

DI NUOVO: CHI O COSA MUORE?

A QUARANT'ANNI DA HARVARD: COMMENTI SUL PRESUNTO 'REVIVAL' DEL DIBATTITO SULLA MORTE CEREBRALE

Settimio Monteverde*

1. La morte al plurale

Nella sua monumentale monografia sulla morte, l'antropologo e fondatore della tanatologia francese Luis-Vincent Thomas (1922-1994) offriva un quadro sistematico dello studio della morte che integrava ricerche sul campo tra Africa e Francia e ne elaborava aspetti politici, storici e socio-culturali. Le categorie fenomenologiche usate da Thomas sono dialettiche, ma non sembrano sovraimposte alle realtà da lui osservate, bensì profondamente radicate nell'esperienza umana in contesti etnici diversi. La prima parte, intitolata *La mort au pluriel*, inizia con un'osservazione importante riguardando non solo la possibilità, ma anche la necessità di definire la morte – un compito proprio a ogni civiltà, arcaica o tecnologicamente avanzata che sia:

*"Trop souvent les définitions proposées de la mort ne considèrent que le seul être vivant animal ou végétal : une telle façon de voir risque d'occulter l'essentiel, du moins un aspect capital de la question. Deux perspectives s'offrent tout d'abord à nous, la première ressortit au monde physique proprement dit, la seconde nous introduit déjà dans l'anthropologie sociale."*¹ Da un punto di vista antropologico ed etnografico, le definizioni della morte hanno lo scopo principale di collegare la dimensione fisica con quella sociale.

La definibilità stessa della morte più che una 'possibilità' implica una 'necessità'². Per ogni società è di vitale importanza per quattro ragioni:

* Bern University of Applied Sciences, Division of Health; University of Zurich, Institute of Biomedical Ethics

¹ L.V. THOMAS, *Anthropologie de la mort*, Payot, Paris, 1975, p. 18

² Così anche J. LACHS: "Life is a very large collection of activities; the cessation of some, many, or most of these constitutes death. I want to stress that not all the operations of life cease at any point where death is supposed to occur: some residual activities and relations go with us to the grave. There is, therefore, significant selectivity in deciding which activities are central for life

- Primo, per designare in modo inequivocabile quella cerchia di esseri aventi gli stessi diritti e doveri morali e giuridici
- Secondo, per chiarire le condizioni sotto le quali questi siano acquisiti o persi
- Terzo, per descrivere gli obblighi verso coloro che non ne sono più in possesso e
- Quarto, per identificare gli obblighi verso quegli esseri che non li hanno mai posseduti.³

Facilmente questa sistematica permette di integrare le principali domande legate alla definizione della morte, sia usando criteri neurologici sia cardio-respiratori. Esse comprendono tra l'altro i criteri della morte e i test diagnostici per accertarla, i modi di consenso per il prelievo, il nesso tra dichiarazione della morte, futilità medica e medicina del trapianto, lo stato vegetativo persistente, l'anencefalia come anche un confronto della morte umana con quella di altri esseri animati.⁴

Ma quali sono le cause principali che hanno reso necessaria una definizione della morte? La distinzione tra 'morire' e 'morte' evidenzia la processualità della transizione tra uno stato e l'altro. Mentre con il morire si designa una fase facente parte della vita, con la morte tipicamente si afferma 'a posteriori' – per così dire al cospetto del cadavere- l'assenza di tutta una serie di caratteri ritenuti distintivi per la vita. Limitante però è il fatto che la natura 'prima facie' ci neghi una discriminante attendibile per l'attuale passaggio da uno stato all'altro. Al cospetto di una medicina sì al servizio dell'uomo, ma altresì sempre più raffinata nel prolungare la vita, proprio questa discriminante tra vita e morte tende a essere offuscata.

and which are peripheral only." J. LACHS: *The Elements of Choice in Criteria of Death*, in: *Death: Beyond Whole-Brain Criteria*, R. ZANER (a cura di), Dordrecht, Kluwer, 1988, p. 233 ss. (p. 242)

³ S. HOLLAND, *On the Ordinary Concept of Death*, in: *Journal Applied Philosophy*, 27, 2, 2010, p. 109 ss.

⁴ Vedi anche per il contesto specificamente legale e medicale G. BONIOLO, *Death and transplantation: Let's try to get things methodologically straight*. In: *Bioethics* 21,1, 2007, p. 32ss. : "Firstly, to clarify why we need a definition of death. There are at least four possible different answers: the first one concerns legal and forensic considerations (crime, inheritance, rights, etc.); the second one is connected with the use and misuse of life-saving supports; the third one involves the legitimisation of organ and tissue removal; the fourth one regards conceptual issues since we should know when a human being must be considered dead." (p. 32).

A questo punto si impone una prima osservazione di tipo epistemico: Benché diverse possano essere le vie per accertare la morte, è di rigore 'usare' il termine solo al singolare, di parlare di una *sola* morte che accomuna tutti gli esseri umani, senza cedere alla tentazione di sfidare concetti anatomico-fisiologici come la 'morte cerebrale totale' contro la 'morte cardio-respiratoria'. La plausibilità di un singolo concetto non nasce dalla superiorità verso un altro, ma dalla sua capacità esplicativa nei confronti del fenomeno della vita umana. L'uso al singolare non pregiudica la possibilità che non si possa pensarla 'al plurale' precisamente in quello spazio di tempo reale reso possibile dalla terapia intensiva e da una diagnostica che visualizza determinati stati patofisiologici.

2. Tre livelli

Storicamente, la discussione etica, giuridica e medica si è orientata ad una tassonomia che distingue tra il livello della definizione, dei criteri e dei test diagnostici per accertare la morte:⁵

1. La 'definizione' della morte è sempre culturalmente mediata e risponde prima di tutto alla domanda del soggetto della morte: "*Chi muore e in che cosa consiste la morte*"?
2. Ad esso subordinato è il livello del criterio della morte, che spiega quali correlati neuroanatomici o patofisiologici siano in grado di soddisfare la definizione (p.es. l'arresto cardiocircolatorio e respiratorio, l'arresto del flusso ematico cerebrale, delle funzioni cerebrali critiche, delle capacità integrative nei confronti dell'organismo, ecc.) e quali segni siano indicativi per la morte avvenuta (p.es. coma permanente, areflessia, apnea, asistole, rigidità cadaverica, ecc.).
3. Il livello dei test infine indica tutti quegli esami diagnostici che servono per accertare il criterio e la sottostante definizione della morte (elettrocardio o encefalogramma, potenziali evocati, angiografia cerebrale, ecc.). È evidente che questo livello – come

⁵ Già descritta poco dopo la 'definizione di Harvard' (1968), vedi J. KOREIN, *The Problem of Brain Death: Development and History*, in: J. KOREIN (ed.), *Brain Death. Interrelated Medical and Social Issues*, in: *Annals of the New York Academy of Sciences*, volume 315, New York, 1978, p. 307 ss.

anche quello precedente – è strettamente connesso al progresso scientifico e alla sofisticazione diagnostica che ne deriva.

Secondo George Khushf è stata la scienza a fornire dati sempre più precisi che permettevano di riconoscere con sempre maggior precisione queste discriminanti tra vita e morte.⁶ La morte cerebrale totale ('whole brain death'), artefatto della medicina reso possibile solo grazie all'ininterrotta ventilazione e successiva ossigenazione del miocardio, rappresenta una tale discriminante tra vita e morte secondo una criteriologia neurologica. Una volta sospesa la ventilazione, segue inevitabilmente l'arresto cardio-circolatorio, criterio rispondente alla classica definizione della morte, secondo il quale nella stragrande maggioranza dei casi è dichiarata.⁷ Mentre però quest'ultima definizione può essere considerata implicita, in quanto presuppone l'avvenuta morte cerebrale totale, quella tramite criteri neurologici è da considerarsi esplicita in quanto identifica 'in tempo reale' la linea di demarcazione tra vita e morte, resa possibile sotto le condizioni di terapia intensiva con tutte le possibilità diagnostiche necessarie per l'accertamento.

Moralmente proprio questa discriminante 'in tempo reale' oggi giorno si rivela indispensabile per due ragioni: la prima è per evitare l'accanimento terapeutico in condizioni di futilità, la seconda è per cogliere il momento idoneo per il prelievo di organi in grado di essere trapiantati con successo. Tra la prima e la seconda ragione però c'è una differenza fondamentale: mentre la seconda è necessaria, ma non sufficiente, solo la prima è necessaria e sufficiente nello stesso tempo. Per questo motivo, l'aspetto della futilità si rivela come requisito morale fondamentale e categoricamente prioritario nel motivare l'accertamento della morte, indipendentemente dalla considerazione del paziente come donatore potenziale. Da un punto di vista etico sono particolarmente

⁶ G. KUSHF, *A Matter of Respect: A Defense of the Dead Donor Rule and of a "Whole Brain" Criterion for Determination of Death*, in: *Journal of Medicine and Philosophy*, 35, 3, 2010, p. 350 ss.

⁷ "When persons cease to exist, it will simply follow that they no longer engage in the biological functions required by the single criterion of death." in: D. HERSHENOV, *The Death of a Person*, in: *Journal of Medicine and Philosophy*, 31, 2, 2006, p. 108.

problematiche quelle situazioni in cui le due fasi sono cronologicamente vicine o sovrapposte, come nel caso dei 'non heart beating donors'⁸.

3. A quarant'anni da Harvard

Riguardo a interventi di una tale portata come il prelievo di organi vitali, sinora vi è stato ampio consenso che solo la 'dead donor rule' potesse garantirne la liceità sia morale sia giuridica. Le critiche alla prassi vigente sono riportate in esteso nel rapporto del President's Council on Bioethics a quarant'anni dalla dichiarazione di Harvard⁹. Esse riguardano soprattutto la funzione integrativa del cervello e le attività persistenti una volta che la morte è stata dichiarata usando gli standard neurologici. Tra queste figurano quelle di tipo neuroendocrino (secrezione ipotalamica), neuromuscolare (il cosiddetto 'segno di Lazzaro'), vasomotore (modulazione della pressione sanguigna) e altre.

Oltre le evidenze inconfutabili e i deficit che queste critiche hanno rivelato riguardo all'allineamento tra criteri e test diagnostici, la domanda fondamentale che resta è se l'esistenza di queste attività – anche resistendo alla tentazione di considerarle residue – abbia conseguenze a livello di definizione, ovvero sia segno sufficiente e specifico di vita umana, compatibile con le principali intuizioni culturalmente mediate. In concreto, si pone il triplice quesito

1. se queste attività siano negativamente sufficienti per sovvertire la definizione della morte tramite criteri neurologici
2. se siano positivamente in grado di fornire una definizione adeguata della vita
3. se il primo quesito sia logicamente connesso col secondo.

Dalle risposte a questi quesiti dipendono gli scenari alternativi all'attuale prassi:

- Una risposta positiva all'ultimo quesito implicherebbe il ritorno a un'unica definizione della morte tramite criteri cardio-respiratori,

⁸ M. RADYA, J. VERHEIJDE, J. MCGREGOR, *Scientific, legal, and ethical challenges of end-of-life organ procurement in emergency medicine*, in: *Resuscitation*, 81, 9, 2010, p. 1069 ss.

⁹ PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, *Controversies in the Determination of Death*. Washington DC, 2008: <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/death>.

rendendo impossibile grande parte dell'attuale prassi della medicina del trapianto, aggravando tra l'altro i problemi riguardanti le liste di attesa e lasciando irrisolti i problemi etici specifici relativi al prelievo di organi da *'non heart beating donors'*¹⁰.

- Una risposta negativa a tale quesito invece si astiene dalla domanda della definibilità, rinunciando allo stesso tempo sia alla definizione della morte "in tempo reale" sia alla dead donor rule. Ai fautori di questa posizione non resta che respingere la medicina del trapianto di organi vitali¹¹. In caso che volessero invece 'salvare' la possibilità del trapianto, rimane una sola possibilità: quella di delegare la decisione all'individuo sotto forma di direttive anticipate (o strumenti analoghi) e di considerare il prelievo di organi – una volta rinunciato alla definizione della morte 'in tempo reale' – come forma di eutanasia (nel migliore dei casi) passiva su richiesta del paziente.¹²

Ampia è stata la discussione sulle implicazioni di quest'ultima proposta, soprattutto in vista delle misure preparatorie (e molto invasive) necessarie per preservare gli organi da trapiantare. Molto ambigue si rivelano nozioni come il 'sacrificio in fin di vita' o alla 'supererogatorietà del dono'. Queste metafore schivano il vero problema che è stato portato alla luce da recenti sviluppi: quello di allineare la definizione della morte ai criteri e ai test diagnostici in vista delle nuove conoscenze. È fuori dubbio che le facoltà integrative del cervello siano state sopravvalutate nell'approccio vigente, suggerendo un cerebrocentrismo che svalutava de facto la dimensione fisica e

¹⁰ D. MARQUIS, *Are DCD Donors Dead?* in: *Hastings Center Report*, 40, 3, 2010, p. 24 ss.

¹¹ Una posizione però che solo pochi adottano. Da una prospettiva specificamente teologica vedi K.- P. JÖRNS, *Organtransplantation: eine Anfrage an unser Verständnis von Sterben, Tod und Auferstehung. Zugleich eine Kritik der Schrift der Kirche „Organtransplantationen"*, in: J. HOFF, J. IN DER SCHMITTEN (a cura di), *Wann ist der Mensch tot? Organverpflanzung und „Hirntod"-Kriterium*, Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1995, p. 350 ss. Inoltre, una panoramica sulla discussione della morte cerebrale dal punto di vista teologico si trova in S. MONTEVERDE, *Märtyrer oder Leichen? Der Hirntod als Topos theologischer Medizinethik*, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 50, 3, 2006, p. 182 ss.

¹² S. MÜLLER, *Revival der Hirntod-Debatte: Funktionelle Bildgebung für die Hirntod-Diagnostik*, in: *Ethik in der Medizin*, 22, 1, 2010, p. 5 ss.

fenomenologica del paziente dichiarato morto tramite criteri neurologici (vedi PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, p. 56 ss.). È altresì vero però che la somma di queste attività (tutte per sé necessarie) non sono sufficienti per dedurre una definizione di 'vita umana' compatibile con la percezione comune.

Estesa è stata la risposta al rapporto del President's Council. Essa si concentra soprattutto su questioni di reliabilità e validità dei test per accertare la morte con criteri neurologici, ma non sempre ne capta anche gli elementi innovativi che tendono a proporre una risposta ai problemi riconosciuti.¹³ In vista di un allineamento dei livelli della definizione, dei criteri e dei test, questi elementi devono ripercuotersi chiaramente anche sulla definizione della morte. Come tentativo di considerare adeguatamente le nuove conoscenze sull'integrazione somatica anche a livello di definizione, il Council introduce la capacità dell'organismo di interagire come elemento definitorio che distingue la vita dalla morte:

"The work of the organism, expressed in its commerce with the surrounding world, depends on three fundamental capacities:

1. *Openness to the world, that is, receptivity to stimuli and signals from the surrounding environment.*
2. *The ability to act upon the world to obtain selectively what it needs.*
3. *The basic felt need that drives the organism to act as it must, to obtain what it needs and what its openness reveals to be available.*

To preserve itself, an organism must be open to the world. Such openness is manifested in different ways and at many levels. In higher animals, including man, it is evident most obviously in consciousness or felt awareness, even in its very rudimentary forms." (PRESIDENT'S COUNCIL, p. 61 ss.)

I paragrafi successivi del documento chiariranno il concetto di ricettività nel contesto specifico della vita umana, affermando di nuovo

¹³ "At present, current publications too frequently ignore the best of what the President's Commission text, *On Defining Death*, has to offer while focusing upon what many individuals acknowledge is its weakest points." in: J. DUBOIS, *The Ethics of Creating and Responding to Doubts about Death Criteria*, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 35, 3, 2010 p. 354 ss. (p. 374).

la definizione della morte cerebrale totale e rifiutando quella parziale (corticale, *'higher brain criterion'*) o quella limitata al tronco cerebrale.

Benché le questioni filosofiche e antropologiche sul concetto della ricettività restino aperte e saranno (come si spera) oggetto di futuri dibattiti, esse rivelano la natura dinamica della discussione e l'interagire della dimensione dei valori e dei fatti nell'approccio alla morte.