi un forte ripensamento nei suoi confronti. Per la verità già da subito erano emerse forti perplessità in campo filosofico sulla nuova definizione di morte. Come è noto un grande filosofo del Novecento, nonché uno dei protagonisti del dibattito bioetico contemporaneo, Hans Jonas, ad un mese di distanza dalla pubblicazione del Rapporto di Harvard, intervenendo ad un convegno dedicato al tema degli esperimenti su soggetti umani, manifestò al riguardo la sua ferma opposizione. Il *leitmotiv* era il seguente: non conosciamo con sicurezza la linea di confine tra la vita e la morte e una definizione - tra l'altro introdotta con l'intento palese di favorire il prelievo degli organi - non può certo sostituire quel deficit conoscitivo. Quando il cervello ha smesso irreversibilmente di funzionare possiamo sospendere i trattamenti di sostegno artificiale (anzi - come Jonas precisò in seguito - dobbiamo farlo perché sarebbe contrario alla dignità umana tenere un essere umano in quella condizione), non già perché il paziente sia morto, ma perché non ha alcun senso prolungargli la vita in quelle condizioni. Già in Jonas troviamo il dilemma - bene sottolineato

Georgetown University Press, 2000; G. Belkin, *Brain Death and the Historical Understanding of Bioethics*, in «Journal of the History of Medicine», 58, 2003, pp. 325-361; in lingua italiana cfr. C.A. Defanti, *Vivo o morto? La storia della morte nella medicina moderna*, Milano, Zadig, 1999, pp. 65-75.

⁽⁴⁾ Tutti i documenti normativi citati sono riportati nell'appendice del ponderoso studio di F. Mantovani, *I trapianti e la sperimentazione umana nel diritto italiano e straniero*, Padova, Cedam, 1974, pp. 851-853.

⁽⁵⁾ Cfr. al riguardo, anche per i documenti normativi allegati in appendice, U.G. Nannini, *Valori della persona e definizione legale di morte*, Padova, Cedam, 1996.

⁽⁶⁾ Per un commento alla nuova legge mi limito qui a rinviare al volume collettaneo *La disciplina giuridica dei trapianti. Legge 1° aprile 1999 n. 91*, a cura di P. Stanzione, Milano, Giuffrè, 2000; in appendice viene anche riportato il testo della legge. In senso critico cfr. P. Becchi, *La morte nell'età della tecnica. Lineamenti di tanatologia etica e giuridica*, Genova, Compagnia dei Librai, 2002 e ora P. Sommaggio, *Il dono preteso. Il problema del trapianto di organi: legislazione e principi*, Padova, Cedam, 2004.

da Jonsen ⁽⁷⁾ - che sta all'origine della discussione sulla morte cerebrale. Dobbiamo cessare il supporto vitale per consentire al paziente di morire oppure spegniamo il respiratore ad un corpo già morto? Come è noto fu la seconda ad essere imboccata, e dal momento che si spegneva il respiratore ad un morto perché non mantenerlo invece ancora per un po' acceso per favorire i trapianti?

Per Jonas invece bisognava seguire la prima strada e la critica alla nuova definizione di morte diventò un suo cavallo di battaglia. Lo scritto più noto, pubblicato nel 1974 con il titolo significativo *Against the Stream*, è ormai diventato un classico. ⁽⁸⁾ Meno noto - ed è anche per questo che vorrei in questa sede richiamare l'attenzione su ciò - è il fatto che Jonas poco prima di morire ritornò nuovamente sul problema in un carteggio - di imminente pubblicazione in lingua italiana - con un medico tedesco con il quale era in rapporto d'amicizia. Il caso merita di essere, sia pure velocemente, ricordato.

Nell'ottobre del 1992, a seguito di un incidente stradale, una giovane donna era entrata in un coma da cui non si sarebbe più risvegliata e, dopo gli accertamenti previsti, dichiarata in stato di morte cerebrale. Si stava per procedere, con il consenso dei genitori, al prelievo degli organi, quando i medici si accorsero che la donna era incinta. Ovviamente furono bloccati i preparativi per il prelievo degli organi e i medici decisero di portare avanti la gravidanza. La discussione sulla morte cerebrale si accese in Germania e furono in molti allora a chiedersi come fosse possibile per un "cadavere" portare avanti una gravidanza e addirittura - come avvenne - "decidere" di interromperla con un aborto spontaneo quando il feto non era più vivo. Vorrei citare al riguardo un passo dell'intervento di Jonas,

tratto dalla sua corrispondenza con uno dei medici implicati nella vicenda:

"Nolente o volente tu, mio caro, o meglio voi avete contraddetto con il vostro agire ben ponderato la contemporanea dichiarazione di morte del suo oggetto. Avete detto: con la respirazione (e le altre cure) vogliamo impedire al corpo di Marion di diventare cadavere, in modo che possa proseguire la gravidanza. Credendolo capace di ciò, o perlomeno volendo dargliene la possibilità, avete puntato sul residuo di vita che in esso vi era - cioè della vita di Marion! Infatti il corpo è tanto unicamente il corpo di Marion, quanto il cervello era il cervello di Marion. Che l'esperimento questa volta sia fallito (sembra che in casi precedenti meno estremi sia già riuscito) può essere tanto poco portato a riprova del fatto che esso non è ammissibile, quanto un aborto spontaneo a riprova del fatto che non è possibile una gravidanza in generale. Voi credevate sinceramente nella chance della sua riuscita, vale a dire nella capacità funzionale del corpo cerebralmente morto che era a tal fine necessaria e mantenuta dalla vostra abilità - cioè credevate alla sua VITA temporaneamente prolungata per il bambino. Non vi è permesso negare questa credenza in altri casi di coma per altri scopi ⁽⁹⁾!"

Si dirà: per quanto interessante tutto ciò sia, esso dimostra soltanto la grande coerenza dell'autore. Questo è sicuramente vero per la biografia di Jonas, ma nel frattempo la sua "vecchia" posizione era ritornata d'attualità, e cominciò a risultare molto meno isolata di quanto non fosse all'inizio. Accanto a Jonas sarebbero qui certo meritevoli di considerazione gli scritti di Josef Seifert ⁽¹⁰⁾ e più recentemente quelli di Ro-

⁽⁷⁾ Cfr. A.R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, New York, Oxford University Press, 1998, p. 240.

⁽⁸⁾ Sul rapporto del Comitato di Harvard la reazione di Jonas è stata immediata: risale infatti al settembre del 1968 e fu avanzata dall'autore nell'ambito del suo intervento dedicato al tema degli esperimenti su soggetti umani. Ad esso seguì il saggio più noto *Against the Stream*, pubblicato nel 1974 (ma scritto nel 1970), in cui Jonas discute le obiezioni che gli erano state mosse da alcuni medici del Comitato con cui nel frattempo era entrato in contatto. A questo saggio seguirono due poscritti del 1976 e del 1985, segno della continua attenzione dedicata da Jonas a questo tema. Tutti i lavori sono stati raccolti da Jonas in *Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung* (1985), trad. it., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Torino, Einaudi, 1997, pp. 166-184. L'articolo compare ora anche nell'antologia di scritti a cura di R. Barcaro e P. Becchi, *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti* (in stampa). Per un primo tentativo di presentare nel nostro paese la figura e l'opera di Hans Jonas si veda la parte monografica del fascicolo n. 15 di «Ragion pratica» del 2000, a lui dedicata. Cfr. altresì P. Becchi, *Tecnica ed etica in Hans Jonas*, in «Annali della Facoltà di Giurisprudenza di Genova», XXV, 1993/94, pp. 280-314 e ora P. Becchi, *Hans Jonas e il ritorno alla metafisica*, in «MicroMega», 5, 2003, pp. 82-109.

⁽⁹⁾ Cfr. H. Jonas, *Brief an Hans-Bernhard Wuermeling*, in *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und Hirntodkriterium*, a cura di J. Hoff e J. in der Schmitt, Reinbek bei Hamburg, Rowohlt, 1994, pp. 21-27. Il testo della lettera è ora tradotto in lingua italiana nell'antologia, *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti* (in stampa).

⁽¹⁰⁾ Cfr. J. Seifert, *Leib und Seele. Ein Beitrag zur philosophischen Anthropologie*, Salzburg 1973; J. Seifert, *Das Leib-Seele Problem und die gegenwärtige philosophische Diskussion. Eine kritisch-systematische Analyse*, Darmstadt 1979 (il libro è apparso in seconda edizione nel 1989); J. Seifert, *What is Life? On the Originality, Irreducibility and Value of Life*, a cura di H.G. Callaway, Amsterdam 1997; J. Seifert, *Is "brain death" actually death? A critique of redefining man's death in terms of "brain death"*, in R.J. White, H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (a cura di), *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death, 10-14/12/1989*, Città del Vaticano 1992, pp. 95-143; J. Seifert, *Is "brain death" actually death?*, in «Monist», 76, 1993, pp. 175-202; si veda ora, in traduzione italiana, J. Seifert, *La morte cerebrale non è la morte di fatto. Argomentazioni filosofiche*, in R. Barcaro, P. Becchi (a cura di), *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Napoli, in corso di stampa.

bert Spaemann⁽¹¹⁾: due autori, entrambi di ispirazione cattolica, che sono almeno per certi versi, in sintonia intellettuale con Jonas. Tutti questi autori sono accomunati dall'idea che nell'incertezza o nell'impossibilità di provare con sicurezza che una persona è morta si dovrebbe trattarla come ancora viva.

L'aspetto tuttavia più sorprendente - ed è per questo che intendo soffermarmi - è che anche in un orizzonte di pensiero che sta agli antipodi di quello a cui mi sono riferito ora si ammette apertamente che la "morte cerebrale" altro non è stata che un «ardito espediente» con cui sono stati definiti morti esseri umani che non lo erano affatto.

Questa è la conclusione a cui oggi giunge un filosofo, ben noto anche nel nostro paese per le sue posizioni spiccatamente utilitaristiche: Peter Singer. Anche in questo caso vale la pena ricostruire brevemente il cammino da lui percorso⁽¹²⁾. All'inizio degli anni Novanta Singer - allora professore a Melbourne - fu chiamato in un importante ospedale di quella città a far parte di un comitato che doveva occuparsi di alcune questioni etiche legate al problema del consenso; tra queste anche quelle connesse all'anencefalia. I neonati colpiti da questa grave malformazione non sono in grado di diventare pienamente coscienti, poiché privi della parte "superiore" del cervello (ossia degli emisferi cerebrali, corteccia cerebrale compresa) e della volta cranica destinata a contenerlo, mentre la parte "inferiore", formata dal tronco encefalico, è spesso intatta anche se talvolta poco sviluppata. Il neonato anencefalico è dunque in grado di respirare spontaneamente, poiché tale attività dipende dal tronco, ma ha una prognosi infausta: in genere questi bambini sopravvivono per un periodo di tempo variabile da qualche giorno a poche settimane, prima di andare incontro ad arresto cardiocircolatorio⁽¹³⁾.

⁽¹¹⁾ Segnalo qui un lucido intervento di Spaemann ad un convegno internazionale di bioetica svoltosi a Roma nell'ottobre del 2002. Il testo del suo contributo è ora apparso in lingua italiana con il titolo *La morte della persona e la morte dell'essere umano*, in «Lepanto», n. 162, XXI, dicembre 2002 (Dossier: Ai confini della vita).

⁽¹²⁾ Per un esame più accurato mi sia consentito rinviare a P. Becchi, *Un passo indietro e due avanti. Peter Singer e i trapianti*, in «Bioetica», X, 2, 2002, pp. 226-247.

⁽¹³⁾ Per una dettagliata descrizione si veda ad esempio The Medical Task Force on Anencephaly, *The infant with anencephaly*, in «New England Journal of Medicine», 322, 10, 1990, pp. 669-674. Va peraltro osservato che ricerche più recenti effettuate da D.A. Shewmon tendono a mostrare come la notevole plasticità del cervello possa consentire in taluni casi al tronco encefalico di assumere certe funzioni che altrimenti sarebbero corticali. Viene così messa in discussione la dottrina della base neuroanatomica della coscienza. Cfr. al riguardo D.A. Shewmon, *Recovery from "Brain Death": A Neurologist's Apologia*, in «Linacre Quarterly», February 1997, pp. 30-96. (Per il lettore italiano sul problema degli anencefalici cfr. M. Caporale, *Al confine tra la vita e la morte*, Milano, Vita e Pensiero, 1997, pp. 22-23).

Singer, che negli anni precedenti era stato, tutto sommato, un sostenitore della "morte cerebrale totale" si trovava ora a confrontarsi con il seguente problema: perché non passare da quella concezione della morte a quella "corticale" in modo da poter dichiarare morti anche gli anencefalici? Alcuni membri del comitato volevano andare in quella direzione, ma Singer lasciando un po' tutti interdetti non li seguì. Le motivazioni del suo dissenso sono da lui stesso esplicitate in un suo libro, *Rethinking Life & Death*, pubblicato nel 1994 e poco dopo tradotto anche da noi. Almeno un capoverso di questo libro merita di essere citato per intero:

"Le deliberazioni del comitato di cui facevo parte mi indussero a riflettere più intensamente sulla morte cerebrale. La Commissione di Harvard sulla morte cerebrale si era trovata ad affrontare due grossi problemi. Molti pazienti in condizioni assolutamente disperate vivevano grazie ai respiratori e nessuno osava spegnere le macchine che li tenevano in vita. Organi che avrebbero potuto essere usati per salvare vite umane erano resi inutilizzabili in quanto, per prelevarli, si aspettava che la circolazione del sangue nei donatori potenziali si fosse arrestata. La Commissione aveva ritenuto di risolvere entrambi i problemi adottando l'ardito espediente di classificare come morti tutti gli individui il cui cervello avesse cessato di avere una qualche attività rilevabile. Questa ridefinizione della morte aveva conseguenze così chiaramente desiderabili che incontrò pochissime opposizioni e fu accettata quasi universalmente. Nondimeno, era viziata fin dall'inizio. La prassi di risolvere i problemi ricorrendo a delle ridefinizioni raramente funziona, e questo caso non faceva eccezione alla regola⁽¹⁴⁾."

Beninteso, la conseguenza che Singer trae dalla crisi della "morte cerebrale" è, ovviamente, molto diversa da quella dei filosofi citati in precedenza. Per questi ultimi, se i "morti cerebrali" al momento dell'espianto sono ancora vivi ciò vuol dire che è proprio con esso che gli togliamo la vita e non dobbiamo farlo, per Singer invece ciò è lecito poiché la vita non è un valore sacro ed inviolabile. Anche in questo caso (come in altri casi) esiste una "terza via", come sempre la più difficile, ed è quella che ho cercato di tracciare in un'altra occasione⁽¹⁵⁾; ma qui mi interessa sottolineare un altro aspetto; vale a dire che nonostante le divergenti conclusioni etiche tutti gli autori citati parto-

⁽¹⁴⁾ Cfr. P. Singer, *Rethinking Life & Death. The Collapse of Our Traditional Ethics* (1994), trad. it. *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, Milano 1996 (ristampa, con sottotitolo modificato, *Ripensare la vita. Tecnologia e bioetica: una nuova morale per il mondo moderno*, Milano 2000), p. 65.

⁽¹⁵⁾ Cfr. P. Becchi, *La morte. La questione irrisolta*, in «Ragion pratica», 19, 2002, pp. 179-218.

no dalla medesima critica alla nozione della morte cerebrale.

Viene da chiedersi che cosa abbia spinto Singer a porsi su quest'ultimo punto in compagnia di autori come Jonas, Seifert, Spaemann, distanti anni luce da lui, e di cui, tra l'altro, sembra quasi ignorare l'esistenza. Una risposta indiretta la possiamo avere leggendo l'ultimo suo contributo sul tema, *Morte cerebrale ed etica della sacralità della vita*, dove l'autore rivela le sue fonti⁽¹⁶⁾. E si tratta di fonti scientifiche di notevole valore, che assieme ad altre concorrono a delineare la crisi in cui non solo dal punto di vista filosofico, ma anche da quello medico-scientifico è caduta la nuova concezione della morte fondata su criteri esclusivamente neurologici.

3. Il dibattito medico scientifico sulla morte cerebrale

Pur non avendo specifiche competenze mediche, consentitemi a quest'ultimo riguardo di sottolineare almeno due aspetti cruciali⁽¹⁷⁾. Il primo concerne la possibilità o meno di accertare la morte cerebrale totale sulla base dei criteri e test attualmente adottati; il secondo concerne la tesi che la morte cerebrale sia comunque un indicatore della morte ravvicinata dell'intero organismo.

Il primo aspetto è stato bene analizzato da due medici statunitensi, Robert Truog e James Fackler, in un saggio pubblicato nel 1992 con il titolo significativo: *Rethinking brain death*⁽¹⁸⁾. Secondo gli autori, docu-

⁽¹⁶⁾ Cfr. P. Singer, *Morte cerebrale ed etica della sacralità della vita*, in «Bioetica», VIII, 1, 2000, pp. 31-49. Il saggio di Singer è stato oggetto di una interessante replica di John Finnis, rimasta sino ad oggi inedita. Il contributo di Singer, con tale replica, sono ora contenuti nel volume curato da R. Barcaro, P. Becchi, *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Napoli, in corso di stampa.

⁽¹⁷⁾ Per un approfondimento cfr. R. Barcaro, P. Becchi, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, in *Bioetica chirurgica e medica*, a cura di L. Battaglia e G. Macellari, Noceto (PR), Essebiemme, pp. 87-103 e Id., *La "morte cerebrale" è entrata in crisi irreversibile?*, in «Politica del diritto», XXXIV, 4, 2003, pp. 653-679.

⁽¹⁸⁾ Cfr. R.D. Truog, J.C. Fackler, *Rethinking brain death*, in «Critical Care Medicine», 20, n. 12, 1992, pp. 1705-1713. Partendo dai risultati conseguiti con questo articolo, Truog è tornato più volte sulla questione della morte cerebrale. In un articolo del 1997 (R.D. Truog, *Is It Time to Abandon Brain Death?*, in «Hastings Center Report», 27, 1, 1997, pp. 29-37) però, invece di prospettare la sostituzione della morte cerebrale con quella corticale come aveva fatto nel 1992 quando scriveva con Fackler, Truog auspica il ritorno al tradizionale standard cardiorespiratorio per dichiarare la morte e, al tempo stesso, la separazione tra questione dei trapianti e dibattito sulla morte cerebrale. Egli ritiene che la pratica del trapianto possa proseguire soltanto trovando una giustificazione diversa da quella sino ad oggi offerta da una nozione di morte cerebrale sempre più in crisi. Ed è proprio con l'attenzione rivolta alla necessità di dare un fondamento etico ai trapianti che Truog scrive un

mentate ricerche scientifiche dimostrano che i pazienti, i quali rispondono agli attuali criteri clinici e test neurologici della morte cerebrale, non necessariamente presentano la perdita irreversibile di tutte le funzioni cerebrali e ciò indicherebbe che la completa cessazione di tali funzioni non sarebbe diagnosticabile sulla base dei test standard adottati.

A sostegno della loro tesi i due medici portano quattro argomenti che si possono brevemente riassumere nel modo seguente. In primo luogo, in molti pazienti, giudicati in stato di "morte cerebrale" secondo i test in uso, non è venuta meno la funzione endocrino-ipotalamica, ossia in alcuni casi di pazienti dichiarati cerebralmente morti persiste l'attività ormonale della ghiandola ipofisi e del centro nervoso (l'ipotalamo) che la controlla, e quindi permane in essi la regolazione dell'attività ormonale; in secondo luogo, in molti pazienti che si trovano in tale stato è possibile registrare tramite elettroencefalogramma una debole attività elettrica localizzata in alcune zone della corteccia cerebrale, destinata a spegnersi dopo 24-48 ore; in terzo luogo, alcuni pazienti continuano insospettitamente a reagire agli stimoli esterni, come dimostra ad esempio l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna a seguito dell'incisione chirurgica prima del prelievo degli organi (queste rilevazioni si riferiscono a casi di pazienti dichiarati cerebralmente morti in base ai criteri britannici, di tipo soltanto clinico e riferiti allo stato del tronco encefalico); in quarto luogo, in molti pazienti definiti cerebralmente morti sono conservati i riflessi spinali, della cui rilevanza all'epoca in cui fu formulata la nozione di morte cerebrale e negli anni immediatamente seguenti si teneva conto. E, a mio avviso, opportunamente, dal momento che midollo spinale e tronco encefalico sono attaccati l'uno all'altro e quindi non si può con sicurezza sempre escludere un coinvolgimento del tronco cerebrale inferiore nell'attività del midollo spinale.

Sulla base di un'attenta analisi di questi quattro elementi i due autori sono giunti a concludere che gli attuali mezzi clinici non sono in grado di accertare la cessazione di tutte le funzioni, ma soltanto di alcune e, di fatto diagnosticano tutt'al più la morte corticale.

Il secondo aspetto è stato preso in considerazione soprattutto da Alan Shewmon, un autorevole neurologo statunitense, che, tra l'altro, nel corso della sua carriera ha modificato le proprie convinzioni, passando dall'essere un convinto sostenitore della morte cerebrale totale ad uno dei suoi più implacabili critici.

Come nel caso dei due precedenti autori anche qui il punto di partenza è dato da una rilevazione empirica: organismi dichiarati in stato di morte cerebrale sopravvivono molto più a lungo di quanto si potesse immaginare, e ciò implica che il cervello non è poi

nuovo articolo: R.D. Truog, *Organ Transplantation Without Brain Death*, in «Annals of the New York Academy of Science», 913, 2000, pp. 229-239.

così essenziale, come invece si riteneva, per il funzionamento integrato dell'organismo. Contro la teoria predominante nell'ambiente medico, secondo cui l'encefalo rappresenta l'organo responsabile dell'integrazione delle diverse parti corporee e, come tale, ne costituisce il "sistema critico", Shewmon avanza la propria tesi: il "sistema critico" del corpo non è localizzabile in un singolo organo sia pure importante come è il cervello. Secondo il neurologo questa ipotesi fornirebbe una spiegazione per le sopravvivenze prolungate (in un caso record fino a oltre 14 anni) di soggetti nei quali era stata diagnosticata la morte cerebrale. Tali soggetti, in gran parte pazienti pediatrici, mantengono intatte alcune funzioni che erano ritenute di pertinenza del cervello, come la regolazione della temperatura corporea, l'omeostasi dei fluidi, la reazione alle infezioni, la crescita corporea, che sono segno del permanere di un qualche livello di attività integrante.

Shewmon ne conclude che è completamente errato ritenere la morte del cervello un indicatore della morte ravvicinata di tutto l'organismo. Viene così radicalmente messo in discussione uno dei pilastri su cui si regge la morte cerebrale, vale a dire l'idea che il cervello sia "l'integratore cerebrale del corpo". La morte del cervello non provoca la dis-integrazione del corpo, una tale dis-integrazione è piuttosto la conseguenza di danni che interessano più sistemi di organi e il raggiungimento di un livello critico, il "punto di non ritorno", che determina l'avvio del processo di morte e rende inefficace qualsiasi intervento medico finalizzato a scongiurare l'*exitus*. Secondo Shewmon nella procedura di accertamento della morte non si dovrebbe dunque diagnosticare la condizione clinica della morte cerebrale, ma si dovrebbe fare riferimento a più parametri, come quelli connessi all'attività respiratoria, circolatoria e neurologica⁽¹⁹⁾. Quando risultasse chiaro che è avvenuto il superamento di un punto di non ritorno, il paziente andrebbe scollegato dalle apparecchiature per la ventilazione assistita e dopo venti minuti di attesa, un tempo che Shewmon giudica necessario per ottenere la sicurezza dell'impossibilità di una ripresa spontanea delle funzioni vitali del soggetto, si potrebbe procedere alla dichiarazione di morte.

Per altra via dunque Shewmon giunge alla stessa conclusione di Jonas. Il grosso interrogativo che qui si

apre è se rispettando tali criteri risulterebbero ancora fruttuosamente realizzabili i trapianti. Le condizioni non saranno certo più ottimali e i vantaggi sicuramente più limitati; ma qui il problema che dobbiamo porci è che se i prelievi avvengono - come anche gli studi medici più recenti ammettono - da donatori che si trovano in una zona di confine tra la vita e la morte, allora è proprio l'espianto a farli passare definitivamente dall'altra parte.

Le legislazioni che hanno accettato la morte cerebrale sono fondate sul presupposto che la morte del paziente si sia già verificata quando avviene il prelievo, ma se questo presupposto sin dall'inizio poteva risultare discutibile sotto il profilo filosofico si è infine rivelato ora infondato anche sotto il profilo scientifico. Se il presupposto legale per il prelievo degli organi è che esso venga effettuato da soggetti in cui si è verificata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'intero encefalo, allora bisogna ammettere che oggi molti prelievi avvengono in aperta violazione della legge e invece di continuare ad operare con una finzione, vorremmo apertamente discutere se sia o meno accettabile prelevare gli organi in una condizione dalla quale non ci si può più riprendere, ma che non equivale ancora al decesso⁽²⁰⁾.

In conclusione, come nel caso della fecondazione assistita anche in quello del trapianto di organi sono le avanzate tecnologie applicate alla medicina che ci pongono di fronte a nuovi difficili, interrogativi etici. La possibilità tecnica del trapianto di organi ci ha spinto ad utilizzare pazienti il cui destino era comunque segnato come materiale di ricambio per altri esseri umani; allo stesso modo oggi la possibilità tecnica della fecondazione *in vitro* ci vorrebbe spingere (anche se il legislatore italiano qui è andato controtenenza) ad utilizzare - distruggendoli - embrioni cosiddetti soprannumerari per la cura di alcune malattie. Nella fattispecie qui discussa il problema era: "Che fare di pazienti che sottoposti a rianimazione non saranno comunque più in grado di riprendersi perché il loro cervello ha smesso irreversibilmente di funzionare?" In fondo abbiamo preteso di risolverlo in modo semplicistico, e cioè definendoli morti, anche se il loro organismo con l'aiuto di un respiratore può continuare (e a lungo) a funzionare bene, forse ancora meglio di quelle poche cellule embrionali in provetta che di cervello comunque non ne hanno ancora.

⁽¹⁹⁾ Cfr., ad esempio, D.A. Shewmon, "Brain-Stem Death", "Brain Death" and Death: A Critical Re-Evaluation of the Purported Equivalence, in «Issues in Law & Medicine», 14, 2, 1998, pp. 125-145 (ora tradotto in italiano con il titolo "Morte del tronco cerebrale", "morte cerebrale" e morte: un riesame critico della presunta equivalenza, nel volume curato da R. Barcaro, P. Becchi, *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Napoli, in corso di pubblicazione) ed il più recente: D.A. Shewmon, *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.

(*) Professore Associato di Filosofia del diritto presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Genova

⁽²⁰⁾ Il problema è stato posto chiaramente da due studiosi americani: S.J. Youngner, R.M. Arnold, *Philosophical Debates About the Definition of Death: Who Cares?*, in «Journal of Medicine and Philosophy», 26, 5, 2001, pp. 527-537.