

I SEGNI DELLA MORTE E LA QUESTIONE DEI TRAPIANTI

Paolo Becchi*

1. Premessa

È inutile continuare a negarlo: anche nel nostro paese il dibattito sulla 'morte cerebrale' è finalmente aperto. Dopo l'articolo di Lucetta Scaraffia, che a quarant'anni dalla definizione di Harvard, sulla base di due libri recentemente pubblicati, metteva in discussione sulla prima pagina dell'Osservatore Romano la nuova definizione della morte in termini neurologici¹, molti dei difensori di quella definizione auspicavano che il Papa – una volta per tutte – prendesse posizione sul tema. L'occasione propizia era offerta da un Convegno organizzato dalla Pontificia Accademia per la Vita, che si è svolto a Roma all'inizio di novembre di due anni fa. Il Convegno c'è stato, il Pontefice ha parlato, ma il suo tanto atteso discorso difficilmente può essere letto – così ha cercato di fare Nanni Costa (il direttore del Centro Nazionale dei Trapianti) – come una difesa della morte cerebrale, una nozione che Benedetto XVI, a differenza del suo predecessore², accuratamente si

* Professore di Filosofia del Diritto, Università degli Studi di Genova.

Relazione presentata il 25 settembre 2009 nella Riunione Plenaria del Comitato Nazionale per la Bioetica. Sono grato alla dottoressa Rosangela Barcaro per alcuni utili suggerimenti e per alcune opportune integrazioni bibliografiche. Lo scritto è qui ospitato per gentile concessione dell'autore, ed è stato pubblicato su *Humanitas*, 65, 3, 2010, pp.486-501.

¹ L. SCARAFFIA, *I segni della morte. A quarant'anni dal Rapporto di Harvard*, in: *L'Osservatore Romano*, 4 settembre 2008, p. 1. Nell'articolo venivano discussi il mio libro *Morte cerebrale e trapianto di organi. Una questione di etica giuridica*, Morcelliana, Brescia 2008 e un'antologia di saggi (in parte presentati a un Convegno organizzato nel settembre 2006 dalla Pontificia Accademia delle Scienze), curata da R. DE MATTEI, *Finis vitae. La morte cerebrale è ancora vita?*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2007. L'articolo di Scaraffia, come è noto, ha suscitato una vasta eco sugli organi di informazione nazionali e internazionali.

² Cfr. GIOVANNI PAOLO II, Discorso tenuto in occasione di un Congresso Internazionale sui Trapianti, pubblicato in: *L'Osservatore Romano*, 30 agosto 2000, pp. 4-5: "Si può affermare che il recente criterio di accertamento della morte sopra menzionato, cioè la cessazione totale ed irreversibile di ogni attività

guarda bene dal menzionare³. A volte i silenzi pesano più delle parole... Beninteso, le riflessioni del Pontefice non sono certo dirimenti nelle nostre società secolarizzate, ma egli non è caduto nel tranello che gli era stato abilmente preparato e il suo appello alla comunità scientifica a trovare un accordo sul tema è un implicito riconoscimento del fatto che quell'accordo, in realtà, non c'è più.

Due sono i problemi principali su cui dovrebbe oggi concentrarsi il dibattito. Il primo concerne l'attendibilità delle nuove scoperte scientifiche che hanno messo in crisi la diagnosi della morte sulla base di standard neurologici. Il secondo le conseguenze che queste nuove conoscenze possono avere per la pratica del trapianto dal momento che essa, a partire dal Rapporto di Harvard, si è retta sull'equivalenza tra morte cerebrale e morte di fatto. Di questi due problemi intendo ora occuparmi.

2. Nuove conoscenze scientifiche intorno alla 'morte cerebrale'

A partire dal celebre documento di Harvard, risalente all'agosto del 1968, la morte viene definita come la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo⁴. Faceva così ingresso una nuova definizione della morte basata su criteri neurologici, nota come 'morte cerebrale totale'

encefalica, se applicato scrupolosamente, non appare in contrasto con gli elementi essenziali di una corretta concezione antropologica".

³ BENEDETTO XVI, *Nessun arbitrio o incertezza nell'accertare la morte*, in: *L'Osservatore Romano*, 8 novembre 2008, p. 1: "La scienza, in questi anni, ha compiuto ulteriori progressi nell'accertare la morte del paziente. È bene, quindi, che i risultati raggiunti ricevano il consenso dell'intera comunità scientifica così da favorire la ricerca di soluzioni che diano certezza a tutti. In un ambito come questo, infatti, non può esserci il minimo sospetto di arbitrio e dove la certezza non fosse ancora raggiunta deve prevalere il principio di precauzione. È utile per questo che si incrementi la ricerca e la riflessione interdisciplinare in modo tale che la stessa opinione pubblica sia messa dinanzi alla più trasparente verità sulle implicanze antropologiche, sociali, etiche e giuridiche della pratica del trapianto. In questi casi, comunque, deve valere sempre come criterio principale il rispetto per la vita del donatore così che il prelievo di organi sia consentito solo in presenza della sua morte reale". E ciò che, appunto, oggi è in discussione è l'identificazione tra morte reale e morte cerebrale.

⁴ 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.

(whole brain death). Per la verità la Commissione di Harvard parlava di 'attività' e non di 'funzionalità', un termine, quest'ultimo, solo in seguito entrato nell'uso e che già di per sé rende più permissiva la definizione di morte cerebrale totale, perché non esclude l'attività elettrica di certe cellule anche se l'encefalo ha cessato di funzionare. Ma su questo non è ora il momento di insistere.

La cosa importante che noi oggi sappiamo è che i criteri clinico-strumentali adoperati per accertare la morte cerebrale non sono in grado di rilevare effettivamente la cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche. Questa prima critica è stata per la prima volta avanzata, se non sbaglio, da un neurologo inglese, Christopher Pallis, il quale tuttavia si è limitato a concludere che per definire morta una persona fosse sufficiente accertare non la morte dell'intero cervello, ma soltanto quella del tronco encefalico (*brainstem death*). Per Pallis la morte umana si verifica "con l'irreversibile perdita della capacità di coscienza combinata con l'irreversibile perdita di respirare spontaneamente"⁵. E poiché queste condizioni si verificano nel caso di perdita di funzionalità del tronco encefalico, la distruzione del tronco è ritenuta sufficiente per diagnosticare la morte. Pallis ha elaborato quanto era già stato deciso dalla Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom in un documento del 1976, che aveva introdotto nella pratica medica la procedura dell'accertamento della morte mediante il criterio della morte del tronco encefalico. In questo testo erano contenute condizioni e criteri clinici necessari per effettuare la diagnosi di morte del tronco encefalico⁶. A distanza di qualche anno un nuovo documento ha fornito precisazioni sul legame tra morte dell'organismo e morte del tronco cerebrale⁷. E questi criteri di fatto

⁵ CH. PALLIS-D.H. HARLEY, *ABC Brainstem Death*, BMJ, London 1983, 19962 , p. 3.

⁶ Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom, *Diagnosis of brain death*, in: *Lancet* 2(1976), pp. 1069-1070.

⁷ Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom, *Diagnosis of death*, in: *Lancet* 1(1979), pp. 261-262. Si veda anche Working Group of the Royal College of Physicians, *Criteria for the Diagnosis of Brain Stem Death. Review by a Working Group Convened by the Royal College of Physicians and Endorsed by the Conference of Medical Royal Colleges and their Faculties in the United Kingdom*, in: *Journal of the Royal College of Physicians* 29(1995), pp. 381-382. Per una diffusa analisi dei documenti cfr. R. BARCARO - P. BECCHI - P. DONADONI, *Prospettive bioetiche di fine vita. La morte cerebrale e il trapianto di organi*, FrancoAngeli, Milano 2008, pp. 33-36.

vengono attualmente adoperati in Gran Bretagna per accertare la morte del paziente⁸.

Negli altri paesi del mondo, compreso il nostro, che addirittura lo prescrive in un articolo di legge⁹, è invece prevalso il criterio della morte cerebrale totale. Ed esso ha incontrato larga fortuna sino all'inizio degli anni '90, quando, su un'autorevole rivista medica, due neurologi, Robert Truog e James Fackler, pubblicarono un articolo dal titolo *Rethinking Brain Death*, che avrà effetti dirompenti¹⁰. Secondo osservazioni cliniche da loro effettuate, molti pazienti che rispondono agli attuali criteri clinici e test neurologici adoperati per accertare la morte cerebrale totale non necessariamente presentano la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e ciò indicherebbe che la completa cessazione di tutte le funzioni non è diagnosticabile mediante i 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 in stato di morte cerebrale è conservata la funzione endocrino-ipotalamica, e ciò vuol dire che persiste la funzione ormonale della ghiandola ipofisi e del centro nervoso che la controlla, l'ipotalamo. Questo significa che almeno una delle funzioni dell'encefalo, quella di produrre ormoni, continua ancora in pazienti in cui è stata accertata la morte cerebrale con i criteri clinico-strumentali attualmente in uso¹¹. 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, attività destinata peraltro a spegnersi

⁸ Cfr. ora A Code of Practice for the Diagnosis and Confirmation of Death, Academy of Medical Royal Colleges, 2008.

⁹ Legge 29 dicembre 1993, n. 578, Norme per l'accertamento e la certificazione di morte, in: Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 5, Roma, 8 gennaio 1994, pp.4-6. Cfr. ora in merito P. Becchi, Quando finisce la vita. La morale e il diritto di fronte alla morte, Aracne, Roma 2009, pp. 91-113

¹⁰ Cfr. R.D. TRUOG, J.C. FACKLER, *Rethinking Brain Death*, in: *Critical Care Medicine* 20/12(1992), pp. 1705-1713.

¹¹ L'attività dell'ipofisi e dell'ipotalamo è evidenziata dalla conservazione della produzione dell'ormone antidiuretico. Nei pazienti in stato di morte cerebrale con ipofisi distrutta si manifesta il cosiddetto diabete insipido, ossia il rene non è stimolato a concentrare le urine e il paziente elimina anche 10-15 litri di urina al giorno. Ecco, in un certo numero di pazienti (circa il 20%) ciò non avviene e questo dimostra che, pur in stato di morte cerebrale, in quei soggetti permane la funzionalità dell'ipofisi.

entro 24-48 ore. Questo significa che alcuni pazienti in stato di morte cerebrale possono ancora presentare, sia pure per breve tempo, segni di funzioni corticali. In terzo luogo, alcuni pazienti continuano insospettabilmente a reagire agli stimoli esterni, come dimostra, ad esempio, l'aumento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna a seguito dell'incisione chirurgica eseguita per procedere al prelievo degli organi. Questo fa quanto meno ipotizzare la presenza di una funzione neurologica al di sopra del midollo spinale. In quarto luogo, in molti pazienti definiti cerebralmente morti sono conservati i riflessi spinali¹², la cui presenza era tenuta in considerazione nel Rapporto di Harvard e negli anni ad esso immediatamente seguenti; ma di cui oggi non si tiene più conto, allentando in tal modo i criteri originariamente previsti (al riguardo si tenga anche presente che il periodo di osservazione secondo il Rapporto di Harvard era di ventiquattro ore, oggi invece sono previste solo sei ore).

Sulla base di un'attenta analisi dei quattro elementi segnalati, Truog e Fackler sono giunti alla conclusione che i criteri e i test standard oggi adottati per accertare la morte cerebrale non sono in grado di rilevare in molti pazienti l'assenza di tutte le funzioni cerebrali, ma solo di alcune. Dalla letteratura medico-scientifica successiva non mi pare siano emerse confutazioni di questo articolo, che spesso anzi viene citato come uno dei punti iniziali della nuova riflessione critica sulla definizione di Harvard. Lo stesso Truog ha continuato in diversi saggi a occuparsi del tema, giungendo nel 1997 a sostenere – in un articolo tradotto anche in italiano che è ormai venuto il tempo di abbandonare la 'morte cerebrale'¹³. Queste nuove conoscenze hanno messo in dubbio quello

¹² Tali riflessi si esprimono attraverso movimenti degli arti, inclusi l'incrociare le braccia sul petto e mettersi a sedere (si tratta dei cosiddetti 'movimenti di Lazzaro'). Quantunque tali funzioni siano attribuite al midollo spinale, non si può però escludere che potrebbero pure coinvolgere il tronco encefalico inferiore e questo spiega perché per ragioni di prudenza di esse si teneva conto nel Rapporto di Harvard.

¹³ Cfr. R.D. TRUOG, È venuto il momento di abbandonare la morte cerebrale?, in: R. BARCARO-P. BECCHI (a cura di), *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, ESI, Napoli 2004, pp. 205-229. Recentissimamente Truog ha ribadito, proprio in Italia, la sua posizione nell'ambito di un Workshop internazionale su *Morte cerebrale e donazione di organi. Etica e scienza a confronto* (Viareggio, 24 settembre 2009). La tesi principale della sua relazione *Ethics of Organ Donation and the Dead Donor Rule* non lascia spazio a dubbi: "Brain death is not the loss of all functions of the

che prima appariva una certezza: vale a dire che i criteri clinico-strumentali adoperati fossero effettivamente in grado di accertare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo. Ma vi è di più. Nel corso degli stessi anni lo studio di alcuni casi clinici consentì di evidenziare un aspetto ulteriore e di decisiva importanza. Come è noto, il presupposto su cui si reggeva la nozione di morte cerebrale era che l'encefalo garantisse l'integrazione dell'intero organismo. È il cervello – così si riteneva e molti ancora oggi ne sono convinti – che fa sì che il corpo non sia un mero conglomerato di organi, per cui venendo a mancare la sua funzione integrativa esso cessa di essere un organismo biologicamente unificato e muore. La morte dunque si identifica con la perdita dell'unità somatica integrativa. Un forte sostegno empirico a questa concezione veniva offerto dall'idea che pazienti dichiarati cerebralmente morti andassero comunque incontro ad arresto cardiorespiratorio in breve tempo.

Orbene, Shewmon, un noto neurologo pediatrico¹⁴, che era stato uno dei sostenitori della definizione di Harvard, fu messo di fronte a un caso clinico che gli fece cambiare completamente opinione: quella di un bambino entrato in stato di morte cerebrale all'età di quattro anni e morto, senza avere mai ripreso a respirare autonomamente, quando ne aveva ventitré! Quel caso aveva certo molto da insegnare riguardo alla necessità del cervello per garantire l'unità integrativa somatica. Non si tratta di un caso isolato, quantunque sia realmente eccezionale per gli anni di sopravvivenza. Le ricerche cliniche di Shewmon attestano 175 casi di sopravvivenza per almeno una settimana, circa 80 per almeno due settimane, 44 per almeno quattro settimane, 20 per almeno due mesi, 7 per sei mesi e 4 per più di un anno. Sulla base di questi dati è difficile continuare a sostenere la tesi che un cervello funzionante sia la condizione necessaria per la vita di un organismo umano. Shewmon perviene così alla conclusione che è errato ritenere che la morte

entire brain. Brain death is not the loss of functioning of the organism as a whole. 'Brain death' is not a logically, philosophically, or conceptually coherent understanding of death".

¹⁴ Di ALAN SHEWMON mi limiterò qui a menzionare due saggi tradotti in italiano (ma la sua produzione è vastissima): *'Morte del tronco cerebrale', 'morte cerebrale' e morte. Un riesame critico della loro presunta equivalenza*, in: R. BARCARO - P. BECCHI (a cura di), *Questioni mortali, cit.*, pp. 177-204, e *Disconnessione tra encefalo e corpo. Implicazioni per il fondamento teorico della morte cerebrale*, in: R. DE MATTEI (a cura di), *Finis vitae. La morte cerebrale è ancora vita?, cit.*, pp. 277-331.

dell'encefalo sia un indicatore della morte ravvicinata di tutto l'organismo. Viene così messo in discussione quello che fino ad allora era presentato come un 'dogma' (e per molti continua ancora oggi ad esserlo), ovverosia che l'encefalo sia l'unico organo responsabile dell'integrazione corporea e, di conseguenza, che la perdita della sua funzionalità provochi inevitabilmente la disintegrazione dell'organismo e dunque il decesso. Insomma, anche qualora si riuscisse a provare l'assenza di qualsiasi funzione cerebrale, gli individui che si trovassero in quella condizione non sarebbero di per sé necessariamente morti.

3. ...e conseguenze che se ne possono trarre

Di fronte a queste nuove conoscenze dell'encefalo e di fronte alla confutazione empirica dell'idea che un cervello funzionante sia la *conditio sine qua non* per la vita di un organismo si può reagire in due modi diversi: contestandoli entrambe oppure prendendone atto. Quello che invece bisognerebbe evitare di fare è continuare a far finta di niente. Sotto questo profilo è sicuramente da salutare confavore che il Comitato Nazionale per la Bioetica abbia riaperto la discussione sul tema, come del resto ha pure fatto il President's Council on Bioethics negli Stati Uniti¹⁵. Chi oggi vuol continuare a sostenere che la morte cerebrale equivale alla morte reale dovrebbe rispondere alle circostanziate obiezioni che – sia pure succintamente – sulla base di una letteratura medica accreditata ho presentato e non limitarsi a formulare giudizi denigratori nei confronti degli avversari.

Se invece, onestamente, ammettiamo le serie difficoltà cui è andata incontro la nuova definizione di morte, anche in ambito medico, per prima cosa dobbiamo chiederci: ma allora quando è che un essere umano è morto? Qui si apre il compito per una medicina critica e per la critica di una medicina legale che, ahimè, nel nostro paese è priva di qualsiasi autonomia ed è largamente asservita al potere politico.

¹⁵ Il CNB si era già occupato dell'argomento proprio nel suo primo documento: Comitato Nazionale per la Bioetica, Definizione e accertamento della morte nell'uomo, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 15 febbraio 1991, (reperibile all'indirizzo: <http://www.palazzochigi.it/bioetica/pdf/2.pdf>). Per il documento americano, cfr. President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death. A White Paper*, Washington 2008 (reperibile all'indirizzo: [http://www.bioethics.gov/reports/death/Controversies%20in%20the%20Determination%20of%20Death%20for%20the%20Web%20\(2\).pdf](http://www.bioethics.gov/reports/death/Controversies%20in%20the%20Determination%20of%20Death%20for%20the%20Web%20(2).pdf)). Si tratta di un lavoro notevole, che meriterebbe un'apposita trattazione.

Si potrebbe essere tentati di rispondere alla crisi della morte cerebrale totale come si è fatto sin dall'inizio in Gran Bretagna, e più recentemente in Argentina, dove si è deciso di seguire la stessa strada, puntando su quel 'sistema critico' dell'intero cervello che è il tronco encefalico¹⁶. Secondo Pallis, come si è accennato, le lesioni del tronco encefalico renderebbero impossibile il funzionamento dell'intero cervello. Recenti studi sulla cosiddetta sindrome di locked-in attestano però che, anche in presenza di gravissime lesioni del tronco encefalico, altre parti del cervello, ad esempio parti della corteccia cerebrale, potrebbero essere ancora funzionanti¹⁷. Pazienti affetti dalla suddetta sindrome pur in assenza di funzionalità del tronco encefalico possono quindi restare coscienti, ma se è così possiamo considerarli morti? Come si vede, anche il criterio della morte del tronco encefalico è molto meno convincente di quanto a prima vista possa sembrare.

A questo punto, si potrebbe essere tentati di percorrere una strada diversa e molto più radicale: quella cioè di passare dalla morte cerebrale totale (whole brain death) alla morte corticale (higher brain death)¹⁸. Seguendo questa direzione una persona sarebbe morta quando la sua capacità di coscienza fosse andata irrimediabilmente persa, anche se il tronco encefalico continuasse a funzionare. La conseguenza sarebbe che

¹⁶ Legislación Nacional, Ley n. 24.193 - *Transplantes de organos y materiales anatomicos*. La legge è stata approvata in data 19.4.1993.

¹⁷ P. ALLAIN ET AL., *Cognitive Functions in Chronic Locked-in Syndrome. A report of two cases*, in: *Cortex* 34 (1998), pp. 629-634; J. LEON-CARRION ET AL., *The locked-in Syndrome. Syndrome Looking for a Therapy*, in: *Brain Injury* 16(2002), pp. 571-582; E. CASANOVA ET AL., *Locked-in Syndrome. Improvement in the Prognosis after an Early Intensive Multi-disciplinary Rehabilitation*, in: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 84(2003), pp. 862-867; S. LAUREYS ET AL., *The Locked-in Syndrome. What is it Like to Be Conscious but Paralyzed and Voiceless?*, in: *Progress in Brain Research* 150(2005), pp. 495-511; C. SCHNAKERS ET AL., *Cognitive Function in the Locked-in Syndrome*, in: *Journal of Neurology* 255/3(2008), pp. 323-330.

¹⁸ Tra i numerosi pensatori che si sono da tempo espressi a favore dell'introduzione di una definizione di morte basata sulla perdita irreversibile delle funzioni corticali si deve ricordare ROBERT VEATCH, che ha articolato in modo completo la propria riflessione nella sua raccolta di saggi *Transplantation Ethics*, Georgetown University Press, Washington DC 2000.

pazienti in stato vegetativo permanente – come, ad esempio, Eluana Englaro – potrebbero essere considerati già morti¹⁹.

Una conclusione che a prima vista ci consentirebbe di risolvere uno scottante problema etico con una definizione scientifica, percorrendo – a ben vedere – esattamente la stessa strada imboccata con la definizione di Harvard, ma radicalizzandone soltanto le conseguenze. Debbo qui apertamente ammettere che trovo controintuitivo dichiarare morto un paziente che respira. Chi sarebbe disposto a considerare lecita la chiusura in cassa e il seppellimento o la cremazione di una persona che respira ancora autonomamente? Vi è inoltre da aggiungere: come le nuove conoscenze scientifiche hanno messo in crisi la morte cerebrale totale, così le nuove conoscenze intorno allo stato vegetativo sono oggi in grado di rilevare, tramite risonanza magnetica funzionale, qualche

¹⁹ Sotto questo profilo è quanto meno fonte di equivoci un documento della Commissione di Bioetica dell'Accademia dei Lincei nel quale, con riferimento al tormentato caso di Eluana Englaro, si sostiene di condividere l'ultimo orientamento della Corte di Cassazione in merito all'interruzione del trattamento di sostegno vitale cui la paziente era sottoposta. Secondo tale documento, la Corte si sarebbe attenuta a due tipi di informazioni: *"La prima informazione è quella relativa alla volontà del paziente, chiaramente espressa in precedenza e in condizioni di pieno possesso delle proprie facoltà mentali. La seconda informazione è quella relativa all'accertamento della condizione del paziente che la Commissione di Bioetica dell'Accademia dei Lincei ritiene debba essere quello della morte cerebrale [...]".* La Commissione di Bioetica considera coerente l'interruzione di un trattamento quando esso avvenga come libera decisione del paziente nel rispetto dei diritti sanciti dalla Costituzione e in condizioni accertate di morte cerebrale". Ora, sulla base dei criteri di accertamento della morte cerebrale previsti dal nostro ordinamento Eluana era ancora viva, del resto se fosse stata dichiarata morta seguendo quei criteri la decisione del paziente sarebbe stata del tutto irrilevante, poiché la legge italiana in vigore, la n. 578 del 1993, prevede che dopo le sei ore di osservazione si sospenda comunque qualsiasi trattamento, salvo il caso in cui il paziente sia donatore di organi. Se il presupposto del ragionamento della Commissione non è la morte cerebrale totale (*whole brain death*), ma la morte corticale (*higher brain death*), ovviamente si può prendere atto che questo è il suo parere, che ben difficilmente però potrà essere al momento condiviso da qualsiasi Corte italiana, a meno che non voglia prendere una decisione esplicitamente *contra legem*. Sul caso Englaro mi sia consentito rinviare al mio contributo *L'imperialismo giudiziario. Note controcorrente sul caso Englaro*, in: *Rivista Internazionale di Filosofia del diritto* 86/3(2009), pp. 379-403.

residua forma di coscienza in pazienti in stato vegetativo, anche se questi non sono in grado di esprimerla²⁰.

Se tutte queste mie considerazioni hanno un fondamento, allora io credo che (come ormai molti altri, del resto) sia venuto il tempo di superare non solo la definizione di morte cerebrale totale (*whole brain death*), ma qualsiasi definizione di morte in termini neurologici e non ci resti altro da fare che ritornare a una definizione di morte basata sull'arresto della respirazione e della circolazione sanguigna. Dopo venti minuti di cessazione della circolazione di sangue ossigenato, possiamo essere certi che in circostanze ordinarie (cioè di temperatura normale) la persona sia realmente morta.

Gli inquietanti problemi che ci pongono i pazienti che si trovano in stato di morte cerebrale o vegetativo persistente sono di natura squisitamente etica e giuridica e non si possono risolvere con una presunta definizione scientifica della morte (la definizione di morte cerebrale per le persone in stato di morte cerebrale, quella di morte corticale per le persone in stato vegetativo permanente).

Si potrebbe subito replicare che, ritornando al criterio cardiocircolatorio²¹, gli effetti sarebbero dirompenti sui trapianti e che bisognerebbe sospenderli. Insomma, sembrerebbe di trovarsi di fronte al seguente *aut aut*: o si continua ad accettare la validità della nuova

²⁰ A.M. OWEN ET AL., *Detecting Residue Cognitive Function in Persistent Vegetative State*, in: *Neurocase* 8/5(2002), pp. 394-403; ID., *Residual Auditory Function in Persistent Vegetative State. A Combined PET and fMRI Study*, in: *Neuropsychol Rehabilitation* 15 (2005), pp. 290-306; ID., *Functional MRI in Disorders of Consciousness. Advantages and Limitations*, in: *Current Opinion in Neurology* 20/6(2007), pp. 632-637; A.M. OWEN-M.R. COLEMAN, *Functional Neuroimaging of the Vegetative State*, in: *Nature Reviews. Neuroscience* 9(2008), pp. 235 ss.

²¹ Un altro ambito di discussione si dovrebbe aprire sull'impiego del criterio cardiocircolatorio come unico criterio per determinare il decesso. Si tratta delle modalità operative con le quali applicare questo criterio, il tempo di osservazione e di attesa prima di dichiarare il decesso, gli strumenti ed esami che dovrebbero essere utilizzati a questo scopo. Un contributo decisivo in questo senso non può che venire dalla professione medica, dalla quale dovranno emergere proposte concrete ed affidabili: se siano sufficienti venti minuti di attesa, come prevede oggi la legge sull'accertamento della morte, corredata da tracciato elettrocardiografico che dimostri assenza di attività cardiaca o se si rendessero opportune ulteriori indagini strumentali saranno aspetti da chiarire con rigore scientifico.

definizione della morte e allora i trapianti sono leciti oppure non la si accetta più e allora non sono più giustificabili. *Tertium non datur*. In realtà il ritorno a una concezione della morte basata sull'arresto cardiocircolatorio, non comporterebbe necessariamente la sospensione dei trapianti, perlomeno non di tutti: chi vuole donare i propri organi potrebbe ancora farlo sulla base di un protocollo per donatore a cuore non battente (*non-heart-beating organ donors*). Questo comporterebbe, perlomeno sulla base delle nostre attuali conoscenze, una restrizione sul tipo di organi da prelevare, ma non escluderebbe *in toto* il loro prelievo.

Del resto esistono già oggi protocolli che vanno in questa direzione. Il primo passo è stato fatto nel 1992 con l'approvazione del cosiddetto 'protocollo di Pittsburgh'²². Quel protocollo però sollevava più problemi di quanti pretendesse di risolvere, poiché il tempo di arresto cardiaco era fissato in soli due minuti: troppo pochi per stabilire il decesso, dal momento che, se il prelievo avviene tra i due e i cinque minuti, esso verrebbe effettuato quando potrebbe persino esserci una ripresa spontanea dell'attività cardiaca e comunque il cervello non sarebbe ancora irrimediabilmente danneggiato. Ecco perché in Europa i protocolli in uso, penso al protocollo di Maastricht adottato nel 1995²³ e quello simile dell'Ospedale di Zurigo²⁴, prevedono un tempo d'attesa più lungo: dieci minuti di arresto cardiaco. Poiché la protratta mancanza di circolazione può provocare danni agli organi esponendo il ricevente a un

²² *University of Pittsburgh Medical Center Policy and Procedure Manual. Management of Terminally Ill Patients who May Become Organ Donors after Death*, in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 3(1993), pp. A1-A15. Per un'esposizione dei contenuti principali del protocollo si vedano, ad esempio, S.J. YOUNGNER-R.M. ARNOLD, *Ethical, Psychological, and Public Policy Implications of Procuring Organs from Non-Heart-Beating Cadaver Donors*, in: *Journal of the American Medical Association* 269(1993), pp. 2769-2774; M. WEBER ET AL., *Kidney Transplantation from Donors without a Heartbeat*, in: *New England Journal of Medicine* 347/4(2002), pp. 248-255, M.D.D. BELL, *Non-heart Beating Organ Donation. Old Procurement Strategy, New Ethical Problems*, in: *Journal of Medical Ethics* 29 (2003), pp. 176-181. Si veda ora anche il Protocollo Prelievo di organi da donatore a cuore non battente, che è stato attivato a Pavia per il trapianto di reni. Al riguardo esiste un documento presentato da P. Geraci e G. Azzoni al Comitato Nazionale per la Bioetica (Roma, 17 luglio 2009).

²³ R.J. DE WITT ET AL., *Non-Heart-Beating Kidney Donation in Uncontrolled Donor Procedures*, in: *Transplantation Proceedings* 27/5(1995), pp. 2922-2923.

²⁴ M. WEBER ET AL., *Kidney Transplantation from Donors without a Heartbeat*, cit.

trapianto con scarsa possibilità di riuscita, al momento questa pratica di espianto riguarda i reni; anche se più recenti ricerche sembrano attestare che il prelievo a cuore fermo comincia a dare buoni risultati anche per il fegato. Come che sia, tutto ciò dimostra che almeno per singoli organi, oltre che per la cornea, che già per legge viene prelevata a cuore fermo, è possibile superare la difficoltà del prelievo da pazienti cerebralmente morti, effettuandolo quando l'arresto cardiaco è di durata sufficiente a garantire anche la perdita della funzionalità cerebrale. Questo tuttavia non risolve il problema, poiché per organi ad alto metabolismo come il cuore o il polmone che si deteriorano rapidamente il prelievo a cuore battente pare, almeno allo stato delle attuali conoscenze, inaggirabile.

A questo punto dobbiamo effettivamente chiederci: una volta ammesso che le persone in stato di morte cerebrale non sono ancora completamente morte, dobbiamo necessariamente escludere il trapianto da quella condizione?

4. La necessità di un'etica per la donazione degli organi

Per rispondere a questa domanda è opportuno fare un passo indietro e interrogarci sui motivi che hanno spinto a considerare decisivo il cervello per determinare la morte di un paziente²⁵. A partire dalla seconda metà degli anni '50 si sono sviluppate quelle tecniche rianimatorie che, se da un lato hanno consentito a molti pazienti entrati in coma di guarire, dall'altro non hanno sortito l'effetto sperato, perché il paziente non mostrava più alcun segno di attività cerebrale anche se, attaccato al respiratore, il suo cuore continuava ancora a battere.

Il grosso problema, al contempo etico e giuridico, che si è aperto era il seguente: che cosa fare di quei pazienti comunque condannati a una prognosi infausta? A questa domanda etica e giuridica bisognava rispondere eticamente e giuridicamente, e invece si scelse una via diversa: quella che fino ad allora era considerata una condizione ambigua di *finis vitae*, venne definita come una condizione di morte. Quello che inizialmente era stato definito come *depassé*, coma oltre il coma, diventava ora uno stato oltre la vita, uno stato di morte. La morte del cervello veniva semplicemente equiparata alla morte di fatto di un

²⁵ Per un approfondimento cfr. P. BECCHI, *La 'morte cerebrale' è la fine della vita umana? Considerazioni a quarant'anni dalla definizione di Harvard*, in: *Anthropos & Iatria. Rivista Italiana di Studi e Ricerche sulle medicine antropologiche e di storia delle medicine* 12/4(2008), pp. 59-65.

essere umano. In questo modo, quello che era un problema eminentemente pratico – che cosa fare di quei pazienti che, attaccati al respiratore, pur in assenza di attività cerebrale, non andavano immediatamente incontro al definitivo arresto cardiocircolatorio – fu risolto trasformandolo in un problema teorico, per l'appunto attraverso una nuova definizione della morte: la morte cerebrale totale (*whole brain death*). Una volta definiti morti tutti quei pazienti che in realtà si trovavano in coma irreversibile, non costituiva ovviamente più alcun problema spegnere il respiratore, dal momento che il paziente era già morto; ma se il paziente era già morto il respiratore poteva essere immediatamente riacceso in vista di un prelievo di organi effettuato in condizioni ottimali. Difficile negare che quella nuova definizione di morte su base neurologica non fosse perfettamente funzionale al trapianto degli organi! Il filosofo Hans Jonas²⁶ se ne rese subito conto, ma la sua rimase all'inizio una posizione estremamente isolata, anche se solo due decenni dopo analoghe critiche – come si è cercato di documentare – cominciarono a manifestarsi anche in ambito medico.

A questo punto, una volta rivelatasi insostenibile l'equiparazione tra morte cerebrale e morte di fatto, dovremmo categoricamente escludere il prelievo di organi da persone che soddisfano il criterio della morte cerebrale totale? Io credo che, se noi oggi giungessimo a questa conclusione, faremmo, sia pure al contrario, lo stesso errato ragionamento di coloro che sulla base di quella definizione avevano giustificato i trapianti, confondendo insieme fatti e valori. L'accertamento e la certificazione medica della morte è un problema fattuale; che cosa fare di persone il cui cervello ha smesso di funzionare e se si possano utilizzare i loro organi per salvare la vita di altre persone, tutto questo dipende da decisioni etiche, da scelte valoriali.

Il problema dei trapianti è un problema che va affrontato anzitutto eticamente e giuridicamente, trovando criteri sostenibili e condivisibili. Anche il problema delle persone in stato di morte cerebrale (come del resto anche di quelle in stato vegetativo permanente) è anzitutto un problema etico-giuridico. Impostata la questione in questi termini, il rapporto tra morte cerebrale e trapianto di organi non configurerebbe più un pericoloso intreccio tra fatti e valori, ma resterebbe tutto sul piano dei valori. Insomma, il problema non è quello di definire morte le persone che soddisfano gli attuali criteri per l'accertamento della morte cerebrale, ma di decidere che cosa siamo autorizzati a fare di loro,

²⁶ Cfr. infra, nota 30.

anche se non sono ancora morte²⁷. Quello che riguardo alle persone che hanno subito un danno cerebrale complessivo irreversibile (che determina la cessazione del funzionamento dell'encefalo come un tutto²⁸) dobbiamo chiarire è che cosa significa trattarli con il rispetto comunque dovuto a ciascun essere umano, indipendentemente dalle condizioni in cui esso si trova. Sarebbe una mancanza di rispetto nei loro confronti trattarli diversamente da persone il cui cervello è attivo? Prelevare i loro organi da quella condizione, che comunque è una condizione di 'non ritorno', equivale a commettere un omicidio o, se realizzato con il consenso dell'interessato, un atto eutanasi?

Riguardo alla prima domanda osservo che non possiamo trattare i morti cerebrali come cadaveri perché non lo sono ancora, anche se il danno cerebrale, che viene accertato con gli attuali criteri neurologici, rappresenta il punto di non ritorno nel processo del morire. Per questa ragione possiamo trattare questi pazienti in modo differente da come trattiamo le persone con un cervello funzionante²⁹. Quanto più avanziamo nel processo della vita, tanto più aumentano gli obblighi che gli altri hanno nei nostri confronti; quanto più avanziamo nel processo della morte, tanto più essi diminuiscono senza che tuttavia, in un caso come nell'altro, vengano mai completamente meno. Alla fine l'ultimo obbligo che ci resta è quello di trattare pietosamente i defunti. La pietà nei confronti della salma, un fenomeno che attraversa culture e tradizioni diverse, rivela che persino il cadavere è qualcosa di più di una mera cosa inanimata. Il nostro modo di rapportarci con i morti non può in alcun modo essere paragonato al nostro modo di rapportarci con le cose. A maggior ragione tutto ciò vale per una persona con diagnosi di morte cerebrale, la quale ha già irreversibilmente imboccato il tunnel

²⁷ Come ho sostenuto in *Morte cerebrale e trapianto di organi*, cit.

²⁸ Forse sarebbe opportuno riprendere il concetto di tutto, di unitarietà, e di applicarlo dall'organismo al funzionamento dell'encefalo. Ciò consentirebbe di affermare che, venendo meno il funzionamento dell'encefalo come un tutto, non è significativo se alcune parti di esso continuano a produrre ormoni (come fa, ad esempio, l'ipofisi). Che permanga o meno quella funzionalità, il paziente è già entrato in quella condizione di non ritorno che si concluderà necessariamente con la morte.

²⁹ Sviluppo qui di seguito alcune considerazioni che traggono ispirazione dalla traduzione, da me curata, di un saggio di R. STOECKER, *Dalla morte cerebrale alla dignità umana. Per il superamento filosofico-morale del dibattito sulla morte cerebrale*, in: R. BARBARO - P. BECCHI (a cura di), *Questioni mortali*, cit., pp. 141-154.

della morte anche se non è però giunta sino in fondo. Fuor di metafora, ciò significa che abbiamo nei suoi confronti obblighi maggiori di quelli che abbiamo verso i cadaveri, ma al contempo minori di quelli che abbiamo nei confronti di una persona con un cervello vivo. Non siamo obbligati a tenere in vita una persona il cui cervello ha smesso di funzionare, mentre lo siamo nei confronti di pazienti che non versano in quella condizione estrema. Se affrontiamo la questione nei termini ora posti, potremmo chiederci: sarebbe sicuramente illecito prelevare organi vitali da un individuo sano provocandone in tal modo la morte, ma perché dovremmo ritenere che la stessa cosa valga per un individuo che ha subito un danno cerebrale totale e la cui condizione è irreversibile? Viene quell'individuo necessariamente danneggiato dal prelievo dei suoi organi?

Certo, non si può contestare che il prelievo ponga il donatore in una condizione *prima facie* reificante, ma se quella condizione venisse riscattata da una chiara manifestazione di volontà a favore della donazione, allora il donatore non sarebbe più un semplice mezzo, perché è lui stesso ad appropriarsi del suo scopo, facendo sì che una situazione altrimenti reificante appaia come un gesto di autentica nobiltà d'animo che trasforma la fine della sua vita nella concreta speranza di nuova vita. Se il prelievo avvenisse in tali condizioni di autentica partecipazione perché dovremmo considerarlo illecito? Forse perché esso si configurerebbe come un atto eutanasi? E veniamo così alla seconda domanda.

E, a questo proposito, la risposta non può che partire dal significato che noi attribuiamo al termine 'eutanasia', dal momento che a causa della sua polivalenza esso spesso è fonte di fraintendimenti. Ciò che a noi qui interessa è soltanto accertare in che senso (e se abbia un senso) parlare di eutanasia nel contesto del trapianto d'organi. A prima vista si sarebbe tentati, seguendo Hans Jonas³⁰, di spiegare la sospensione della respirazione artificiale in un paziente in stato di morte cerebrale o la sua eventuale prosecuzione ai fini del prelievo dei suoi organi con la classica

³⁰ Cfr. H. JONAS, *Morte cerebrale e banca di organi umani. Sulla ridefinizione pragmatica della morte*, in: ID., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, a cura di P. BECCHI, Einaudi, Torino 1997, pp. 167-184. A un'analisi della posizione jonasiana è dedicato il mio contributo *Hans Jonas, la nuova definizione di morte e il problema del trapianto di organi*, in: *Ragion pratica* 27(2006), pp. 501-514, ora raccolto in: P. BECCHI, *La vulnerabilità della vita. Contributi su Hans Jonas*, La Scuola di Pitagora, Napoli 2008, pp. 219-246.

distinzione – peraltro oggi molto controversa³¹ – tra eutanasia passiva (il lasciar morire in modo dignitoso) e eutanasia attiva (l'uccisione diretta del paziente su sua esplicita richiesta). In effetti, un conto è staccare il respiratore e lasciar morire la persona in stato di morte cerebrale, un altro conto è, con il respiratore ancora acceso, procedere al prelievo degli organi: non è, appunto, questo atto ad uccidere il paziente? Se si accetta il principio, che personalmente condivido, secondo il quale il medico dovrebbe astenersi dal compiere atti eutanasi attivi l'eutanasia passiva sarebbe ammissibile, non però quella attiva e pertanto si giungerebbe alla stessa conclusione di Jonas che considerava in questo caso lecita (anzi doverosa) l'interruzione della ventilazione assistita, ma non l'asportazione degli organi, poiché questa si sarebbe configurata, per l'appunto, come uccisione del paziente, incompatibile con l'etica professionale del medico. Ma siamo proprio sicuri che questa distinzione, originariamente introdotta con riferimento al malato terminale cosciente che chiede al medico di essere ucciso con una iniezione letale, possa essere estesa al contesto del trapianto di organi? Bisognerebbe dimostrare che l'uccisione attiva su richiesta di un paziente che altrimenti continuerebbe a vivere sia paragonabile al prelievo degli organi da un paziente in coma irreversibile, che staccato dal respiratore sarebbe comunque morto.

A ben vedere, l'unico punto di contatto tra le due situazioni è dato dall'intervento attivo del medico, tanto nell'eutanasia attiva, quanto nel prelievo degli organi. Nel dibattito bioetico tuttavia non c'è solo l'eutanasia passiva e quella attiva, ma anche l'eutanasia attiva indiretta', una locuzione con cui si intende, ad esempio, la somministrazione a malati terminali di farmaci lenitivi del dolore, ma che come effetto secondario possono accelerare o perfino determinare la morte del paziente.

Questa forma di eutanasia si fonda, come è noto, sulla dottrina del duplice effetto³², secondo la quale si considerano leciti determinati interventi medici per il fine buono che con essi si intende raggiungere,

³¹ Per la critica alla distinzione tra uccidere e lasciar morire si veda in particolare J. RACHELS, *The End of Life. Euthanasia and morality*, Oxford University Press, Oxford 1986 (tr. it. *La fine della vita. La moralità dell'eutanasia*, Edizioni Sonda, Torino 1989); per una difesa della distinzione cfr. M. REICHLIN, *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002.

³² Su questo punto si veda, ad esempio, G.M. MIGLIETTA, *Teologia morale contemporanea. Il principio del duplice effetto*, Urbaniana University Press, Roma 1997.

anche se essi comportino conseguenze negative, nella fattispecie il subentrare accelerato della morte. Ma questa forma di eutanasia ha un campo di applicazione più vasto: il medico che pratica un cosiddetto 'aborto terapeutico' produce la morte del feto, ma lo fa per salvare la vita della gestante, e dunque sarebbe giustificabile, sulla base della dottrina del duplice effetto, anche qualora si volesse ritenere di per sé immorale la pratica abortiva. Ebbene, non avviene forse qualcosa di simile nel caso del prelievo di organi? Lo scopo dell'azione del medico non è quello di uccidere il paziente, ma, sapendo che ormai non può fare più nulla per lui, cercare di salvare altre vite umane, prelevando gli organi, anche se per raggiungere questo obiettivo interviene in una fase in cui il processo di morte di quel paziente non si è ancora concluso.

Resta da chiedersi se abbia un senso parlare di eutanasia in relazione alla problematica del trapianto. Ho appena finito di dimostrare che un senso può averlo, ma vorrei, in conclusione, sottolineare la condizione del tutto peculiare del paziente di cui è stato accertato un danno cerebrale complessivo irreversibile e dell'intervento a cui, in caso di donazione, è sottoposto. Ben difficilmente l'asportazione di organi può qualificarsi come morte 'dolce'. Più che di eutanasia bisognerebbe semmai parlare di distanasia. Ma l'aspetto su cui occorre insistere è lo stato clinico di quel paziente. Non siamo di fronte a un paziente cosciente che pur tra mille sofferenze potrebbe continuare autonomamente a vivere e chiede di essere ucciso e neppure di fronte a un paziente in stato vegetativo che nutrito e idratato può sopravvivere ancora per molti anni, ma a un paziente la cui morte può essere procrastinata nel tempo esclusivamente grazie ai mezzi tecnologici di cui oggi la medicina dispone. La morte di quel paziente che si trova in quella condizione non è in realtà cagionata né dall'interruzione della ventilazione assistita e neppure dall'eventuale prelievo dei suoi organi, ma dal gravissimo danno cerebrale che ha prodotto lo stato di coma apneico irreversibile in cui si trova.

Oggi sappiamo che quella condizione può essere mantenuta anche per lungo tempo, ma senza alcuna modifica, poiché, sulla base delle attuali conoscenze, non c'è alcuna possibilità di ripresa. E su questo oggi la scienza medica concorda, se male non mi appongo, senza eccezioni. Si può discutere se le modalità utilizzate per l'accertamento siano o meno conformi allo sviluppo delle conoscenze scientifiche e se le sei ore di tempo oggi previste siano sufficienti per effettuare la diagnosi di morte cerebrale, anche per i neonati e i bambini come prevede l'attuale

nostro ordinamento³³. Il costante monitoraggio dei criteri di accertamento è sicuramente importante, ma, una volta superata la finzione della morte cerebrale totale, decisiva dovrà diventare non la morte di tutto il cervello (o di alcune sue parti), ma del cervello in quanto tutto. E l'esclusione dell'esistenza di flusso ematico cerebrale con eventualmente l'utilizzazione della diagnostica per immagini dovrebbe offrire una sufficiente garanzia in proposito: i pazienti che versano in quella condizione, anche se non sono ancora realmente morti, sono già entrati in un processo letale che è irreversibile. Ci possono essere risvegli anche dopo lunghi periodi da parte di persone in stato vegetativo, ma quando il cervello come un tutto ha smesso di funzionare, per quel paziente non c'è proprio niente da fare. Il fatto che quella situazione possa essere, con le attuali tecniche applicate alla medicina, differita nel tempo, non modifica nulla rispetto alla sua valutazione etica. A partire da quella condizione non c'è più alcun obbligo di tenere in vita quel paziente con l'uso del respiratore e, staccandolo, il paziente conclude in pochi minuti quel processo di morte in cui è già entrato; ma se quel paziente, quando era ancora nelle condizioni di poterlo fare, si era espresso favorevolmente alla donazione dei suoi organi anche in quella situazione, e cioè con il respiratore ancora acceso, perché gli dovrebbe essere impedito di farlo? Una società laica e pluralistica come la nostra dovrebbe ammettere questa possibilità, rispettando peraltro tutti coloro che per convinzioni e credenze personali si oppongono alla donazione dei loro organi. Così come avviene con la legge del New Jersey, che consente a quanti professano una fede religiosa di rifiutare i criteri neurologici per la determinazione della morte³⁴.

³³ Cfr. in proposito il D.M. Salute 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'*, in: *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, n. 136, Roma, 12 giugno 2008, pp. 8-11: art. 4, comma 1. Cfr. ora al riguardo P. BECCHI, *Quando finisce la vita. La morale e il diritto di fronte alla morte*, Aracne, Roma 2009, pp. 106-111.

³⁴ *New Jersey Declaration of Death Act*, 8.4.1991, in: *New Jersey Statutes Annotated*, 26, Ch. 6, A1-8. Cfr. al riguardo R.M. VEATCH, *Transplantation Ethics*, cit., p. 132, il quale riporta i punti principali della legge approvata nel 1991: "la morte di un individuo non dovrebbe essere dichiarata sulla base di criteri neurologici [...] se, per informazioni disponibili in cartella clinica, o fornite da un membro della famiglia dell'individuo o da altra persona a conoscenza delle convinzioni religiose personali di quell'individuo, il medico autorizzato a

La differenza importante riguarda l'estensione delle categorie alle quali può essere consentito di rifiutare l'accertamento di morte mediante criteri neurologici: non più soltanto un gruppo religioso (nel New Jersey quello degli ebrei ortodossi), ma tutti coloro che si oppongono all'uso di quei criteri, anche per ragioni ideologiche e culturali, potrebbero richiedere che l'accertamento del decesso venga condotto con criteri cardiocircolatori.

Per quanto riguarda il prelievo degli organi, esso sarebbe praticato soltanto quando l'individuo abbia espressamente consentito alla donazione nelle condizioni che già oggi sono previste dalla legge. Tale atto non si configurerebbe come un atto eutanasi contrario all'etica professionale del medico, dal momento che egli interviene quando il processo di morte, di fatto, è già iniziato. Quando procede al prelievo degli organi, il medico non sta uccidendo un paziente che pur tra mille sofferenze continuerebbe ancora a vivere, ma pone soltanto fine a un processo che, dopo l'accertamento del coma apneico irreversibile, sarebbe comunque lecito interrompere, sospendendo la terapia intensiva cui egli è sottoposto. Tutt'al più, poiché il suo operare in questo delicato settore potrebbe contrastare con le convinzioni personali di un medico, invece di obbligarlo – come si fa nel nostro paese – a partecipare al collegio medico che dovrà accertare la morte cerebrale³⁵, gli si dovrebbe garantire la possibilità dell'obiezione di coscienza.

Il problema che semmai può porsi è se il medico sia autorizzato a bloccare un processo naturale, ormai irreversibile, in vista del prelievo di organi. Nel caso dell'eutanasia volontaria attiva si accorcia con una iniezione letale la vita di un paziente cosciente che chiede di morire; nel caso del prelievo si prolunga ancora un po' la fine della vita di una persona il cui cervello in quanto tutto abbia smesso di funzionare. Per farlo, il medico deve avere un buon motivo e il prelievo degli organi, grazie al quale si possono salvare vite umane, certo lo è. Ma, poiché il prelievo avviene nella zona grigia indicata, non si può fare a meno dell'esplicito consenso dell'interessato. È proprio in questo caso che

dichiarare il decesso abbia ragione di credere che quella dichiarazione violerebbe le convinzioni religiose personali dell'individuo. In questi casi la morte dovrebbe essere dichiarata, e il momento del decesso fissato, soltanto in base ai criteri cardiorespiratori".

³⁵ Cfr. Legge n. 578 del 29 dicembre 1993, *Norme per l'accertamento e la certificazione della morte*, cit., art. 2, comma 8: "la partecipazione al collegio medico è obbligatoria e rientra nei doveri d'ufficio del nominato".

l'informazione al donatore deve essere la più chiara e trasparente possibile³⁶.

Tutte le osservazioni sin qui svolte valgono da un punto di vista bioetico. Ma vorrei concludere con un riferimento al piano più specificamente giuridico. Anche qualora volessimo ammettere che il prelievo degli organi da un donatore a cuore battente ponga di fatto fine alla sua vita, con ciò non avremmo ancora detto nulla sul significato giuridico di quell'atto. Bisogna distinguere l'atto con cui si manifesta una condotta umana dal suo significato giuridico. Non ogni atto di intervento sulla vita umana deve di per sé essere un delitto contro la persona. È, insomma, la norma che attribuisce all'atto la sua qualificazione giuridica. E una norma che autorizzasse il prelievo degli organi da donatori il cui cervello complessivamente ha smesso irreversibilmente di funzionare, ma che di fatto non sono ancora morti, renderebbe di per sé lecito il prelievo anche a partire da quella condizione, senza più passare attraverso quella identificazione tra morte e morte cerebrale che è giunto il momento di abbandonare.

³⁶ Una posizione analoga è sostenuta in Germania dal costituzionalista Wolfram Höfling. Cfr. W. HÖFLING - S. RIXEN, *Verfassungsfragen der Transplantationsmedizin. Hirntodkriterium und Transplantationsgesetz in der Diskussion*, Mohr (Paul Siebeck), Tübingen 1996, pp. 97 ss.