

NUOVO CORSO DI TEOLOGIA MORALE

diretto da
MAURIZIO CHIODI e PIER DAVIDE GUENZI

1. MAURIZIO CHIODI, *Teologia morale fondamentale*
2. MAURIZIO CHIODI – MASSIMO REICHLIN,
Morale della vita
3. Teologia morale sessuale e familiare
4. Teologia morale sociale
5. GIANNI MANZONE, *Teologia morale economica*
6. Teologia morale e liturgia
7. Teologia spirituale

**Maurizio Chiodi
Massimo Reichlin**

**MORALE
DELLA VITA**

**Bioetica
in prospettiva filosofica e teologica**

Queriniana

vrebbe infine esservi una presunzione in favore delle scelte indicate nelle direttive: eventuali dissensi tra medico e delegato andrebbero sottoposti a un arbitrato da parte di un Comitato etico.

3.5. IL DIBATTITO SULLA DEFINIZIONE DI MORTE

La discussione contemporanea sulla morte umana è stata avviata dal rapporto di Harvard, che, nel 1968, propose di adottare il criterio cerebrale. Va precisato che il comitato di Harvard non modificò il *concetto* di morte, ossia l'idea filosofica di che cosa sia, in se stesso, il venir meno dell'individuo; questo restò identificato con la cessazione della funzionalità integrata di un organismo umano, ciò che tradizionalmente si indicava come la separazione dell'anima dal corpo¹⁹⁴. Il comitato modificò invece il *criterio* di morte, ossia le evidenze fisiche sufficienti per verificare che quel concetto sia stato realizzato in un dato caso: alla cessazione permanente delle funzioni del battito e del respiro, ovvero della circolazione dei fluidi corporei vitali (sangue e ossigeno), sostituì la cessazione dell'attività elettrica dell'encefalo. Al concetto e al criterio si possono poi aggiungere i *test*, ossia le prove strumentali da utilizzare per verificare la condizione che realizza il criterio: tradizionalmente si utilizzava l'auscultazione del torace, del collo e del polso del paziente, nonché il test dello specchio; il comitato di Harvard propose di adottare test clinici per valutare l'assenza di risposte a stimoli e movimenti volontari e l'elettroencefalografia per verificare l'assenza di attività elettrica dell'encefalo¹⁹⁵.

Le ragioni per cui il comitato avanzò la sua proposta furono essenzialmente di carattere pragmatico:

¹⁹⁴ Sulla determinazione della morte nella storia, vedi B. FANTINI, *L'evoluzione storica dei criteri di accertamento della morte*, in I. MARINO - H.R. DOYLE - G. BONIOLO (edd.), *Pasaggi. Storia ed evoluzione del concetto di morte cerebrale*, Il Pensiero Scientifico, Roma 2012, 1-37. Sugli eventi che hanno condotto al rapporto di Harvard, H.R. DOYLE, *Reinventare la morte: dal coma dépassé ai criteri dell'Harvard Ad Hoc Committee*, in *ibid.*, 39-58.

¹⁹⁵ Su questa triplice scansione, cf. A. HALEVY - B. BRODY, *Brain Death: Reconciling Definitions, Criteria, and Tests*, in *Annals of Internal Medicine* 119 (1993) 519-525; trad. it. in R. BARCARO - P. BECCHI (edd.), *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli 2004, 155-175.

Il nostro obiettivo principale è di definire come nuovo criterio di morte il coma irreversibile. La necessità di una definizione è legata a due ragioni: 1) il miglioramento delle procedure di rianimazione e di mantenimento in vita ha prodotto una moltiplicazione dei tentativi di salvare anche persone in condizioni disperate. A volte questi sforzi colgono successi soltanto parziali che hanno come risultato un individuo il cui cuore continua a battere, ma il cui cervello è irreversibilmente danneggiato. Questa situazione comporta difficoltà enormi per i pazienti permanentemente privi di capacità intellettuale, per le loro famiglie, per gli ospedali e per tutti coloro che hanno bisogno dei posti letto occupati da questi pazienti in coma. 2) Criteri di morte obsoleti possono innescare controversie nel reperimento di organi per i trapianti¹⁹⁶.

In sostanza, la proposta era motivata dall'onere costituito dal prolungamento della vita in mancanza di coscienza e dalla necessità di reperire organi per i trapianti. Questa formulazione sbrigativa venne prontamente denunciata dal filosofo Hans Jonas¹⁹⁷, il quale osservò che la Commissione cercava di giustificare una tesi morale sulla cessazione dei mezzi di sostegno vitale attraverso una tesi ontologica, per la quale non disponeva di sufficienti conoscenze. Che l'assenza di coscienza sia assenza di vita è una tesi discutibile, che rischia di compromettere il ruolo sociale del medico, facendolo diventare un boia, e di condurre all'uso strumentale di pazienti, sottoposti a sperimentazioni o utilizzati come banca di organi. Quando gli venne fatto osservare che le sue critiche non tenevano conto della distinzione tra morte di tutto l'organismo e morte dell'organismo come un tutto integrato, Jonas replicò osservando che le funzioni respiratorie e circolatorie, ancora presenti nei pazienti in coma irreversibile, hanno effetti integrativi sull'intero sistema, assicurando la conservazione sia funzionale sia sostanziale di tutte le altre parti. È solo la spontaneità di tali funzioni a essere irreversibilmente cessata, non le funzioni stesse, le quali conferiscono ancora unità all'organismo vivente.

La proposta di Harvard venne comunque accettata, nel giro di pochi anni, pressoché in tutto il mondo. Il criterio per accertare la morte venne precisato: invece di utilizzare l'espressione, potenzialmente ambigua, 'coma irreversibile', si cominciò a parlare della cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, e dunque sia del tronco encefalico sia

¹⁹⁶ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL, *A Definition of Irreversible Coma*, 337.

¹⁹⁷ H. JONAS, *Morte cerebrale e banca di organi umani: sulla ridefinizione pragmatica della morte*, in *Id.*, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, 167-184.

della corteccia cerebrale. Questo criterio è stato in seguito indicato come *morte cerebrale totale* (MCT, *whole-brain death*), per distinguerlo dalla morte tronco-encefalica (*brain-stem death*), accettata nel Regno Unito e in pochi altri paesi. La MCT deriva da eventi come traumi, ictus o anossia cerebrale a seguito di arresto cardiaco, eventi che determinano danni al tessuto cerebrale; si forma un edema, ossia un accumulo di fluidi che gonfiano l'encefalo, portando all'aumento della pressione intracranica e all'impossibilità di un'adeguata perfusione dalle aree cerebrali da parte di sangue ricco di ossigeno. In sostanza, c'è un circolo vizioso tra aumento dell'edema cerebrale e diminuzione della perfusione cerebrale che porta alla distruzione della funzionalità delle cellule.

A partire dalla fine degli anni '70 si è cercato di formulare un'argomentazione filosofica a sostegno di questo criterio¹⁹⁸. Particolare importanza ha avuto il rapporto *Defining Death*, pubblicato dalla *President's Commission* statunitense nel 1981. Esso presenta due argomenti in favore della MCT: da un lato, osserva che l'encefalo è collocato al vertice più alto di una triade di organi essenziali per la vita, assieme a cuore e polmoni; se uno di questi tre cessa di funzionare, lo stesso accade rapidamente anche agli altri due e ciò provoca la cessazione del funzionamento integrato dell'organismo. La cessazione del respiro e del circolo sono segni tradizionali di morte che indicano il venir meno del funzionamento integrato dell'organismo: «Quando i mezzi artificiali di sostegno mascherano questa perdita di integrazione misurata dai vecchi metodi, i criteri e i test orientati sul cervello forniscono una nuova finestra sul medesimo fenomeno»¹⁹⁹. D'altro canto, la Commissione osserva che l'encefalo è l'organizzatore e il regolatore delle funzioni corporee, l'unico organo che può dirigere l'intero organismo, venuto meno il quale non è possibile mantenere l'integrazione corporea. L'encefalo è il *sistema critico* di un organismo concepito in maniera unitaria, ossia l'organo integratore che mantiene l'equilibrio dinamico del sistema:

La morte è il momento in cui il sistema fisiologico del corpo cessa di costituire un tutto integrato. Anche se la vita continua in cellule e organi individuali, la

¹⁹⁸ Il primo tentativo in questo senso, citato con favore nel rapporto della *President's Commission*, è quello di G. GRISEZ – J. BOYLE, *Life and Death with Liberty and Justice*, University of Notre Dame, Notre Dame/IN 1979.

¹⁹⁹ PRESIDENT'S COMMISSION, *Defining Death: Medical, Legal, and Ethical Issues in the Determination of Death*, U.S. Government Printing Office, Washington/DC 1981, 33.

vita dell'organismo come un tutto richiede un'integrazione complessa, e senza quest'ultima una persona non può propriamente essere considerata viva²⁰⁰.

Secondo la *President's Commission*, il criterio cardiaco sottovaluta la spontaneità delle funzioni di integrazione organismica: l'unità che viene mantenuta con presidi tecnici è artificiale, non è l'unità di un sistema complesso che presenta caratteristiche olistiche, ossia di un sistema nel quale il tutto è maggiore della somma delle parti. Ne è prova la seconda considerazione fondamentale avanzata dal rapporto, e cioè il fatto che, quando si mantiene artificialmente la funzione respiratoria, ciò non può essere ottenuto che per poche ore o giorni; il paziente in stato di MCT va comunque incontro all'arresto cardiocircolatorio entro pochi giorni, a dimostrazione del fatto che non è più un organismo integrato.

La proposta rivolta al legislatore è che la legge riconosca l'esistenza di due criteri che realizzano il concetto di morte come perdita dell'integrazione dell'organismo: 1) la cessazione irreversibile della funzione circolatoria e respiratoria; 2) la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, incluso il tronco. Questi due criteri sono stati accettati a livello federale dallo *United Determination of Death Act* (UDDA), approvato nel 1981. La legislazione italiana ha in seguito adottato il criterio cerebrale totale in maniera anche più ampia di quanto non sia accaduto in America. Infatti, secondo la legge n. 578 del dicembre 1993 – che riprende e precisa quanto stabilito dalla legge sui trapianti n. 644 del dicembre 1975, la quale già accettava la definizione di morte cerebrale – la morte si identifica con la «cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo». Ciò significa che, a differenza di quanto accade negli USA, la cessazione irreversibile delle funzioni circolatoria e respiratoria non è sufficiente a dichiarare la morte: è una condizione predittiva di morte ma non si identifica propriamente con la morte, per la quale occorre che si verifichi anche la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo. È vero che quest'ultima segue in genere a breve distanza dalla prima, ma le due sono concettualmente e temporalmente distinte; mentre la *President's Commission* e lo UDDA prevedono due criteri che realizzano il concetto di morte, la legge italiana ne prevede uno solo²⁰¹.

²⁰⁰ *Ibid.*

²⁰¹ Cf. C.A. DEFANTI, *Soglie. Medicina e fine della vita*, Bollati Boringhieri, Torino 2007, 124-132.

L'argomentazione della *President's Commission*, ripresa più volte da altri autori²⁰², è stata messa in crisi, nel corso degli anni '90, dagli studi del neurologo americano Alan Shewmon, il quale ha raccolto importanti evidenze contro la MCT. In primo luogo, non è vero che i corpi in stato di MCT si deteriorano inesorabilmente fino al collasso cardiocircolatorio; Shewmon documenta un'ampia serie di casi di cronicizzazione della MCT, 159 dei quali con sopravvivenza di una o due settimane; alcuni che soddisfano i criteri attuali sono stati tenuti in vita per più di un anno²⁰³. Emblematico il caso di un bambino con meningite e rottura delle ossa del cranio, privo di riflessi del tronco, che aveva 4 anni al momento della diagnosi, a cui non sono mai stati sottratti i presidi artificiali per l'obiezione della madre; questi rimase attaccato al respiratore artificiale per vent'anni, venendo alimentato con sondino nasogastrico: il suo corpo superava le infezioni e le sue ferite si rimarginavano. Ci sono poi vari casi di donne gravide la cui funzione cardio-respiratoria è stata prolungata artificialmente per varie settimane fino al punto in cui era possibile la vita autonoma del feto al di fuori del loro corpo; queste donne hanno continuato ad alimentare il loro bambino consentendogli di crescere a sufficienza, una cosa difficile da credere se si ammette che fossero morte. In generale, Shewmon osserva che una sopravvivenza più lunga si verifica nei pazienti più giovani e in quelli che hanno una patologia cerebrale primitiva, anziché un danno generale o multisistemico. Tra costoro, chi supera le prime settimane tende a stabilizzarsi, sicché non si può dire che la condizione di MCT sia uno stato precario, artificialmente mantenibile per poche ore o giorni. A queste evidenze va aggiunto il fatto che i test per la diagnosi di MCT non consentono di escludere la sopravvivenza di aree di tessuto cerebrale deteriorate ma non totalmente necrotizzate e ancora parzialmente funzionanti. Tali persistenti isole di 'vita' non sarebbero preoccupanti se non svolgessero alcuna evidente funzione; ma vi sono prove del fatto che non sia sempre così. Infatti, è noto che non tutti i pazienti in MCT sviluppano il diabete insipido, ossia la condizione patologica derivante dal mancato rilascio dell'ormone antidiuretico (ADH) da parte della pituitaria posteriore che è parte dell'ipotalamo: ciò

²⁰² Cf., tra gli altri, AA.VV., *The Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, Pontificia Academia Scientiarum, Città del Vaticano 1992.

²⁰³ D.A. SHEWMON, *Chronic «Brain Death». Meta-Analysis and Conceptual Consequences*, in *Neurology* 51 (1998) 1538-1545.

fa pensare che, in questi casi, l'encefalo continui a secernere l'ormone e perciò non sia affatto privo di ogni funzionalità.

Shewmon trae la conclusione che la tesi per cui nel paziente in MCT non vi sia un'integrità somatica non è sostenibile. Occorre riconoscere che non è l'encefalo a svolgere le funzioni integrative del corpo; la respirazione e la nutrizione (come molte altre funzioni) non sono in realtà mediate dal cervello: lo scambio di ossigeno e anidride carbonica è una funzione chimica dei mitocondri di ogni cellula e la scissione e assimilazione di sostanze è una funzione del tratto gastrointestinale. Il cervello si limita a controllare il diaframma, la bocca e la faringe per consentire meccanicamente i movimenti. Normale pressione sanguigna e stabilità cardiovascolare sono compatibili con la diagnosi di MCT; ma la circolazione è una funzione chiaramente integrativa, va a beneficio di tutto il corpo consentendogli di mantenersi in vita.

La conclusione più generale da trarre è che non esiste un sistema integratore localizzato in un singolo organo; l'unità integrativa è un fenomeno olistico, il cervello svolge solo un ruolo di modulazione, ottimizzazione e protezione di un'unità somatica già esistente. La morte è bensì la perdita dell'unità integrativa del corpo, ma il criterio anatomico di verifica consiste in un grado critico di danno molecolare nel corpo oltre un punto di non ritorno termodinamico, ossia quando il corpo perde la tendenza anti-entropica allo sviluppo e all'automantenimento. Shewmon ritiene necessario tornare a un criterio circolatorio-respiratorio: la cessazione per 20-30 minuti della circolazione priva il corpo dell'energia che consente l'integrazione somatica. I test decisivi non sono il battito spontaneo o la respirazione polmonare, ma la circolazione sanguigna e la funzione chimica della respirazione, come che esse vengano implementate²⁰⁴. Shewmon, in sostanza, fornisce argomenti scientifici per sostanziare la conclusione di Jonas, secondo la quale sarebbe possibile prelevare gli organi solo dopo la morte cardiopolmonare, e quindi dopo almeno 20-30 minuti dall'arresto cardiaco.

A fronte delle difficoltà avanzate nei confronti del razionale scientifico-filosofico che sosteneva la MCT, è possibile ipotizzare diverse soluzioni. Una prima opzione, già proposta da vari autori nel corso degli

²⁰⁴ 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 (2001) 457-478.

anni '80, è quella di insistere sul criterio cerebrale, ma sulla base di un differente argomento filosofico. L'idea è quella di cambiare il *concetto* di morte, passando dall'identificare la morte con la cessazione irreversibile del funzionamento integrato dell'organismo a identificarla con la cessazione irreversibile delle funzioni che caratterizzano la persona umana, ossia la razionalità, l'autocoscienza, il linguaggio²⁰⁵. In questo modo, si viene a distinguere nettamente tra la morte *personale* e la morte *biologica*: la prima può avere luogo molto tempo prima della seconda, ossia la persona può venir meno quando l'organismo umano manifesta ancora segni di vita e di integrazione somatica. Si può anche dire che, in questa prospettiva, si riconosce che la morte non è un evento puntuale, ma un processo, caratterizzato da diversi momenti, e che il momento decisivo viene *scelto* sulla base di una teoria filosofica; questa teoria, in sostanza, fa equivalere la persona con la vita coscienziale e perciò dichiara la persona venuta meno con il venir meno in maniera irreversibile della coscienza²⁰⁶. Il criterio da usare, a questo riguardo, è quello della cessazione irreversibile delle funzioni corticali, ossia della parte superiore dell'encefalo che consente per l'appunto l'esercizio delle capacità cognitive.

Dal punto di vista teorico, la tesi della 'morte corticale' presenta diverse difficoltà. In primo luogo, c'è il fatto che non solo la corteccia, ma anche il talamo e il tronco sono implicati nella coscienza. Inoltre, si è già osservato che, nei casi di SV, porre una diagnosi di irreversibilità è molto problematico. In terzo luogo, è difficile fornire una spiegazione filosoficamente convincente del rapporto tra corpo e coscienza: la persona sembra emergere dall'organismo come qualcosa di distinto, per poi venir meno quando l'organismo è ancora presente. Questa concezione dualista dell'essere umano sembra esposta a consistenti difficoltà²⁰⁷. Ma soprattutto, la tesi in questione è in netto contrasto con le nostre intuizioni ordinarie: essa implica di considerare morti sia i soggetti in SV

²⁰⁵ R.M. VEATCH, *Whole-Brain, Neocortical, Higher Brain, and Related Concepts*, in R. ZANER (ed.), *Death. Beyond Whole-Brain Criteria*, Kluwer Academic, Dordrecht 1988, 171-186; ID., *The Impending Collapse of the Whole-Brain Definition of Death*, in *Hastings Center Report* 19 (4/1989) 18-24.

²⁰⁶ J.P. LIZZA, *Persons, Humanity and the Definition of Death*, Johns Hopkins University, Baltimore/MD 2006.

²⁰⁷ Per una difesa di questo dualismo, cf. J. MCMAHAN, *The Ethics of Killing. Problems at the Margins of Life*, Oxford University Press, New York 2002.

sia i neonati anencefalici, ossia individui umani che manifestano chiare espressioni di vita. Come si è osservato, i soggetti in SV respirano addirittura spontaneamente, senza bisogno di respiratore; l'idea di seppellirli è semplicemente ripugnante e difficilmente accettabile a livello sociale.

Una seconda soluzione è stata avanzata da Peter Singer, il quale propone che, a fronte delle difficoltà della MCT, si intervenga sulla giustificazione etica della pratica dei trapianti d'organo, eliminando la cosiddetta *dead-donor rule*, ossia la regola secondo cui l'accettabilità del prelievo degli organi è condizionata all'accertamento della morte del donatore²⁰⁸. La Commissione di Harvard, secondo Singer, ha nascosto dietro una tesi ontologica sui confini tra vita e morte la scelta etica di considerare decisivo il venir meno della coscienza; in questo modo, ha consentito di aprire la strada ai trapianti senza mettere in discussione la tesi della sacralità della vita umana. Alla luce dell'impossibilità di sostenere la giustificazione della MCT data dalla *President's Commission*, si deve affermare che, quantunque i soggetti in MCT siano vivi, è lecito prelevare i loro organi, perché a) essi sono entrati irreversibilmente nel processo del morire; b) essendo irreversibilmente privi di coscienza, il fatto di essere in vita non costituisce per loro un beneficio; c) utilizzando i loro organi, possiamo salvare vite umane che altrimenti sarebbero perdute²⁰⁹.

Questa proposta ha il pregio della schiettezza, ma appare senza dubbio scioccante. Si tratta, in sostanza, di accedere all'idea utilitarista secondo cui sarebbe possibile 'sacrificare' la vita di un individuo per la salvezza di altri. Ora, è vero che esistono circostanze in cui questa scelta viene implicitamente compiuta; e tuttavia, è decisamente un'altra cosa accettare come regola l'uccisione diretta di esseri umani per salvarne altri. Infatti, ammesso che i soggetti in MCT siano vivi, se tutto ciò che conta è il confronto tra i risultati delle due diverse scelte, non si vede perché non si potrebbe arrivare a giustificare l'uccisione anche di

²⁰⁸ P. SINGER, *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, il Saggiatore, Milano 1996 (orig. ing.: *Rethinking Life and Death. The Collapse of Our Traditional Ethics*, Text Publishing, Melbourne 1994); ID., *Morte cerebrale ed etica della sacralità della vita*, in R. BARCARO - P. BECCHI (edd.), *Questioni mortali*, 99-121.

²⁰⁹ Proposte analoghe in R.D. TRUOG - W.M. ROBINSON, *Role of Brain Death and the Dead-Donor Rule in the Ethics of Organ Transplantation*, in *Critical Care Medicine* 31 (2003) 2391-2396; N. FOST, *Reconsidering the Dead Donor Rule: Is It Important that Organ Donors Be Dead?*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal* 14 (2004) 249-260.

individui sani, allo scopo di prelevarne gli organi da trapiantare su altri pazienti²¹⁰. Questa implicazione sembra sufficiente a respingere una tesi che appare senza dubbio ancora meno proponibile, dal punto di vista dell'accettabilità sociale, dell'opzione della morte corticale.

Una terza possibilità è stata avanzata dal *President's Council on Bioethics* statunitense che ha fornito un nuovo argomento per considerare la MCT, o meglio, l'insufficienza cerebrale totale (*total brain failure*) come criterio di morte. Il *President's Council* rifiuta l'espressione 'morte cerebrale totale', sia perché fa pensare che esistano varie 'morti', sia perché non conta che sia morto il cervello, ma l'individuo, sia infine perché la morte non è una diagnosi medica, sicché qualsiasi diagnosi dello stato clinico del paziente non può contenere la parola 'morte'. Occorre indicare, attraverso una diagnosi, la condizione del paziente che si vuole identificare con la morte; tale condizione è appunto l'insufficienza cerebrale totale, che comprende implicitamente il concetto di irreversibilità, pur non equivalendo all'assoluta assenza di attività elettrica in qualsiasi area dell'encefalo.

L'argomento proposto – adottato a maggioranza, perché alcuni membri sostengono la tesi di Shewmon e ritengono che il concetto di morte cerebrale vada abbandonato – consiste nel distinguere tra il fatto che vi sia un'integrazione somatica e il fatto che l'organismo esista come un tutto integrato: la prima cosa richiede soltanto che vi siano alcune parti dell'organismo che lavorano assieme in maniera integrata, che ridonda a beneficio dell'intero organismo. Ciò avviene ancora nello stato di insufficienza cerebrale totale, ma non prova che vi sia ancora un organismo vivente; l'esistenza di un organismo come un tutto, infatti, implica di più che il semplice funzionamento integrato e in particolare quello che il *President's Council* chiama il «fondamentale lavoro di autopreservazione». L'idea è che un organismo vivente sia caratterizzato dal fatto di possedere tre capacità:

«1. L'apertura al mondo, ossia la ricettività rispetto a stimoli e segnali dall'ambiente circostante. 2. La capacità di agire sul mondo per ottenere in maniera selettiva ciò di cui ha bisogno. 3. Il bisogno fondamentale esperito che

guida l'organismo ad agire come deve al fine di ottenere ciò di cui ha bisogno e ciò che la sua apertura rivela disponibile»²¹¹.

La coscienza è un segno evidente di vita perché espressione eminente dell'apertura al mondo; ma anche la semplice vigilanza e risposta riflessa agli stimoli manifestata da pazienti in SV è un indice del fatto che quegli individui non hanno perso una caratteristica essenziale degli organismi viventi. La respirazione spontanea è invece un indice della capacità di agire sul mondo per ottenere ciò di cui l'organismo ha bisogno; il paziente in SV che respira spontaneamente prova un bisogno di acquisire ossigeno per rendere possibile il metabolismo e agisce sul mondo esterno perché la sua apertura ad esso gli rivela la disponibilità di ossigeno: questo bisogno non deve necessariamente essere autocosciente perché risulti efficace nell'indirizzare l'azione. Al contrario, la condizione passiva di essere ventilati che caratterizza i pazienti in stato di insufficienza cerebrale totale non è un segno di vitalità perché «non è guidata da un *bisogno sentito* e lo scambio di gas che realizza non è un risultato dell'organismo né un segno della sua genuina vitalità»²¹². L'azione del ventilatore mima l'autentico lavoro dell'organismo, nascondendo il fatto che esso ha cessato di compiere il lavoro fondamentale di autopreservazione. Un individuo in stato di insufficienza cerebrale totale ha perso irreversibilmente l'apertura all'ambiente esterno e la spinta ad agire in esso per il proprio bene e perciò non esiste più come un tutto. In sostanza, secondo il *President's Council*,

«L'insufficienza cerebrale totale può continuare a fungere da criterio per la dichiarazione di morte, non perché indichi necessariamente la perdita completa del funzionamento somatico integrato, ma perché è un segno che questo organismo non può più intraprendere il lavoro essenziale che definisce le entità viventi»²¹³.

Come ha osservato Alan Shewmon²¹⁴, il rapporto del *President's Council* è apprezzabile per l'accuratezza con cui è stato formulato e per

²¹¹ PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, *Controversies in the Determination of Death*, Washington/DC, December 2008, p. 61.

²¹² *Ibid.*, 63.

²¹³ *Ibid.*, 64-65.

²¹⁴ D.A. SHEWMON, *Brain Death: Can It Be Resuscitated?*, in *Hastings Center Report* 39 (2/2009) 18-24.

²¹⁰ Vedi J. HARRIS, *La lotteria della sopravvivenza*, in P. DONATELLI – E. LECALDANO (edd.), *Etica analitica*, LED, Milano 1996, 425-434 (orig. ing.: *The Survival Lottery*, in *Journal of Philosophy* 50 [1975] 81-87).

il tentativo di formulare un argomento alternativo, rispetto a quello della *President's Commission*. Tuttavia, vi sono seri dubbi che esso sia convincente. In primo luogo, il concetto di 'wholeness' non è mai definito adeguatamente nel rapporto: posto che certamente 'interezza' non significa 'completezza', o il non mancare di alcuna parte, in base a che cosa si può dire che un'unità integrata che è più della somma delle sue parti non costituisce tuttavia un 'intero'? E perché si dovrebbe definire l'integrità, o l'esistere come un tutto integrato, solo in termini di azione esterna? In secondo luogo, il *Council* assume che il tipo fondamentale di lavoro svolto da un organismo che esiste come un intero sia la preservazione di sé attraverso il rapporto con l'esterno; perché – si chiede Shewmon – il lavoro interno di autosviluppo e automantenimento non dovrebbe contare, a sua volta, come lavoro fondamentale di un organismo? Infine, Shewmon avanza un'obiezione logica: il *Council* confonde l'affermazione che la presenza di un certo segno sia sufficiente a provare che l'individuo è vivo con quella per cui l'assenza di quel segno è sufficiente a provare che sia morto. Se diciamo che la coscienza o la respirazione spontanea sono sufficienti a provare che il paziente è vivo, con ciò non abbiamo detto anche che l'assenza di quelle due funzioni è sufficiente a provare che è morto; dal punto di vista logico, l'assenza di quelle due funzioni è requisito necessario ma non sufficiente ai fini di questa seconda affermazione. Il *Council* avrebbe dovuto anche mostrare che, fra tutti i possibili segni di vita, solo questi due siano rilevanti. In sostanza, Shewmon evidenzia le difficoltà che il rapporto incontra nel dare una giustificazione alla prassi attuale; il razionale filosofico-scientifico in favore dell'attuale definizione di morte rimane dubbio e la pratica rischia di avere al suo centro il valore dell'utilità sociale, anziché quello della dignità e autonomia dei pazienti.

L'argomentazione offerta dal *President's Council*, in effetti, non ha riscosso molti consensi. La soluzione che a molti appare più convincente è invece quella di passare dalla pratica dei trapianti a cuore battente alla «donazione controllata dopo la morte cardiaca» (DCD controllata, o anche protocolli controllati da NHBD, ossia *non heart-beating donors*)²¹⁵. L'idea è quella di procedere, grosso modo, come fece Barnard nel primo

²¹⁵ J. BERNAT et alii, *The Circulatory-Respiratory Determination of Death in Organ Donation*, in *Critical Care Medicine* 38 (2010) 963-970; N. ZAMPERETTI – R. BELLOMO – C. RONCO, *Cardiac Death or Circulatory Arrest? Facts and Values in Organ Retrieval After Diagnosis of Death By Cardio-Circulatory Criteria*, in *Critical Care Medicine* 35 (2009) 1673-1677.

trapianto di cuore: attendere cioè l'arresto cardiaco e prelevare gli organi dopo un tempo ragionevolmente utile a stabilire l'impossibilità di una ripresa spontanea, ma anche insufficiente a determinare il deterioramento degli organi da trapiantare. Questa opzione potrebbe consentire di evitare un drammatico calo dell'attività dei trapianti d'organo, senza però accettare il mutamento della cornice etica in direzione di un franco utilitarismo. Nella misura in cui vi sia il consenso del paziente morente, questa pratica consentirebbe altresì di garantire la possibilità di un gesto di donazione solidale, per il paziente e per la sua famiglia; in effetti, protocolli di questo tipo sono stati inizialmente proposti allo scopo di venire incontro alle richieste delle famiglie che, nell'autorizzare la rimozione del sostegno vitale, speravano che i loro parenti potessero essere eleggibili come donatori (mentre non lo erano, a meno di entrare in stato di MCT).

Questa proposta ha suscitato diverse obiezioni²¹⁶. Secondo alcuni, la qualità degli organi così recuperabili è inferiore rispetto a quelli da donatore a cuore battente, in quanto gli organi vanno rapidamente incontro a ischemia calda (un processo che inizia quando viene rimosso il ventilatore, anteriormente all'arresto cardiaco). In secondo luogo, la donazione dopo morte cardiaca esige che si dichiari il paziente donatore anteriormente alla sospensione del sostegno vitale e quindi anteriormente alla sua morte, la quale verrebbe dichiarata in maniera rapida e prevedibilmente meno scrupolosa. Si può anche temere che ci siano pressioni sulla famiglia per consentire il prelievo e addirittura che venga affrettata la morte con l'eutanasia per evitare il rischio di ottenere organi deteriorati. L'obiezione fondamentale, però, riguarda il fatto che difficilmente questa opzione può essere considerata una vera alternativa al superamento della *dead-donor rule*: infatti, gli organi vengono prelevati dopo un lasso di tempo variabile da due a cinque minuti, ossia un periodo probabilmente sufficiente a stabilire l'impossibilità di un'autoranimazione, ma insufficiente a stabilire l'impossibilità della rianimazione cardio-polmonare e quindi l'assoluta irreversibilità dell'arresto cardiaco. In altri termini, poiché questi pazienti potrebbero teoricamente essere rianimati e continuare a vivere per qualche minuto o qualche ora, è dubbio che li si possa considerare morti, o quanto meno tale dichiarazione è altrettanto convenzionale e *ad hoc* di quella prevista in caso di MCT.

²¹⁶ Cf. PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, *Controversies in the Determination of Death*, 79-88.

In questa condizione, infatti, le funzioni circolatoria e respiratoria sono cessate, ma non in maniera irreversibile.

Allo stato attuale, non si può dire che la controversia abbia una soluzione certa e convincente. L'opzione dei trapianti da donatore a cuore non battente può risultare maggiormente in linea con le nostre convinzioni morali, per via della cessazione spontanea dell'attività cardiopolmonare e, a fronte dei dati sulla 'sopravvivenza' protratta dei soggetti in MCT, sembra offrire una giustificazione alla pratica dei trapianti. Tuttavia, va riconosciuto che la sua differenza rispetto al superamento della *dead donor rule*, è sottile e forse, dal punto di vista teorico, non decisiva.

4. Il dibattito bioetico-teologico

Il dibattito specificamente teologico sull'eutanasia e l'accanimento terapeutico richiede di essere affrontato all'interno di una più ampia riflessione sul senso del morire. Perciò questa interpretazione conclusiva si articolerà in tre momenti: la ripresa antropologico-teologica (4.1.) e il profilo cristologico del morire credente (4.2.), la sintesi dei nodi etico-teologici più rilevanti (4.3.).

4.1. LA MORTE: PROFILO ANTROPOLOGICO-TEOLOGICO

Nella sua struttura antropologica, l'esperienza del morire svela il nesso di passività e attività, alterità e identità, *pativo* e *pratico*, inscritto nella coscienza. In particolare, il patire della morte è un evento simbolico che coinvolge l'interezza del sé che, in esso, non perde solo qualcosa (il corpo), ma tutto se stesso. L'esperienza di essere-sottratti-a-noi-stessi è più dell'istante che pone fine alla vita: annunciandone il termine, la morte si distende lungo l'esistenza e ne sancisce la singolarità. Essa interpella la totalità del sé e così compie, senza annullarla, il senso di ogni scelta. La morte è un sempre, che incombe e sollecita le decisioni, e un mai, che rimane inattuale e impreveduto. In faccia ad essa si decide un compito decisivo per la coscienza: come rispondere all'appello che vi risuona? Raccogliendo la sfida del *patire*, la libertà umana è posta dentro al dramma

della prova, come un interrogativo pratico, rivolto al volere e al credere, ancor prima che al pensare. È questo il dramma cui vorrebbero sottrarsi l'eutanasia e l'accanimento, nella pretesa di dominare l'alterità del morire.

L'evidenza (fenomenologica) di questo vissuto si dà nelle forme costitutive della coscienza: la carne, il *mio* corpo che muore, l'esperienza della morte dell'altro e le modalità storico-culturali che le caratterizzano. In queste affezioni, indisponibili e 'altro' rispetto a sé, la coscienza riconosce l'attestazione del proprio originario profilo teologico.

Per *sapere* della *propria* morte, ognuno di noi parte dall'incontro con *altri* che muore, anche se, nel momento del distacco, questi rimane irrevocabilmente solo. A partire dalla morte dell'altro, la coscienza *immagina* la propria morte: questa è l'esperienza anticipata dell'essere-sottratti-a-se-stessi. La morte altrui mi rimanda alla mia: perdita dell'altro, essa è anche perdita di me a me, fine definitiva dei legami costitutivi della mia identità. In questo vissuto personale, si danno le piccole e grandi esperienze personali di lutto e distacco che annunciano la *propria* morte e suscitano i sentimenti più vari: dolore, sconfitta, rassegnazione, impotenza, resistenza, rivolta, protesta, rabbia, minaccia, angoscia, fino alla soglia dell'assurdo.

La terza forma della passività *nella* coscienza è il *noi* della cultura. Ciò impedisce di ridurre la morte a un fenomeno meramente *naturale*, oggettivo, empirico o biologico. Essa è *naturalmente* legata alla *cultura* e dunque al complesso delle forme pratiche e teoriche in cui si incarna l'identità di un popolo. In Occidente oggi prevale un'attitudine 'privata' e tecnica, accompagnata dal rischio di ridurre la morte a un *fatto*, scientificamente controllabile e misurabile, da cui deriva la pretesa di *dominarla*, e di abbandonarla nelle mani del singolo, senza che riti, gesti, idee e parole offrano un linguaggio condiviso, capace di istruire la decisione personale.

4.2. IL PROFILO CRISTOLOGICO DEL MORIRE CREDENTE

L'economia cristiana del dono si iscrive all'interno della valenza teologica implicata nell'esperienza antropologica. L'evento cristologico rivela che la morte non è l'ultima parola. Nel tremendo confronto della croce, essa è stata privata del suo «*pungiglione*», il peccato (1 Cor 15,55-56). Condividendo il dramma della morte, Gesù lo ha attraversato, pren-