

PER UN'ETICA DEI TRAPIANTI SENZA ONTOLOGIA DELLA MORTE IN DIALOGO CON PAOLO BECCHI

Luciano Sesta*

Ogni uomo ha diritto a ogni cosa, persino al corpo di un altro
Th. Hobbes
Leviathan (1651)

1. "Troppo fragile per durare, troppo radicata per essere abbandonata"

Sin dalla pubblicazione del celebre Rapporto di Harvard – che nel 1968 propose per la prima volta di affiancare al tradizionale criterio cardio-polmonare di morte quello cerebrale¹ –, filosofi come Hans Jonas espressero dure riserve sulle nuove procedure di prelievo degli organi, paragonandole alla vivisezione². Le provocazioni di Jonas – oggi rilanciate, a diverso titolo e con esiti a volte anche opposti, da alcuni dei più importanti protagonisti del dibattito bioetico –, non sempre hanno trovato un riscontro adeguato, capace di rimanere all'altezza del loro spessore teorico. I sostenitori del criterio di morte cerebrale, infatti, tendono a rimanere sulla difensiva, da un lato limitandosi a ripetere quanto i loro interlocutori hanno già avuto buon gioco a contestare, e, dall'altro lato, invocando l'impossibilità di porre fine alla benemerita pratica della donazione degli organi³. Che, poi, sin dall'inizio,

* Docente di Bioetica nella Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Palermo e Direttore di 'Questioni di Bioetica'

¹ AD HOC COMMITTEE OF THE HARVARD MEDICAL SCHOOL TO EXAMINE THE DEFINITION OF BRAIN DEATH, *A Definition of Irreversible Coma*, in: *Journal of American Medical Association*, 205 (1968) 6, pp. 337-340.

² Cfr. H. JONAS, *Gehirntod und menschliche Organbank: Zur pragmatischen Undefinierung des Todes* (1985); tr. it. *Morire dopo Harvard*, a cura di P. BECCHI, Morcelliana, Brescia, 2009.

³ Cfr., per esempio, J. M. DUBOIS, *The Ethics of Creating and Responding to Doubts about Death Criteria*, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 35 (2010) 3, pp. 365-380, che per motivi psicologici e di ordine sociale raccomanda di tenere separati i dubbi sull'affidabilità dei criteri cerebrali di morte dalla pratica della donazione e del prelievo degli organi.

raggiungendo un grado di approvazione sociale davvero raro per le questioni di bioetica, il criterio cerebrale sia stato recepito dalle legislazioni di quasi tutti i Paesi del mondo, ha costituito una tentazione in più per risparmiarsi la fatica di doverne mostrare l'intrinseca plausibilità. Simbolo di un dibattito impedito, la morte cerebrale è stata perciò definita "troppo fragile per durare" e "troppo radicata per essere abbandonata"⁴.

Un importante e recente tentativo di uscire da questa impasse è venuto, negli Stati Uniti, dal President's Council on Bioethics, che ha pubblicato, nel dicembre 2008, un corposo documento dal titolo *Controversies in the Determination of Death*⁵. Il pregio di questo documento consiste nell'aver onestamente riconosciuto che le critiche al nuovo standard di morte non vanno semplicemente respinte, richiedendone, al contrario, un attento 'riesame' (re-examination) e una scrupolosa 'ri-valutazione' (re-evaluation)⁶, visto anche il notevole incremento della letteratura scientifica sull'argomento dal 1968 a oggi. Sempre nel 2008, la stessa esigenza ha indotto la Pontificia Accademia Scientiarum, con il documento *Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death*⁷, a un serrato confronto con le posizioni che hanno messo in dubbio la validità del criterio cerebrale, anche in area cattolica. Contestualmente, in Italia, il dibattito è stato rilanciato soprattutto da due studiosi, Carlo Alberto Defanti, neurologo, e Paolo Becchi, filosofo del diritto e curatore, non a caso, di alcuni dei più importanti scritti di Jonas tradotti in lingua italiana⁸. Sia Defanti sia

⁴ R. D. TROUG, *Brain Death-Too Flawed to Endure, Too Ingrained to Abandon*, in *Journal Law Medical Ethics* 35 (2007), 2, pp. 273-281. Sulle linee di fondo del più recente dibattito cfr. A. SMITH ILTIS - M. J. CHERRY, *Death Revisited: Rethinking Death and the Dead Donor Rule*, in: *Journal of Medicine and Philosophy* 35 (2010) 3, pp. 223-241 e A. JOFFE, *Are Recent Defences of the Brain Death Concept Adequate?* in: *Bioethics*, 24 (2010) 2, pp. 47-53.

⁵ PRESIDENT'S COUNCIL ON BIOETHICS, *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*, Washington, D.C., December 2008.

⁶ *Ivi*, pp. 6 e 58.

⁷ PONTIFICIA ACADEMIA SCIENTIARUM, *Why the Concept of Brain Death is Valid as a Definition of Death*, The Pontifical Academy of Sciences, Vatican City, 2008.

⁸ I tre importanti volumi curati da Becchi sono *Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung* (1985); tr. it. *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino, 1997, *Organismus und Freiheit. Ansätze zu einer philosophischen Biologie* (1973); tr. it. *Organismo e*

Becchi si occupano da anni di questioni legate ai criteri di accertamento della morte, e il frutto maturo delle loro fatiche può essere considerato per il primo il volume *Soglie. Medicina di fine vita*⁹, e, per il secondo, il saggio *Morte cerebrale e trapianto di organi. Una questione di etica-giuridica*¹⁰. Che anche il Comitato Nazionale per la Bioetica, benché avesse già pubblicato un documento sul tema nel 1991¹¹, abbia sentito il bisogno di ritornare nuovamente sulla questione nel 2010 con il parere *I criteri di accertamento della morte*¹², sembra confermare la forza dirompente delle questioni che proprio i lavori di Defanti e di Becchi hanno saputo rimettere in gioco¹³.

libertà. Verso una biologia filosofica, Einaudi, Torino, 1999, e il già citato *Gehirntod und menschliche Organbank*, stralciato dalla raccolta *Technik, Medizin und Ethik*.

⁹ C. A. DEFANTI, *Soglie. Medicina e fine della vita*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007.

¹⁰ P. BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi. Una questione di etica giuridica*, Morcelliana, Brescia, 2008.

¹¹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Definizione e accertamento della morte nell'uomo*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma, 1991.

¹² COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I criteri di accertamento della morte*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma, 2010.

¹³ Sopra si è citato il documento della *Pontificia Academia Scientiarum*, e forse proprio la posizione della Chiesa cattolica, su cui anche Becchi e Defanti si soffermano, è uno degli indici del carattere intrinsecamente problematico del tema. In effetti su nessun altro argomento di bioetica come in questo – e in parte anche su quello della c.d. 'adozione degli embrioni per la nascita' – si registra una presa di posizione cauta se non addirittura *perplexa* da parte del magistero ecclesiastico. Se è vero, come in diversi documenti vaticani si ribadisce, che non è compito della Chiesa stabilire il momento in cui la vita inizia o quello in cui la vita finisce, è anche vero che il grado di certezza con cui la Chiesa stessa invita a considerare già *persona* un embrione umano è decisamente superiore a quello con cui invita – se lo fa – a considerare *cadavere* un soggetto in morte cerebrale. Su questi aspetti, e per una lettura in parte alternativa a quella fornita da Becchi, si veda la nostra recensione al suo *Morte cerebrale e trapianto d'organi*, su:

<http://www.thomasinternational.org/it/assthomint/qdb/200809/200809sesta01.htm>

Poiché c'è motivata ragione di pensare che la scintilla che ha acceso il dibattito italiano sia venuta in primo luogo dalle pubblicazioni di Becchi¹⁴, discuteremo, in questa sede, la sua prospettiva, tenendo presente non soltanto il già citato *Morte cerebrale e trapianto di organi*, pubblicato nel 2008, ma anche l'articolo *I segni della morte e la questione dei trapianti*, pubblicato due anni dopo sulla rivista *Humanitas*¹⁵. Dopo aver sommariamente delineato il contesto dentro cui si inseriscono le riflessioni di Becchi, non entreremo nel dettaglio delle obiezioni che egli muove al criterio cerebrale di morte, limitandoci a discutere la sua peculiare proposta di un'etica dei trapianti che prescindano da un'ontologia della morte, intendendo con questa espressione una riflessione finalizzata ad accertarsi dell'effettiva e avvenuta morte del potenziale donatore.

2. Una posizione intermedia, giocando fra Jonas e... Hume

Da un punto di vista metodologico, la tendenza che si va imponendo nel dibattito sul nostro tema – e che Becchi fa sua riprendendola esplicitamente da Jonas – è che per risolvere il problema della morte nell'età della tecnica non ci sia bisogno di costruire un nuovo (e probabilmente fittizio) criterio di morte, ma sia preferibile assumersi la responsabilità di una decisione etica. Il dilemma, in quest'ottica, non è se i soggetti in morte cerebrale siano ontologicamente morti o ancora vivi, ma che cosa sia moralmente lecito fare nei loro confronti¹⁶. Una simile impostazione avrebbe non soltanto il pregio dell'onestà morale, ma anche quello della trasparenza scientifica, dal momento che eviterebbe la sgradevole impressione – da più parti rimproverata al Rapporto di Harvard – di voler risolvere una questione scientificamente dubbia non con una definizione concettuale diretta a stabilire come stanno le cose, ma con un criterio empirico finalizzato a soddisfare esigenze pratiche, come quelle di liberare posti letto nelle unità di terapia intensiva o di rendere disponibili organi per i trapianti.

¹⁴ Cfr. L. SCARAFFIA, *I segni della morte*, in: *L'Osservatore Romano*, 3 settembre 2008.

¹⁵ P. BECCHI, *I segni della morte e la questione dei trapianti*, in: *Humanitas*, 65 (2010), 3, pp. 486-501, ripubblicato ora in questa rivista.

¹⁶ Sui diversi livelli che oggi si intrecciano nel dibattito sulla morte cerebrale cfr. K. GERVAIS, *Death, Determination of, III. Philosophical and Theological Perspectives*, in: G. POST (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3d Edition, Macmillan Reference, New York, 2004, pp. 615-625.

Dal punto di vista del contenuto, tralasciando le pur irrinunciabili questioni giuridiche¹⁷ e limitandoci a un livello più propriamente etico-filosofico, le posizioni impegnate nel dibattito sul Rapporto di Harvard potrebbero essere suddivise in reazioni di 'destra' e reazioni di 'sinistra'. Fra le prime, oltre a quella di Jonas naturalmente, spiccano le posizioni di studiosi come il neurologo Alan D. Shewmon e i filosofi Josef Seifert, John Finnis e Robert Spaemann; fra le seconde quelle di Peter Singer, Carlo Alberto Defanti, James Rachels e Robert Veatch. Per sommi capi, la 'destra' ripropone un ritorno al criterio cardio-polmonare di morte respingendo come pericolosa se non addirittura criminosa la pratica del prelievo di organi da soggetti in morte cerebrale, mentre la 'sinistra', che presenta però rispetto alla 'destra' una maggiore diversificazione interna, propone un criterio corticale di morte, autorizzando, contro la 'regola del donatore morto' (dead donor rule), il prelievo di organi anche da soggetti che di fatto sono ancora vivi ma che, trovandosi in c.d. 'stato vegetativo', sarebbero morti come 'persone'.

La posizione di Becchi, al riguardo, è una posizione intermedia. Sia dalla destra che dalla sinistra Becchi trae lo spunto critico che lo induce ad argomentare contro la validità del criterio cerebrale totale, ma poi si assiste, nel suo discorso, a uno scambio incrociato di parti: Becchi respinge l'idea di sinistra che un essere umano privo di funzioni corticali sia morto come 'persona', ma sposa il rifiuto della dead donor rule adottando una dying donor rule, ammettendo cioè che per il prelievo degli organi non occorre attendere che il soggetto sia morto, ma sia sufficiente, se egli stesso ha in precedenza dato il suo consenso, che sia entrato nel processo del morire, di cui la morte cerebrale, appunto, attesta il punto di non ritorno¹⁸.

¹⁷ Questioni che, sostanzialmente, sono quelle della sospensione dei trattamenti e della possibilità di prelievo degli organi.

¹⁸ Becchi riprende, con argomenti originali e adottando anche dei correttivi prudenziali, una posizione che è già presente nel dibattito. Cfr., fra gli altri, R. D. TROUG, *Is Time to Abandon Brain Death?* (1997); tr. it. *È tempo 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, A. HAVELY - B. BRODY, *Brain Death: Reconciling Definitions, Criteria and Tests* (1993); tr. it. *La morte cerebrale: riconciliare definizioni, criteri e test*, in: R. BARCARO - P. BECCHI (a cura di), *op. cit.*, pp. 155-175, R. STOECKER, *Dalla morte cerebrale alla dignità umana. Per il superamento filosofico-morale del dibattito sulla morte cerebrale*, in: R. BARCARO - P. BECCHI (a cura di), *op. cit.*, pp. 141-154 e R. M. ARNOLD - S. J. YOUNGNER, *The Dead*

Assumendo quest'ultima posizione, Becchi ritiene, sulla scia di Jonas – ma anche di Singer e di tanti altri esponenti della 'sinistra' – che la 'morte cerebrale' sia stato un abile espediente per considerare 'morte' persone che, pur versando in condizioni ormai irreversibili, di fatto sono ancora vive¹⁹. Ciò, si badi, non significa per Becchi – come peraltro per Jonas e i 'corticalisti' – che tali persone vadano necessariamente tenute in vita anche in questa condizione: "significa soltanto che stacciamo il respiratore non perché sono già morte, ma per lasciarle morire dignitosamente"²⁰. E se non stacciamo il respiratore lo facciamo "affinché il prelievo degli organi avvenga in condizioni ottimali". Ma in questo caso, aggiunge Becchi, "il donatore dovrà essere informato con grande chiarezza sulla condizione in cui avviene il prelievo"²¹.

Bisogna dire che in un panorama come quello del dibattito italiano, che fino a qualche anno fa appariva del tutto inerte su queste tematiche, l'idea di Becchi appare coraggiosa, e, nonostante il contenuto dirimpante e problematico, anche equilibrata, nella misura in cui cerca di tenere insieme la complessità dei problemi e le esigenze avanzate dalle diverse proposte di soluzione. A giocare il ruolo di fondamento di questo equilibrio, nella prospettiva di Becchi, è una tesi meta-etica ben precisa, che riguarda, con buona pace dello Jonas sulla cui scia pure Becchi si colloca, la c.d. 'legge di Hume', con la sua divaricazione fra il

Donor Rule: Should We Stretch It, Bend It, or Abandon It? in: *Kennedy Institute Ethics Journal*, 3, (1993) 2, pp. 263-278. Una delle prime ipotesi di prelievo di organi vitali anche in mancanza di morte avvenuta del donatore è stata presentata in: S. MORISON, *Death: Process or Event?* in: *Science* 173 (1971), 998, pp. 694-698.

¹⁹ P. BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, cit., p. 158.

²⁰ *Ivi*, pp. 158-159.

²¹ P. BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, cit., p. 159. Qui ci occupiamo, come del resto fa lo stesso Becchi, dei soggetti in morte cerebrale con ventilatore acceso durante il prelievo, e dunque dei c.d. *heart-beating cadaver donors* (cadaveri donatori a cuore battente). L'altra procedura, standardizzata negli USA nel 1992 dal celebre 'protocollo di Pittsburgh' e recepita, con alcune modifiche, anche da alcuni centri europei, riguarda invece pazienti che non sono in morte cerebrale, ma il cui decesso è conseguenza della sospensione di trattamenti giudicati ormai inutili e onerosi. In quest'ultimo caso ci troveremmo di fronte a *non-heart-beating cadaver donors* (cadaveri donatori a cuore fermo), in cui il prelievo avviene due minuti dopo aver rimosso il ventilatore e, dunque, certamente ad arresto cardiaco avvenuto, ma senza la certezza che vi sia stata anche una morte cerebrale totale.

livello dei fatti scientificamente descrivibili, e quello delle norme moralmente prescrivibili. È grazie a questa divaricazione, a ben vedere, che Becchi può respingere l'obiezione più immediata che suscita la sua proposta, e cioè che se i morti cerebrali in realtà sono vivi, allora il prelievo dei loro organi, equivalendo di fatto allo loro uccisione, è gravemente immorale. Una simile obiezione, a detta di Becchi, confonde il piano dei fatti con quello delle responsabilità morali. Dire che è sbagliato prelevare gli organi di soggetti che sono ancora vivi, infatti, significa cadere in un equivoco analogo a quello in cui è caduto il Comitato di Harvard quando ha pensato di dichiararli morti per poter prelevare i loro organi: *"L'errore, sempre più evidente, è stato quello di aver voluto risolvere un problema etico-giuridico con una presunta definizione scientifica. E se noi oggi concludessimo che, poiché la definizione si è rivelata falsa, viene meno anche la possibilità del trapianto faremmo, sia pure al contrario, lo stesso errato ragionamento di coloro che sulla base di quella definizione avevano giustificato i trapianti. Il problema etico-giuridico dei trapianti non si risolve con una definizione medico-scientifica della morte"*²².

3. Per un'etica dei trapianti fra 'dying donor rule' e 'principio del duplice effetto'

Dopo aver ampiamente documentato le prove empiriche che smentirebbero l'affidabilità dei test diagnostici e le prospettive filosofiche che farebbero vacillare la coerenza del criterio e della definizione di morte cerebrale, Becchi avanza, sulla questione dei trapianti, 'una proposta ragionevole'²³, che fa appello alla *"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"*²⁴. Secondo Becchi la procedura di prelievo degli organi è moralmente giustificata – benché provochi la morte del donatore – allo stesso modo in cui è pienamente giustificata la sospensione di un trattamento ormai inutile, che prolunga penosamente il processo del morire. Così come non parliamo di 'eutanasia' in quest'ultimo caso, non dovremmo parlarne neanche nel caso del prelievo di organi. Il caso classico dell'eutanasia, infatti, per Becchi *"è quello di un malato terminale cosciente che chiede al suo medico di porre termine alla sua*

²² P. BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, cit., p. 163.

²³ *Ivi*, p. 162.

²⁴ P. BECCHI, *I segni della morte*, cit., p. 498, a pagina 17 di questa rivista.

*vita con una iniezione letale, ma questa situazione non è in alcun modo paragonabile all'azione del medico quando procede al prelievo degli organi da un morto cerebrale. Egli non sta uccidendo qualcuno che tra mille sofferenze continuerebbe a vivere, ma pone soltanto fine ad un processo che, dopo l'accertamento della morte cerebrale, sarebbe comunque lecito interrompere, sospendendo la terapia intensiva"*²⁵.

Questa soluzione, tuttavia, sembra cancellare con un colpo di spugna uno dei nodi critici più ricorrenti nelle controversie etiche di fine vita, e cioè la difficile e complessa distinzione fra 'uccidere' e 'lasciar morire', oltre a identificare semplicisticamente l'"eutanasia" con l'"eutanasia attiva volontaria". E in effetti, se i pazienti in morte cerebrale sono vivi, 'lasciarli morire' sospendendo la ventilazione artificiale è moralmente diverso dal provocare la loro morte espiantandone gli organi: nel primo caso accettiamo la loro morte, nel secondo caso, invece, siamo noi a ucciderli²⁶. Sembra quasi che qui Becchi compia la stessa mossa che Jonas ha per primo rimproverato al Comitato di Harvard, e cioè quella di coprire, dietro la nobile finalità del gesto, la sua natura intrinseca: prelevare organi da un paziente in morte cerebrale – se questo paziente, come ritiene Becchi, è vivo – significa infatti ucciderlo e non soltanto salvare un altro paziente bisognoso di trapianto. Si potrebbe obiettare che se il morto cerebrale non è ancora un cadavere è però iniziato un processo irreversibile che lo condurrà alla morte. Visto però che questo processo può durare mesi e persino anni (come dimostrano i casi illustrati dallo stesso Becchi), come sarà possibile distinguerlo dalla vita che non è lecito interrompere? Anche la vita, infatti, è un processo irreversibile che conduce alla morte. Un giorno di più è sempre un giorno di meno. Introdurre l'idea di un consenso anticipato, informando il potenziale donatore "che il prelievo, pur non procurandogli alcun danno, avverrà in un momento in cui il processo del morire è già cominciato ma non ancora finito"²⁷ non risolve la cosa. Tra quest'ultimo caso e quello di eutanasia del malato terminale, infatti, non sembra esserci la differenza che invece a Becchi sta a cuore mantenere: se i soggetti cerebralmente morti che hanno rilasciato un precedente consenso non sono cadaveri ma moribondi irreversibili, allora considerare lecito il prelievo dei loro organi non è diverso dal

²⁵ P. BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, cit., p. 94.

²⁶ Lo fanno notare, fra gli altri, M. POTTS - D. W. EVANS, *Does it matter that organ donors are not dead? Ethical and policy implications*, in: *Journal of Medical Ethics*, 31 (2005) pp. 406-409.

²⁷ P. BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, cit., p. 95.

considerare lecita anche l'eutanasia volontaria dei malati terminali, magari per finalità umanitarie come liberare un posto letto per altri pazienti con prospettive di guarigione.

Certo, Becchi obietterebbe che *"l'uccisione attiva su richiesta di un paziente che altrimenti continuerebbe a vivere"* non è "paragonabile al prelievo degli organi da un paziente in coma irreversibile, che staccato dal respiratore sarebbe comunque morto"²⁸. Questa è però una differenza empirica, che reintroduce criteri di constatazione fattuale lì dove ci era stata raccomandata un'assunzione di responsabilità squisitamente etica, senza l'appoggio rassicurante dei 'fatti'. E se anche si volesse respingere come superflua quest'ultima osservazione, la liceità del prelievo non può essere fondata, come fa Becchi, sul fatto che il potenziale donatore morirebbe comunque se privato del supporto artificiale che lo tiene in vita. Con questa logica, infatti, diventerebbero candidati donatori di organi non soltanto pazienti terminali, ma anche soggetti ventilati artificialmente e però pienamente coscienti – come i pazienti affetti da sclerosi laterale amiotrofica (SLA) –, e persino pazienti in dialisi. Anche questi ultimi, infatti, proprio come il morto cerebrale, privati del ventilatore o della dialisi morirebbero 'comunque'. Perché dunque dovremmo aspettarci *"un gesto di autentica nobiltà d'animo che trasforma la fine della loro vita nella concreta speranza di nuova vita"*²⁹ soltanto dai morti cerebrali e non anche da costoro?

Un ulteriore tentativo di smarcarsi da queste difficoltà potrebbe essere ravvisato nel paragone che Becchi propone fra l'eutanasia attiva indiretta' e il prelievo degli organi da paziente in morte cerebrale. Come nel primo caso, infatti, anche nel secondo, a detta di Becchi, l'intervento sarebbe in qualche modo lecito in base al principio del duplice effetto. Così come *"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"*³⁰, allo stesso modo 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*

²⁸ P. BECCHI, *I segni della morte*, cit., p. 498, a p. 16 in questa rivista.

²⁹ *Ivi*, p. 497 e 15.

³⁰ *Ibidem*.

è ancora concluso"³¹. A conferma di questa argomentazione, peraltro, si dovrebbe ricordare, secondo Becchi, che

"La morte [del] paziente in stato di morte cerebrale non è in realtà cagionata né dall'interruzione della ventilazione assistita e neppure dall'eventuale prelievo dei suoi organi, ma dal grave e irreparabile danno cerebrale che ha prodotto lo stato di coma irreversibile in cui si trova"³².

Prescindendo qui dal fatto che anche la morte di un paziente affetto da polmonite al quale si decide di non somministrare antibiotici è cagionata dalla polmonite e non dalla decisione di non somministrargli antibiotici, il modo in cui Becchi invoca il principio dell'azione a duplice effetto è discutibile, nella misura in cui tende a confondere quello che nella formulazione del principio è il 'mezzo' con la 'conseguenza collaterale'. Secondo la formulazione classica, infatti, affinché un'azione con un effetto buono e con uno cattivo possa essere lecitamente compiuta devono verificarsi quattro condizioni: 1) l'atto in sé, a prescindere dal male che si provoca compiendolo, deve essere buono o perlomeno indifferente; 2) l'intenzione del soggetto agente deve dirigersi sull'effetto buono, limitandosi a tollerare, senza volerlo in alcun modo, l'effetto cattivo; 3) l'effetto buono non si deve ottenere per mezzo dell'effetto cattivo; 4) deve esserci una ragione proporzionatamente grave per permettere il verificarsi dell'effetto negativo³³.

Quello che Becchi chiama aborto 'terapeutico', come si può vedere, non rientra in nessuna delle condizioni elencate. In base alla prima e alla terza condizione, infatti, i cosiddetti *acta intrinsece mala* – e l'aborto è uno di questi – non possono mai essere oggetto di una scelta deliberata, né come fine né come mezzo. Nel caso qui discusso, non si può mai scegliere di uccidere un essere umano innocente, feto o comatoso irreversibile che sia, nemmeno per salvare la vita di altri esseri umani. Diverso è il caso in cui la morte dell'altro non è un mezzo scelto per

³¹ *Ibidem*.

³² *Ivi*, p. 499 e 16.

³³ Fra gli innumerevoli testi che trattano l'argomento è sufficiente rimandare a quello a cui rimanda lo stesso Becchi nel suo articolo, e cioè G. MIGLIETTA, *Teologia morale contemporanea. Il principio del duplice effetto*, Urbaniana University Press, Roma 1997, il quale ricorre, per l'elenco delle quattro condizioni, a W. E. MAY, *Double effect* in: W. T. REICH (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press-Collier, MacMillan, New York-London, 1978, I, p. 316.

ottenere il fine, ma una conseguenza collaterale che si trova 'agganciata', per così dire, al mezzo utilizzato per ottenere il fine. Un tipico esempio è quello dell'isterectomia, e cioè della rimozione dell'utero canceroso, con cui si intende salvare la vita della madre. Qui il mezzo scelto per raggiungere il fine non è la morte del feto – dal momento che anche se l'utero canceroso non fosse gravido lo scopo terapeutico sarebbe comunque ottenuto – ma la rimozione chirurgica dell'utero. Quando invece lo stesso scopo può essere raggiunto solo mediante un'azione che di per sé uccide il feto – come nel caso della craniotomia – allora il principio del duplice effetto non può essere più applicato.

Seguendo questa linea, e assumendo, come Becchi, che i soggetti in morte cerebrale siano vivi, è stato giustamente osservato che nel caso dell'azione di prelievo di organi non è chiaro se vi sia un effetto buono. Certamente *"gli organi saranno successivamente impiegati per fare del bene, ma l'operazione di prelievo, considerata come tale, semplicemente mutila e uccide un corpo vivente"*³⁴. Insomma, lungi dal presentarsi come un'azione a cui può essere applicato il principio del duplice effetto, il prelievo di organi vitali da pazienti ancora vivi è *"un tipico esempio di azione in cui si fa il male affinché ne venga del bene"*³⁵, configurando quella sorta di 'diritto all'uso del corpo altrui' che proprio Jonas aveva deprecato sin dall'inizio del dibattito sull'etica dei trapianti.

4. 'Slippery slope' e ritorno all'ontologia

Lo stesso Becchi non si nasconde le difficoltà della sua proposta, ammettendo che, certamente,

"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

³⁴ D. A. JONES, *Metaphysical Misgivings About 'Brain Death'*, in: M. POTTS-P. A. BYRNE-R. NILGES (eds.), *Beyond Brain Death. The Case Against Brain Based Criteria for Human Death*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2001, pp. 91-119.

³⁵ *Ibidem*.

*speranza di nuova vita. Se il prelievo avvenisse in tali condizioni di autentica partecipazione perché dovremmo considerarlo illecito?*³⁶

Nell'idea di riscattare l'oggettivazione di se stessi tramite un consenso anticipato c'è senz'altro una logica. Ma è una logica che rischia di sollevare più problemi di quelli che vorrebbe risolvere. La situazione descritta sopra, infatti, potrebbe adattarsi a qualunque altro paziente, e non soltanto a chi si trova in stato di morte cerebrale. E allargando la prospettiva, si potrebbe dire che non solo il prelievo di organi da un morente, ma anche tante altre azioni prima facie reificanti potrebbero ambire a essere riscattate dal consenso del potenziale reificato. Perché per esempio rifiutare la proposta di suicidio di un uomo sano che, pienamente convinto di ciò che sta facendo, intende donare i propri organi vitali per il bene della comunità?³⁷ Naturalmente si tratterebbe di una situazione del tutto diversa, perché l'uomo sano non è entrato in un processo irreversibile che lo condurrà a morte in un breve arco di tempo. Ma a dirci che non si è ancora entrati in tale processo non è una scelta etica ma, appunto, il criterio scientifico di morte cerebrale. La situazione del donatore sano e di quello in morte cerebrale, in altri termini, sono diverse dal punto di vista scientifico-fattuale e non da quello etico. Ci si potrebbe pertanto chiedere, stando alla logica di Becchi, perché il consenso del donatore dovrebbe poter riscattare la sua reificazione solo nella condizione di fatto della morte cerebrale e non in altre condizioni di fatto. Tutto avviene come se si affidasse soltanto alla definizione scientifica di morte cerebrale il potere di creare la fattispecie che fa scattare la validità del consenso al prelievo.

Andrebbero valutati, inoltre, i problemi in termini di fiducia nei confronti dei medici e di una società che autorizza il prelievo da pazienti ancora vivi. In assenza di consenso, chi è autorizzato a darlo per il paziente? E perché non presumere il consenso lì dove non ci fosse?³⁸ Se è infatti in linea di principio lecito prelevare da un paziente ancora vivo, benché in morte cerebrale, è certamente peggio non prelevare organi da chi magari li avrebbe voluti donare piuttosto che prelevarli da chi non

³⁶ P. BECCHI, *I segni della morte*, cit., p. 497 e 15.

³⁷ Ed è significativo che ancora una volta proprio Jonas sia stato il primo a formulare obiezioni simili.

³⁸ Una possibile deriva di *slippery slope* su questo punto è evidenziata da J. L. BERNAT, *A Defense of the Whole-Brain Concept of Death*, in: *Hastings Center Report*, 28 (1998), 2, pp. 14-23.

avrebbe acconsentito³⁹: nel primo caso, infatti, sarebbero lesi gli interessi dei pazienti in attesa di trapianto, nel secondo caso, invece, il prelievo li beneficerebbe senza però danneggiare nessuno. Nonostante la sua ferrea logica, è innegabile che una simile proposta minerebbe ulteriormente la già precaria fiducia nei confronti del mondo dei trapianti.

Becchi non ignora i problemi evidenziati, e in alcuni passaggi tradisce anche una certa preoccupazione che la sua proposta, che dovrebbe valere solo per coloro che sono in stato di morte cerebrale, possa applicarsi anche ad altre situazioni cliniche, quali potrebbero essere quelle di un paziente in dialisi o di uno in stato vegetativo. Rimane l'impressione, tuttavia, che Becchi decida di legittimare il prelievo di organi vitali solo dai primi e non dai secondi sulla base di una surrettizia reintroduzione della validità del criterio cerebrale. Ma se il problema di come trattare gli uni e gli altri è di "*natura squisitamente etica*"⁴⁰, non si vede perché, una volta che si presenta il criterio etico che Becchi richiede per legittimare il prelievo di organi, e cioè il consenso anticipato del potenziale donatore, non si debba far valere lo stesso anche per i pazienti in stato vegetativo. Certamente si potrebbe far notare, come fa Becchi, che con il prelievo da morto cerebrale

*"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 ad un paziente in stato vegetativo che nutrito ed idratato può sopravvivere ancora per molti anni, ma ad un paziente la cui morte può essere procrastinata nel tempo esclusivamente grazie a mezzi tecnologici di cui oggi la medicina dispone"*⁴¹.

Ma, anche qui, rimettere il peso della discriminante al semplice fatto che la morte del soggetto in questione è "*procrastinata nel tempo grazie a mezzi tecnologici*", significa nuovamente aprire la strada a una pericolosa inclusione: con questa logica, se un paziente con SLA chiedesse, anziché la rimozione del ventilatore, quella dei suoi organi vitali a ventilatore acceso, dovremmo acconsentire. È vero che un individuo in morte cerebrale "*non viene necessariamente danneggiato*

³⁹ Lo sostiene, fra gli altri, M. B. GILL, *Presumed Consent, Autonomy, and Organ Donation*, in: *Journal of Medicine and Philosophy*, 29 (2004), pp. 37-59.

⁴⁰ P. BECCHI, *I segni della morte*, cit., p. 498 e 10.

⁴¹ *Ivi*, pp. 498-499 e 17.

dal prelievo dei suoi organi"⁴², ma niente esclude che non lo sia nemmeno un individuo affetto da SLA o anche in stato vegetativo. E se si volesse replicare, in una spirale di aporie senza fine, che ci sono dubbi sulla percezione del dolore nei pazienti in stato vegetativo, si potrebbe ricordare che dubbi simili potrebbero valere, alla luce dei dati forniti dallo stesso Becchi, anche nel caso dei pazienti in morte cerebrale. Ma si tratterebbe, comunque, di un falso problema. Visto che qui è il consenso del diretto interessato a determinare la liceità del prelievo, un paziente in stato vegetativo – o in qualunque altra condizione – potrebbe pur sempre chiedere, con una direttiva anticipata, di essere sedato.

Una volta liquidata l'affidabilità della morte cerebrale, come si può vedere, sembra aprirsi una sola e scomoda alternativa: o si accetta la validità scientifica del criterio di Harvard e dunque anche la liceità morale del prelievo, oppure la si rifiuta, ma allora non si può più giustificare il prelievo, né, una volta che si sia eventualmente riusciti a giustificarlo, limitarlo ai soli pazienti in morte cerebrale. È certamente vero, come Becchi non si stanca di ricordare, che il problema del prelievo di organi non si risolve con una definizione scientifica di morte, ma è vero anche che non si risolve senza una definizione scientifica di morte. E, a ben vedere, in più di un passaggio del suo discorso, lo stesso Becchi sembra non avvedersi di confidare ancora troppo sui criteri scientifici per essere uno che ha parlato di problemi di 'natura squisitamente etica'. Come si concilia, per esempio, l'affermazione che la questione decisiva "non è se i morti cerebrali siano già morti o ancora vivi, ma cosa siamo autorizzati a fare di loro"⁴³, con l'affermazione che "l'aspetto su cui occorre insistere", oltre a quello del consenso del paziente, "è lo stato clinico del morto cerebrale"⁴⁴? Che nel cuore di un discorso impegnato a fondare moralmente il prelievo degli organi occorra 'insistere' su un aspetto 'clinico', in effetti, lascia intendere quanto qui sia inevitabile la mediazione della scienza e, in fondo a

⁴² *Ivi*, p. 497 e 15.

⁴³ *Ivi*, p. 496 e 13.

⁴⁴ *Ivi*, p. 498 e 17. Si può aggiungere, al riguardo, che l'insistenza di Becchi sull'approccio etico piuttosto che scientifico alla questione espone il criterio di morte a divenire un costrutto legale o un problema di consenso sociale, dissolvendo la realtà biologica della morte. Quanto invece questa realtà sia irrinunciabile è mostrato dal fatto che molti dei problemi che inducono a dubitare della validità del criterio neurologico di morte sorgono tutti proprio a livello biologico. Se davvero questo livello non fosse così decisivo come Becchi ritiene, non ci sarebbe ragione di prendere sul serio le difficoltà che lo caratterizzano.

questa, la dimensione ontologica, e non soltanto etica, della questione della morte. Domandarsi se i soggetti cerebralmente morti siano realmente morti o ancora vivi, in altri termini, non è interrogativo che si possa evadere a buon mercato, come troppo spesso si tende invece a fare, magari confidando nella serietà delle questioni morali che dovrebbero rimpiazzare quelle ontologiche, apparentemente oziose rispetto alle prime. È invece proprio su questo riferimento ontologico che occorre nuovamente richiamare l'attenzione, ri-pensando la pretesa di validità del criterio cerebrale senza limitarsi, però, a respingere come semplici 'rumori di fondo' le obiezioni che nel frattempo gli sono state rivolte⁴⁵.

⁴⁵ Riprendo l'efficace immagine dei 'rumori di fondo' da C. VIAFORA, *Il punto di non ritorno: la questione della morte cerebrale*, in: ID., *Introduzione alla bioetica*, Franco Angeli, Milano, 2006, pp. 337-354.