

i quaderni di
Tradizione
periodico di studi e azione politica



**SE LA “MORTE CEREBRALE” NON È LA VERA MORTE,
SONO LEGITTIMI I TRAPIANTI?
A PROPOSITO DI UN RECENTE LIBRO DI PAOLO BECCHI**

SE LA “MORTE CEREBRALE” NON È LA VERA MORTE, SONO LEGITTIMI I TRAPIANTI? A PROPOSITO DI UN RECENTE LIBRO DI PAOLO BECCHI*

In questo agile ed incisivo volume, l'autore “comprende e rifonde materiali già in parte pubblicati” dal 2002 al 2007, disponendoli in modo organico, sistematico¹. Egli non è contrario al prelievo d'organi; lo è, al prelievo effettuato “a cuore battente” sul presupposto di una “morte cerebrale” che non è in realtà la vera morte, perché il paziente per quanto in coma, con l'encefalogramma piatto o quasi, è tuttavia in realtà *ancora vivo*. Espiantare gli organi vitali di un paziente moribondo ma ancora vivo, *facendolo passare per morto*, ciò è del tutto inaccettabile, sul piano etico. E proprio questa è la questione di “etica giuridica” di cui al sottotitolo dell'opera. Questione che l'autore, però, propone di risolvere informando apertamente il donatore di organi del fatto che il prelievo avverrà quando lui sarà sì in fin di vita ma ancora in vita! Siffatta conclusione, per me sconcertante, non toglie al lavoro la sua qualità, che è soprattutto quella di far vedere in maniera personale, competente, chiara e lineare come la nozione di “morte cerebrale” sia stata validamente contestata, sul piano scientifico e filosofico, nell'ampio dibattito che si è sviluppato, soprattutto dall'inizio degli anni novanta in vari paesi (Stati Uniti, Regno Unito, Germania fra tutti), con l'Italia sinora praticamente assente, a parte, appunto, il valido contributo ad esso offerto dal prof. Becchi in questi ultimi anni.

L'argomentazione si svolge muovendo dalla “nuova definizione di morte e le sue giustificazioni” (pp. 9-3).

1. *La cosiddetta “morte cerebrale”*

Il corpo in “morte cerebrale”, dal quale vengono prelevati gli organi vitali, è ritenuto oggi un cadavere. Strano cadavere, in verità, “con temperatura corporea intorno ai 37° C., di colorito roseo, le cui braccia e gambe seppur immobili non sono rigide, il cui torace continua ad alzarsi grazie ad una macchina che insuffla aria nei polmoni ed il cui cuore batte con regolare frequenza, facendo circolare il sangue nelle arterie. Morto o ancora, in qualche modo, vivo?” (*op. cit.*, pp. 11-12). Il nuovo modo di definire la morte fu inaugurato, come è noto, dal celebre *Rapporto di Harvard* dell'agosto 1968, a cura della Facoltà di Medicina di quell'Università, il quale rapporto, senza effettive giustificazioni scientifiche, propose con successo quasi immediato di considerare “stato di morte quello che sino ad allora veniva ancora considerato uno stato di confine tra la vita e la morte” (p. 16). Fu questo *Rapporto* a coniare

* Il presente saggio è apparso nella *Rivista Internazionale di Filosofia del Diritto*, serie V (LXXXV) n. 4, Ott.-Dic. 2008, pp. 673-700. Ringraziamo l'autore ed il prof. Francesco Mercadante, direttore della RIFD, per aver gentilmente consentito alla presente ristampa, in allegato a questo numero di *Tradizione*.

¹ PAOLO BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi. Una questione di etica giuridica*, Morcelliana, Brescia, 2008, p. 187, *Nota al testo*.

il termine “coma irreversibile”, divenuto poi d’uso comune: la morte cerebrale totale doveva ritenersi morte di fatto (pp. 17-18).

Il nuovo concetto della morte si mostrava perfettamente funzionale al trapianto di organi, fatto a cuore ancora “battente”: chi li avesse espiantati non sarebbe incorso nell’accusa di omicidio, se il legislatore avesse approvato questo nuovo concetto (pp. 18-19). E l’approvazione, a livello internazionale, fu abbastanza rapida. Già nello stesso agosto del 1968 ci fu quella della *World Medical Association*.

Giustificazioni scientifiche furono costruite solo in un secondo tempo, a partire dagli inizi degli anni Ottanta, da neurologhi americani e britannici (pp. 19-3). Si elaborò così la teoria dell’“organismo come un tutto” che non può vivere se viene meno il suo “integratore centrale” (Bernat, Culver, Gert), che sarebbe costituito dall’encefalo, il quale “sovrintende al controllo e all’integrazione delle diverse parti dell’organismo”, permettendogli appunto di “funzionare come un tutto”. Secondo i neurochirurghi britannici, più ancora che dall’encefalo, dal tronco encefalico, che è il “sistema critico dell’encefalo”, dato che da esso dipendono in sostanza “capacità di coscienza e respirazione autonoma”. La morte del tronco encefalico “causa la cessazione delle funzioni encefaliche e di conseguenza pone fine all’esistenza dell’organismo come un tutto” (Pallis e Harley). Perciò la morte del tronco encefalico “è la morte, indipendentemente dalla prognosi cardiaca” (p. 30). “Nessun paziente in coma apneico dichiarato morto secondo i rigorosi criteri britannici – affermò il prof. Pallis - ha mai recuperato la coscienza o ha mai mancato di sviluppare l’asistolia [l’arresto cardiaco, la morte] entro un tempo relativamente breve”².

² *Op. cit., ibi*. Come si spiegano, allora, i casi di pazienti che si sono ripresi, anche improvvisamente, dallo stato di “morte cerebrale”, e persino dopo lunghi periodi di tempo? Nell’estate di quest’anno 2008, a Parigi, non si è forse improvvisamente svegliato da un coma considerato irreversibile un paziente cui già stavano per asportare il fegato a fine di trapianto? E che dire di esperienze come quella documentata dal neonatologo americano, prof. Paul A. Byrne: “Nel 1975 prestai assistenza ad un neonato del reparto di terapia intensiva neonatale al *Cardinal Glennon Memorial Hospital for Children* di St. Louis in Missouri. Joseph era collegato al ventilatore da sei settimane. Erano stati fatti molti tentativi per disabituarlo al ventilatore. Non respirava spontaneamente. Fu eseguita una registrazione dell’attività elettrica (EEG). Fu interpretata come “coerente con la morte cerebrale”. Due giorni dopo l’EEG non era cambiato. Fu suggerito di scollegare il bambino dall’apparecchiatura. Tuttavia, continuai a mantenerlo collegato al ventilatore. In seguito egli è stato in grado di disabituarsi al ventilatore ed è stato anche dimesso dall’ospedale. È cresciuto e si è sviluppato in modo normale [...] Ora fa il vigile del fuoco a St. Louis in Missouri. Oggi ha circa trent’anni”(PAUL A. BYRNE, *Morte: l’assenza della vita*, in ROBERTO DE MATTEI (a cura di), *Finis vitae. La morte cerebrale è ancora vita?*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2007, pp. 75-105; p. 78. Il volume collettaneo, uscito anche in edizione inglese presso lo stesso editore, dedicato alla demolizione della nozione di “morte cerebrale”, contiene numerose relazioni presentate alla Conferenza internazionale sul tema “Signs of Death”, organizzata dalla Pontificia Accademia delle Scienze, Città del Vaticano, 3-4 febbraio 2005). Il fatto è che i pazienti attaccati al “ventilatore” respirano, il loro sistema circolatorio funziona, il che significa che il fegato e i reni devono essere “integri e normalmente funzionanti”. Inoltre, questi pazienti possono guarire da lesioni, come l’esperienza ha ampiamente dimostrato. In questi pazienti, conclude il prof. Byrne, la vera morte fisiologica ha luogo “quando sono utilizzati

La prospettiva biologistica dei medici è stata adottata dal filosofo inglese David Lamb, che ha cercato di costruire su di essa un concetto filosofico della morte. Il quale concetto appare però ambiguo poiché concepisce la morte del tronco encefalico non come un arresto che provoca “l’asistolia pressoché immediata” ma come un “punto di non ritorno” e quindi come un processo che si concluderà entro un breve periodo di tempo. Ma se è così, osserva Becchi, allora l’individuo non è ancora morto quando si ha la morte del tronco cerebrale (pp. 34-3).

2. Le tesi di Hans Jonas

La parte più ampia del saggio del prof. Becchi è dedicata a “posizioni filosofiche alternative” sulla “morte cerebrale”. Vengono espone le tesi essenziali di Hans Jonas e di Peter Singer (pp. 37-9). La posizione di Singer appare assai meno lucida di quella di Jonas, anche perché non priva di ambivalenze che Becchi ha buon gioco a mettere in luce, con precise osservazioni critiche, cui si può rivolgere, a mio avviso, l’unico appunto, peraltro secondario, di essere a volte troppo polemiche nei confronti di punti di vista di studiosi italiani diversi dal suo (pp. 62-9). L’ambivalenza più grave di Singer consiste nel riconoscere, dopo averla inizialmente accettata, l’inattendibilità della diagnosi di morte cerebrale per sostenere, tuttavia, la liceità dei trapianti nei confronti dei cerebralmente morti nonostante essi siano ancora vivi e addirittura nei confronti degli anencefalici (sprovvisti dalla nascita della corteccia cerebrale ma vivi) e di coloro che si trovano in stato vegetativo persistente (cerebrolesi che respirano autonomamente)(pp. 89-91).

Di ben altro significato e spessore appare la posizione di Jonas, inizialmente isolata. Jonas è stato forse il primo a criticare efficacemente, e da subito, il *Rapporto di Harvard*, cogliendone impietosamente la dipendenza dalle esigenze della prassi. Notò che esso non si limitava a ricercare una nuova definizione di morte nel coma irreversibile al fine di “determinare quando sia consentito sospendere il prolungamento artificiale di alcune funzioni (come il battito cardiaco) tradizionalmente considerate segni di vita” (p. 40). Ciò cui il *Rapporto* mirava era invece “anticipare il momento della dichiarazione di morte” per ottenere il permesso di continuare a far uso del respiratore e di altri ausili, mantenendo il corpo in una situazione di vita (anche se solo simulata, per il *Rapporto*, dato che, secondo le idee di allora, la morte sarebbe comunque sopravvenuta in breve tempo), al fine di “poter attingere ai suoi organi e ai suoi tessuti nelle condizioni ideali che prima avremmo chiamato *vivisezione*” (ivi).

Ma non si possono “definire come morti tutti quei pazienti il cui cervello ha smesso di funzionare”(p. 41), al fine di poterne prelevare gli organi, dato che manca la certezza scientifica che i pazienti “siano effettivamente morti” prima di prelevare i loro organi. E manca, questa certezza, perché “non conosciamo la linea di demarcazione precisa tra vita e morte”(p. 42). Non c’è procedura scientifica, per quanto perfezionata, che possa illuminarci in proposito. Jonas si schiera, pertanto, contro il trapianto con il ventilatore ancora acceso, a “cuore battente” (ivi). E alla domanda: cosa dobbiamo fare del paziente in stato

per la donazione di organi vitali, l’insegnamento o la ricerca [...] oppure quando il supporto vitale viene interrotto” (op. cit., pp. 84-87).

di coma irreversibile tenuto artificialmente in vita? egli risponde nel seguente modo. “A questa domanda non si può certo rispondere con una definizione di morte, ma con una “definizione” dell’uomo e di che cos’è una vita umana. In altre parole, non si può aggirare la questione decretando che la morte è già avvenuta e perciò il corpo rientra nell’ambito delle semplici cose; bensì la risposta che la questione richiede può essere, ad esempio, che non è umanamente giusto – e meno che mai necessario – prolungare artificialmente la vita di un corpo privo di cervello” (pp. 0- 1). Bisogna quindi lasciar “morire il paziente sino in fondo”, quando è in questo stato, senza tenerlo attaccato al respiratore unicamente perché si vogliono espiantare i suoi organi. Eventuali prelievi degli stessi devono esser fatti solo dopo che il paziente è *effettivamente* morto (p. 1).

Prelievi per trapianti solo dopo che il paziente in coma irreversibile sia effettivamente morto, dunque. Bisognerebbe aspettare che il paziente in coma irreversibile morisse per arresto cardiocircolatorio o staccargli la spina, evitando l’accanimento terapeutico, in modo da provocare quest’arresto. Ma per essere sicuri della morte, aggiungo, bisognerebbe pur sempre attendere i segni *certi* della stessa, in quanto già avvenuta: assenza di respiro e battito cardiaco, colorito cadaverico, rigor mortis, macchie sulla pelle o magari l’inizio della putrefazione. Ma in tal modo, non si potrebbero più ottenere organi *freschi*, per i trapianti, organi che devono essere ancora vivi, *pulsanti*, per servire allo scopo. Gli organi vitali, quali il cuore, il fegato, il pancreas etc, si deteriorano in pochi minuti, appena siamo morti. L’istanza etica rigorosamente applicata e le esigenze della medicina dei trapianti non coincidono. L’etica obbliga ad effettuare gli eventuali espunti unicamente su individui con certezza cadaveri (non su moribondi non ancora morti, che a volte ritornano inaspettatamente alla vita dal coma profondo, anche protrattosi a lungo), ma ciò comporta l’impossibilità di ottenere organi vitali sufficientemente *vitali*, perché sarebbero venute meno le “condizioni ideali” per quella vivisezione che è l’espianto.

Per soddisfare le esigenze dell’etica, bisognerebbe allora rinunciare ai trapianti di organi vitali e mettere da parte la filosofia umanitaria e solidaristica con la quale si pretende di giustificarli, la quale nasconde in realtà, a mio avviso, il rifiuto della malattia e della morte come realtà con le quali la condizione umana deve misurarsi, nel modo stabilito da Dio, sino alla fine dei suoi giorni terreni. Senza naturalmente rinunciare a curarsi, a cercare di opporsi, per quanto possibile, alla morte. Nostro Signore guariva miracolosamente i malati e faceva risuscitare i morti, dando, a volte, anche consigli da medico, come nel caso della figlia dodicenne del rabbino Giairo, appena morta, da Lui risuscitata (Mc , 3 -43; v. 43: “poi disse che le fosse dato da mangiare”). Ma la nostra legittima lotta contro la malattia e la morte deve sempre svolgersi nel rispetto della sacralità della vita e di un ordine naturale che viene da Dio.

La critica di Jonas nei confronti dell’intero apparato ideologico che vuole giustificare la pratica dei trapianti è notoriamente la più rigorosa. Becchi ne approfondisce ulteriori aspetti (p. 43 ss.). Tra di essi, mi preme ricordare il seguente. Già prima dei celebri studi del neurologo americano David Alan Shewmon, Jonas intuì che l’idea stessa alla base del criterio della “morte cerebrale” non reggeva. Vale a dire, l’idea secondo la quale “la morte del cervello possa essere interpretata come la dissoluzione del centro integrativo dell’intero

organismo e quindi come la morte di quella individualità corporea nella sua interezza” (p. 49).

3. *La resipiscenza dei clinici: Truog e soprattutto Shewmon*

Più importante ancora della critica dei filosofi è quella degli stessi clinici, che Becchi espone in un breve ma illuminante capitolo (pp. 97-111) dedicato a due suoi protagonisti di spicco, Truog e Shewmon, neurologhi entrambi, inizialmente convinti della validità della diagnosi di morte cerebrale. È stata l'esperienza clinica stessa a far cambiare loro idea. Robert D. Truog e Fackler hanno dimostrato che i vari tests ad hoc non sono in grado di mostrare l'effettiva perdita irreversibile di *tutte* le funzioni cerebrali, alcune delle quali in realtà continuerebbero. Invece di “morte cerebrale” bisognerebbe allora, più correttamente, parlare di “morte corticale” (della sola corteccia e quindi non dell'intero cervello). Ma siffatto concetto – specificò Truog – è improponibile come tipo più aggiornato di accertamento della morte, perché porterebbe ad ammettere la morte di un individuo che ancora respira. L'unica soluzione ragionevole, conclude il prof. Truog, sarebbe allora quella di ritornare allo “standard cardiorespiratorio”, abbandonando del tutto il concetto di morte cerebrale (pp. 102-103)³.

Ma è stato notoriamente il prof. David Alan Shewmon, pediatra e neurologo di chiara fama, ad aver tratto conclusioni ancor più decisive contro il criterio della morte cerebrale come “indicatore della morte ravvicinata dell'organismo”. L'esperienza clinica dimostrava che pazienti in morte cerebrale sopravvivevano per settimane, mesi ed anche anni, pur avendo il cervello distrutto. Non solo, vi sono stati casi di donne in stato di gravidanza irrimediabilmente cerebrolesi che hanno continuato la gestazione sino al parto di bambini sani o all'aborto spontaneo del feto che nel frattempo era morto. Il caso più clamoroso è stato

³ *Ivi*, pp. 102-103. A riprova della scarsa attendibilità dei tests per accertare la morte cerebrale, si legga quanto attestato dal prof. Coimbra, autorevole neurologo brasiliano. “Coloro che hanno sostenuto o portato avanti le attuali procedure ‘diagnostiche’ per la morte cerebrale o per la morte del tronco encefalico si trovano ora di fronte all'evidenza che una vasta percentuale (50-70%) delle vittime di trauma alla testa in coma profondo (fino al 3° grado della scala del coma di Glasgow) con assenza di riflessi del tronco encefalico si sono riprese fino a una vita normale o quasi, se sottoposti in tempo ad ipotermia invece che al test di apnea. Watanabe [cardiologo nipponico, professore emerito di medicina] ha sottolineato le implicazioni, per la credibilità della cultura della ‘morte cerebrale’, di pazienti che si riprendevano da una condizione neurologica tradizionalmente ritenuta senza speranza” (CICERO GALLI COIMBRA, *Il test di apnea: un ‘disastro’ letale al capezzale del malato per evitare un ‘disastro’ legale in sala operatoria*, in *Finis Vitae*, cit., pp. 143-189; p. 159. Il test di apnea consiste nello “scollegamento del respiratore per 10 o più minuti, sì da esser sicuri che il centro respiratorio con sede nel tronco encefalico non sia più attivo”: *Finis Vitae*, p. 127). Vedi anche, nello stesso volume, l'intervento del cardiologo britannico, con una lunga esperienza in materia, il dr. David W. Evans, *Che cos'è la morte cerebrale? L'opinione di un medico britannico*, secondo il quale, “i tronchi cerebrali dichiarati ‘morti’ secondo i criteri dell'UK Code of Practice non possono essere presentati come effettivamente morti secondo criteri di onestà scientifica” (*op. cit.*, pp. 125-141; p. 130).

quello di T.K., seguito personalmente da Shewmon, un bambino che all'età di quattro anni ebbe il cervello distrutto dalla meningite. La madre non volle saperne di interrompere il supporto vitale. Il bambino fu alla fine trasferito a casa, dove visse sino ad oltre vent'anni, collegato ad un ventilatore. Veniva nutrito con un sondino, urinava spontaneamente, richiedendo "poco più di un'assistenza infermieristica. In stato di "morte cerebrale" egli è cresciuto, ha superato infezioni e le sue ferite si sono rimarginate [...] Mi convinsi che egli non aveva nessuna funzione del tronco cerebrale. La pelle del suo viso e della parte superiore del torso, tuttavia, si chiazzò quando pizzicai varie parti del suo corpo, aumentarono la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna. Questa risposta agli stimoli, mediata dal midollo spinale, non poté essere suscitata a livello del viso, i cui impulsi sensoriali vengono elaborati nel tronco cerebrale, assente nel ragazzo" (pp. 104-10).

Un caso eccezionale, indubbiamente, che tuttavia, unitamente ad un'altra messe di esperienze simili, permise a Shewmon di trarre le seguenti conclusioni, devastanti per l'accertamento di morte secondo il criterio esclusivamente neurologico.

1. "È priva di fondamento l'idea che la morte del cervello sia un indicatore della morte ravvicinata dell'organismo" (p. 106); 2. "la distruzione del tronco encefalico comporta la perdita della spontaneità dell'atto respiratorio, ma la capacità respiratoria, intesa come capacità di effettuare scambi gassosi a livello di tessuti ed organi, resta intatta nel paziente, il quale viene collegato al respiratore artificiale che espleta la funzione di ossigenare meccanicamente il sangue" (p. 107). Ciò dimostra, secondo Shewmon, che "il 'sistema critico' del corpo non è localizzabile in un singolo organo sia pure importante come l'encefalo" (ivi). *L'unità integrativa* del nostro organismo non è il risultato di un "integratore centrale" (il cervello) che organizza un "conglomerato di altri organi"; essa "è invece una caratteristica non localizzata, olistica fondata sulla mutua interazione di tutte le parti del corpo" (p. 108).

Ciò spiegherebbe, sottolinea, il permanere dei numerosi "segni di vita" riscontrati nel paziente "cerebralmente morto", che deve esser sottoposto ad anestesia prima di subire l'espianto, poiché esso "conserva responsività agli stimoli [ad esempio, insorgere di tachicardia ed aumento della pressione del sangue alla prima incisione del chirurgo] e può anche mostrare movimenti spontanei. Ci sono stati resoconti di quello che viene definito fenomeno di Lazzaro, durante il quale il paziente, il cui decesso è certificato mediante i test del tronco encefalico, continua a fare movimenti apparentemente finalizzati. Questi generano un grande allarme, ma sono accantonati come semplici riflessi terminali, anche se sono coordinati e possono ben rappresentare il coinvolgimento del cervelletto e delle aree superiori dell'encefalo"⁴.

⁴ DAVID J. HILL, *Morte cerebrale. L'opinione di un anestesista britannico*, in *Finis Vitae*, cit., pp. 191-208; pp 198-203. Il dr. Hill si è ritirato dal programma dei trapianti a cuore battente perché era convinto che i pazienti sui quali venivano effettuati non fossero morti e che il consenso di donatori e potenziali donatori non fosse affatto "pienamente informato" (op. cit., p. 192). La "sindrome di Lazzaro" consta di una serie di movimenti convulsi degli arti da parte dei "cerebralmente morti", che a volte sono anche giunti ad afferrare le infermiere che sollevavano loro la testa per sistemare i cuscini (RAINER BECKMANN, *L'accertamento del decesso: la morte cerebrale è affidabile?*, in *Finis Vitae*, cit., pp. 25-47; p. 45).

Il permanere di tanti, molteplici “segni di vita” nei pazienti “cerebralmente morti”, fa, inoltre, ritenere che ci sia una dimensione della coscienza più profonda di quella lesa gravemente dal danno cerebrale, dimensione che rinvia all’esistenza di ciò che si è sempre chiamato *anima*⁵.

Le documentate critiche al concetto di “morte cerebrale” sembrano aver trovato credito sempre più ampio nella comunità scientifica, negli ultimi anni. In ogni caso, conclude Becchi, esse dimostrano che il criterio della “morte cerebrale” è assai incerto, dal punto di vista scientifico, per non dire del tutto insufficiente: e questo provoca una mancanza di valido fondamento scientifico a quelle normative che abbiano utilizzato tale criterio per una definizione della morte. Il discorso si sposta quindi sulla legislazione italiana attuale e sull’attuale dottrina della Chiesa cattolica in materia.

4. *Ambiguità nella dottrina cattolica attuale*

Secondo Becchi, la posizione della gerarchia cattolica sul tema della morte cerebrale riflette una certa ambiguità, che egli vuol vedere addirittura nel celebre discorso in francese del 19 7 di Pio XII sulle questioni concernenti la rianimazione, nel quale il Papa ammise come lecita (a certe condizioni) l’interruzione del supporto vitale, quando le famiglie la chiedono “per permettere al paziente, già virtualmente deceduto, di morire in pace” (p. 116)⁶. Vediamo la ricostruzione di Becchi.

Il malato grave, spiegò il Papa, ha il “diritto” ma anche il “dovere di adottare le cure necessarie per conservare la vita e la salute”, e questo dovere il malato ce l’ha “verso se stesso, verso Dio [che ci ha donato la vita] e verso la società umana, e, il più sovente, verso determinate persone [soprattutto i famigliari]”. Tale dovere, da dove si origina? “Esso deriva dalla ben ordinata carità, dalla sottomissione al Creatore, dalla giustizia sociale e anche dalla stretta giustizia, come dalla pietà verso la propria famiglia” (p. 11). Ma negli obblighi che scaturiscono da questo dovere si può fare una distinzione. “Esso non obbliga, generalmente, che all’impiego dei mezzi ordinari (secondo le circostanze di persone, di luoghi, di tempo, di cultura), ossia di quei mezzi che non impongono un onere straordinario (*charge extraordinaire*) per se stessi o per altri” (*ivi*). Gli “altri” dovrebbero esser costituiti soprattutto dalla famiglia. Prosegue infatti il Pontefice: “Une obligation plus sévère serait trop lourde pour la plupart des hommes, et rendrait trop difficile l’acquisition de biens supérieurs plus importants”⁷.

È da notare che i mezzi “straordinari” sono quelli che impongono un “onere straordinario”. “Onere” di che tipo? Verosimilmente, di tipo economico. O almeno, di tipo prevalentemente economico. I “mezzi straordinari” di

⁵ Questo punto è stato sottolineato più volte nel corso degli interventi riportati nel volume *Finis Vitae, cit.*, per esempio alle pp. 61; 225-228; 320 ss.

⁶ *Op. cit.*, p.115. Il discorso, del 24 novembre 1957, è citato da Becchi nella traduzione italiana: PIO XII, *Risposte ad alcuni importanti quesiti sulla “rianimazione”*, in ID., *Discorsi ai medici*, Roma, 1959, pp. 608-618.

⁷ PIO XII, *Risposte ad alcuni importanti quesiti sulla ‘rianimazione’*, in AAS (49) 1957, pp. 1027-1033; p. 1030. Questo passo non è riportato da Becchi, in quanto non essenziale ai fini del suo discorso.

mantenimento in vita possono, infatti, costituire un rilevante onere patrimoniale per una famiglia, tale da prosciugarne le risorse e rendere “troppo difficile l’acquisizione di beni superiori più importanti”, a cominciare dalla sopravvivenza stessa della famiglia, che potrebbe finire sul lastrico a causa di insostenibili spese mediche. E l’onere è rimasto rilevante, aggiungo, e tende ad esserlo sempre di più, solo che oggi esso è assunto o dallo Stato (che trova i soldi con le imposte) o dalle assicurazioni, pubbliche o private che siano⁸.

Il Papa autorizzava, quindi, ad interrompere la terapia che manteneva in vita un paziente ormai condannato, per non impedire l’acquisizione di “beni superiori” al bene pur rappresentato dal mantenimento (artificiale) in vita del paziente stesso, senza speranza di ripresa, ad un passo dalla morte fisiologica. Il sacrificio di un bene a vantaggio di un altro superiore poggia però sul presupposto, certificato da una diagnosi sicura, che il paziente sia un moribondo senza speranza, sul quale è inutile insistere con ulteriori (costosissime) cure. Se manca questa diagnosi, l’interruzione non è lecita, perché la difesa della vita, anche quella di un malato terminale, del tutto non-consciente, deve prevalere.

Il Papa era perfettamente consapevole del fatto che il paziente “virtualmente deceduto” non era tuttavia *già morto*. “Considerazioni d’ordine generale” autorizzavano a credere che “la vita continua fino a che le sue funzioni vitali [...] si manifestano spontaneamente o sia pure con l’aiuto di procedimenti artificiali” (p. 117). Staccare il respiratore non significa però uccidere il paziente dato che lo scollegamento “evita soltanto di procrastinare inutilmente la morte del paziente” (*ivi*) e sarebbe “solo indirettamente causa della cessazione della vita” (pp. 117-118). Naturalmente, il medico deve esser “certo della prognosi infausta del suo paziente”. In caso di “dubbio insolubile”, precisa il Pontefice, “bisogna propendere per la vita presunta: *in dubio pro vita*” (pp. 118-119).

Una risposta chiara ma, secondo Becchi, non del tutto. Dubbioso gli sembra l’oggetto della prova certa. Bisogna dimostrare “che è venuta meno la vita umana cosciente o la vita umana in quanto tale?”. Secondo l’autore, il senso di tutto il discorso del Papa è in direzione della prima soluzione, pur lasciando aperto uno spiraglio anche all’altra, là ove afferma che anche i pazienti sottoposti a ventilazione irreversibilmente incoscienti possono formare “l’oggetto di un dubbio insolubile e debbono esser trattati secondo quelle presunzioni di diritto e di fatto di cui abbiamo parlato”, ossia godere anch’essi dell’applicazione del principio *in dubio pro vita* (pp. 119-120). L’ammissione di questa seconda soluzione sarebbe “in palese contrasto con l’intera precedente argomentazione [del Papa] incentrata non sulla necessità di provare con certezza la fine della vita umana prima di poter staccare il respiratore, bensì sulla liceità di poterlo fare indipendentemente dalla presenza di quella prova” (p. 120).

Questa critica a Pio XII mi lascia alquanto perplesso. Anzitutto, osservo che la “prima soluzione”, di cui al documento del Papa, consiste nello scollegare dal

⁸ Sui doveri della famiglia nel caso di specie, il Papa precisava: “Quant au devoir propre et indépendant de la famille, il n’oblige habituellement qu’à l’emploi des moyens ordinaires. Par conséquent, s’il apparaît que la tentative de réanimation constitue en réalité pour la famille une telle charge qu’on ne puisse pas en conscience la lui imposer, elle peut licitement insister pour que le médecin interrompe ses tentatives, et le médecin peut licitement lui obtenir” (AAS, *cit.*, p. 1032).

supporto vitale un paziente che il medico dichiara in coma irreversibile, “per consentirgli di morire in pace”. Ciò significa che non è ancora morto, anche se “virtualmente deceduto”. Non c’è quindi bisogno di provare che il paziente è morto, al fine di poter staccare il respiratore: la facoltà concessa dal Papa è proprio quella di interrompere il supporto vitale di un essere umano ancora non morto, quando ci troviamo di fronte ad una diagnosi che non lasci dubbio alcuno quanto alla sua morte inevitabile ed imminente.

In secondo luogo, il Papa (come si è visto) si dimostra perfettamente consapevole del fatto che “des considérations d’ordre général permettent de croire que la vie humaine continue aussi longtemps que ses fonctions vitales – à la différence de la simple vie des organes – se manifestent spontanément ou même à l’aide de procédés artificiels”, vale a dire che anche pazienti in coma irreversibile possono continuare a vivere, nonostante la distruzione totale o parziale del loro cervello. Anche in alcuni di questi casi la diagnosi può arenarsi in un “dubbio insolubile”. Allora, si dovrà applicare, in perfetta coerenza con le premesse, il principio *in dubio pro vita*, e cioè far valere il principio della priorità della permanenza della vita, poiché essa è “un diritto fondamentale ricevuto dal Creatore e di cui bisogna provare con certezza l’inesistenza”. Ora, dov’è la contraddizione nei ragionamenti del Papa? Mi sembra che egli applichi in modo lineare sempre il medesimo principio: la facoltà di interrompere i mezzi straordinari di mantenimento in vita è subordinata alla difesa del diritto al mantenimento della vita, che deve sempre prevalere nel caso di prognosi fortemente dubbiosa.

L’ambiguità appare invece nel Magistero successivo, alle prese con i delicati problemi etici provocati dall’esplosione dell’industria dei trapianti. Ma bisogna distinguere, cosa che, per la verità, Becchi fa. Il *Catechismo della Chiesa Cattolica*, che cito nel *Compendio*, all’art. 476, recita: “Per il nobile atto della donazione degli organi dopo la morte deve essere pienamente accertata la morte reale del donatore”. Il concetto affermato è esplicito: gli organi possono essere prelevati *solo dopo* che il donatore è *effettivamente* morto. I problemi nascono dal fatto che, nello stesso tempo, la Gerarchia cattolica attuale, nella sua grande maggioranza, sembra aver accettato il criterio della morte cerebrale come criterio sicuro per accertare la morte del paziente. L’ambiguità non deriva, perciò, dalle affermazioni di principio; deriva dall’averle fondate su di un criterio insufficiente come quello della “morte cerebrale”, grazie al quale si espuntano gli organi vitali a pazienti che non sono ancora morti.

L’accettazione di quest’ultimo da parte della Gerarchia è ricostruita da Becchi mettendo in rilievo il ruolo negativo svolto a suo tempo dalla Pontificia Accademia delle Scienze.

L’avvento dei trapianti ha posto in primo piano la necessità di stabilire con precisione il momento della morte del paziente, “in modo da poter autorizzare *post mortem* il prelievo dei loro organi” (p. 121). Ma come si fa a stabilire con precisione il momento della morte? La scienza medica ce la dà, questa certezza? Della morte, ci se ne accorge quando è avvenuta, da certi inequivocabili segni, non mentre avviene all’interno dell’individuo. Pio XII, nel discorso citato, aveva lasciato giustamente impregiudicata la questione, limitandosi a dire che era compito del medico dare una “definizione chiara e precisa della ‘morte’ e del ‘momento della morte’ di un paziente che spira in stato di coma (*en état d’incoscience*). Restava sempre valido “le concept usuel de séparation complète

et définitive de l' âme et du corps; mais en pratique on tiendra compte de l'imprécision des termes de 'corps' et de 'séparation'⁹.

Al quesito se si potesse determinare “nel modo più esatto possibile” il momento preciso della morte, Giovanni Paolo II come rispose, nel 1989? In modo sostanzialmente conforme alla teologia cattolica, per la quale la morte consiste appunto nel distacco “completo e definitivo” dell'anima dal corpo. Si ha la morte, disse, “quando il principio spirituale che presiede all'unità dell'individuo non può più esercitare le sue funzioni nell'organismo e sull'organismo, i cui elementi, lasciati a se stessi, si dissociano” (p. 123). Questo “principio spirituale”, dal punto di vista cattolico, non può che coincidere con l'anima, nota giustamente Becchi. Ma fu la Pontificia Accademia delle Scienze (certo non disapprovata dal Papa) a stabilire (con notevole audacia) che tale “principio” poteva essere *localizzato nell'encefalo*, ragion per cui la definizione della morte in termini neurologici poteva esser accettata (pp. 123-124). La Gerarchia cattolica si allineava in tal modo al nuovo ordine: i pazienti con il respiratore ancora acceso, che non mostravano segno alcuno di ripresa, non erano più (come per Pio XII) pazienti (ancora vivi) il cui destino era già segnato ma (già) dei cadaveri (p. 124).

Poche ed ininfluenti le voci di dissenso nella Chiesa. Tra di esse quelle dell'allora cardinale Ratzinger (p.12) e, in modo più articolato, del cardinale Joachim Meisner, che nel 1996 prese pubblicamente posizione contro il criterio della morte cerebrale (pp.130-131). Giovanni Paolo II si preoccupò, ovviamente, di stabilire criteri rigorosi per la dichiarazione di morte cerebrale, gli unici compatibili con l'etica sempre insegnata dalla Chiesa. Precisò, infatti, che il criterio neurologico dell'accertamento di morte doveva esser sempre “applicato scrupolosamente” dal medico, il quale doveva valutare sempre “caso per caso” e con piena “certezza morale”. Ci doveva inoltre essere sempre il “consenso informato” del paziente o dei parenti. Il principio *in dubio pro vita* restava ovviamente in vigore (pp.126-130). Che cosa si deve intendere con “consenso informato”? Il fatto che il donatore di organi sia “adeguatamente informato” sui “processi” che la donazione implica, “così da esprimere in modo cosciente e libero il suo consenso o diniego. L'eventuale consenso dei congiunti ha un suo valore etico quando manchi la scelta del donatore” (p. 128). Nessun silenzio-assenso, dunque¹⁰.

Ma la severità di queste regole, che vogliono mantenere il principio della difesa integrale ed assoluta della vita umana, non ha impedito alla Gerarchia, sottolinea Becchi, “di accettare il prelievo degli organi da pazienti cerebralmente morti”, che sono considerati cadaveri sulla base di una certezza scientifica *solo presunta* (p. 130). E se è vero che l'art. 2296 del CCC richiede il consenso espresso del donatore o dei suoi aventi diritto, tuttavia “non menziona mai la condizione clinica a partire dalla quale è lecito il prelievo” (p. 13).

Negli ultimi anni, si sarebbero però manifestati, secondo Becchi, dei segni di ripensamento, nella Chiesa, evidenti nel già ricordato Convegno sui *Segni della morte*, organizzato dalla Pontificia Accademia delle Scienze dal 3 al febbraio

⁹ PIO XII, AAS, *cit.*, p. 1031.

¹⁰ Il cardinale Dionigi Tettamanzi, celebre per le sue molteplici “aperture” alla *Stimmung* del Secolo, ha invece fatto l'apologia del principio del silenzio-assenso in materia, stabilito dal nostro legislatore, in tal modo contraddicendo (nota Becchi) quanto professato dal Pontefice (*ivi*, p. 128).

200 , che ha raccolto una impressionante quantità di interventi qualificati *contro* il criterio della morte cerebrale. Lo stesso Giovanni Paolo II, del resto, nella lettera indirizzata ai partecipanti al Convegno, non sembrava più ritenere quel criterio “un dato acquisito” (pp. 132-133).

. *I rilievi critici sulla legislazione italiana*

Critiche ancor più serrate dedica Becchi alla legislazione italiana attuale, che già dal 1993 ha provveduto a definire la morte come “cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo” (l. 78/1993, art. 1,1). Si tratta di una definizione esclusivamente neurologica della morte, di fatto rivelatasi perfettamente funzionale ai trapianti (regolati con legge nel 197 e successivamente nel 1999) che tuttavia non rientravano nel dettato della legge, che si preoccupava di regolamentare unicamente “l’accertamento e la certificazione della morte”.

Per coerenza con questa definizione della morte, il nostro legislatore ha esteso il criterio della morte cerebrale anche a chi non è donatore di organi. “Una volta accertata la morte cerebrale il medico nel caso di non donatore staccherà comunque la spina del respiratore. Sarà anzi obbligato a farlo: per rafforzare l’idea che a quel punto abbiamo con certezza a che fare con cadaveri, al medico viene persino preclusa l’obiezione di coscienza” (p. 140). *Obbligato* perché, una volta accertata la sua “morte cerebrale” con i prescritti tests, il paziente è per legge un cadavere¹¹. Ma, a prescindere dall’inaccettabile coartazione imposta al medico, una simile estensione può considerarsi conforme a giustizia? Non secondo Becchi. “È evidente il duplice scopo: far pressione sui medici riottosi e soprattutto sui non donatori, con l’argomento che tanto non potranno contare su quel trattamento differenziato (il respiratore acceso in attesa dell’arresto cardiocircolatorio) che la precedente legge n. 644 del 197 loro ancora garantiva. Non rendendosi peraltro conto che in tal modo non si fa giustizia, assoggettando tutti al medesimo trattamento, bensì si generalizza un torto, come è quello di definire cadaveri (donatori o non donatori), i quali comunque a rigore di termini non sono neppure in stato di morte cerebrale totale, poiché i criteri previsti per l’accertamento non sono in realtà in grado di accertare la cessazione di tutte le funzioni dell’encefalo” (pp. 140-141).

Queste critiche mi sembrano del tutto pertinenti. La “generalizzazione” di questo “torto” è il risultato del medesimo abbaglio preso dalla Gerarchia cattolica attuale: l’aver accettato come valido il criterio della “cessazione di *tutte* le funzioni cerebrali” sull’erroneo presupposto che questa cessazione totale possa esser effettivamente accertata dalla scienza medica.

Il codice penale italiano, con norme che risalgono all’anteguerra, protegge in vari modi il cadavere, mediante le norme a tutela dei cimiteri, delle esequie, del cadavere in senso proprio, punendone i reati di vilipendio, distruzione, soppressione o sottrazione, occultamento, uso illegittimo (p. 142). Nemmeno una società secolarizzata come la nostra, nota Becchi, “può rinunciare al culto

¹¹ Bisogna comunque sapere che le modalità dei tests variano alquanto, sì che un paziente può essere dichiarato morto da certi medici ma non da altri : cfr. *Finis Vitae, cit.*, p. 52 ss., 86 ss., 200, 385 ss.

dei morti” (*ivi*). Ma che valore hanno tali norme in relazione al trapianto di organi da cadavere? Tutelano esse “il cadavere in quanto tale”, si chiede Becchi, o “soltanto i sentimenti di rispetto e venerazione, di pietà, che il cadavere suscita negli umani superstiti”? (*ivi*). Sembra che la tutela si debba intendere nel secondo senso, altrimenti i prelievi di organi dovrebbero rientrare in alcune delle fattispecie penali sopra richiamate. E certamente, aggiungo, il culto dei morti rigorosamente inteso, come lo era in passato, quando si esige una tutela *assoluta* del corpo del morto, in quanto tale, potrebbe dimostrarsi un ostacolo difficile da superare per l’industria dei trapianti, dato che esso impedirebbe anche l’espianto (qualsiasi espianto) da cadavere, in quanto atto del tutto contrario alla pietas che spetta per diritto di natura ai defunti; pietas la cui violazione, come ci ricorda l’*Antigone*, provoca la giusta e funesta ira della Divinità.

Se, quindi, la tradizionale tutela penale nei confronti del cadavere (che fu ribadita in un periodo storico nel quale il fondamento religioso, ossia cristiano, di certi valori era ancora ampiamente sentito dal popolo italiano) non ha potuto costituire motivo di ostacolo per la normativa che ha legalizzato i trapianti, come stanno le cose dal punto di vista civilistico? Secondo Becchi, si può affermare che, per il codice civile, il cadavere ha una “natura anfibia”. Infatti, il morto non ha personalità giuridica e non può costituire oggetto di diritti non essendo “commercializzabile”: ma tuttavia “lo diventa [oggetto di diritti] nel momento in cui il *de cuius* ha almeno il diritto di disporre della propria salma. Così significativamente argomenta la Corte di Cassazione in una sua sentenza (1 84/1969)”(p. 14).

Il diritto di disposizione del *de cuius* “per ciò che attiene alla destinazione della propria salma” deve ritenersi – spiega la Cassazione - un diritto sulla personalità, assoluto ed intrasmissibile “mediante le forme ordinarie che disciplinano il trapasso del patrimonio”(*ivi*). E “disporre della propria salma” significa poter disporre le modalità “con cui dovrà esser effettuato il funerale, la sepoltura (inumazione, tumulazione) o la cremazione (ora persino con annessa dispersione delle ceneri art. 2,1 30.3.2001, n. 130)”(p. 144).

Ma la volontà del *de cuius* non incontra limiti, nemmeno da parte dei parenti, solo “con riferimento alle modalità del servizio funerario nel suo complesso” (p. 146). Incontra invece “molteplici limitazioni quando il diritto di disposizione riguarda l’eventuale uso di parti del cadavere a scopo di trapianto”. Di tali limitazioni, Becchi fornisce un esempio, che è il seguente. La volontà del defunto “è limitata già per il fatto che egli, ad esempio, non può disporre dei suoi organi e tessuti a titolo oneroso (e potrebbe essere oggetto di discussione se ciò di per sé non costituisca un limite alle possibilità di realizzazione personale)” (*ivi*).

A mio avviso, non possiamo che compiacerci del fatto che l’ordinamento vieti di vendersi (magari sin dalla giovinezza) i propri organi vitali a questo o a quell’ospedale, impedendosi in tal modo che lo spirito di lucro aleggiante sull’industria dei trapianti contagi anche i futuri donatori¹². Dobbiamo pur

¹² I dati economici e di psicologia sociale indotta o delle masse che il prof. Coimbra forniva per il Brasile nel 2004 erano i seguenti: “Uno dei nostri ospedali universitari (al campus UNIFESP) è ora leader mondiale nei trapianti di rene, avendo eseguito 618 di queste procedure soltanto nel 2004 (più del doppio dell’*Alabama University* - la seconda del mondo). Gli ospedali pubblici

porre un limite “alle possibilità di realizzazione personale”, altrimenti (ci insegna la storia) esse sfociano nella trasgressività e nell’anarchia più totali, con conseguente doloroso dissolvimento delle società e dei popoli nei quali ciò accada, poiché, come sentenziò Vico, “le cose fuori del loro stato naturale né vi si adagiano né vi durano”. E lo *stato naturale* dell’uomo in società non è certo quello di chi deve vedersi garantita la possibilità praticamente infinita di lavorare alla propria, cosiddetta “realizzazione personale”.

Dobbiamo invece dolerci, io credo, del fatto che il nostro ordinamento abbia accolto l’istituto del silenzio-assenso per quanto riguarda la figura del donatore di organi, sia pure combinato, tale silenzio, con la facoltà di opposizione dei congiunti, però senza potere di veto, che sembra invece “ancora in vigore in materia di prelievi ed innesti di cornee” (p. 147).

In una materia tanto delicata, ciò può portare a conseguenze aberranti. Infatti, dato che alla definizione della morte in generale si è creduto di dover applicare esclusivamente il criterio neurologico, l’utilizzata fattispecie del “silenzio-assenso” non implica forse che non solo il cerebroleso ma anche ciascuno di noi sia considerato dalla legge un donatore di organi, a meno che non abbia espresso un documentabile parere contrario? Se questo è il suo significato, allora, a chi non l’abbia dato, questo espresso parere contrario, può capitare di subire l’espianto contro la sua volontà, se si presume, in modo del tutto legittimo, che esista anche un “silenzio-dissenso”, ossia che non tutti quelli che se ne sono stati in silenzio abbiano voluto manifestare in tal modo il loro assenso alla donazione in questione. Chi tace, non si dichiara e non sappiamo come la pensi: se consenta, dissenta o sia indifferente. Si può quindi affermare che nel nostro ordinamento esista di fatto *l’espianto coatto*, per coloro che vanno alla morte in “silenzio-dissenso” o anche solo “indifferente”? A me sembra di sì. Subirebbero l’espianto dei loro organi contro la loro volontà, se il loro silenzio nascondeva il dissenso nei confronti della donazione, o in mancanza di essa, se ne nascondeva l’indifferenza! Però queste sono conclusioni mie. Becchi non si spinge così lontano, anche se non sembra affatto favorevole al criterio del “silenzio-assenso”, dato che, nella sua proposta

brasiliani ricevono circa 5.000 dollari americani per ogni trapianto di fegato, mentre il *team* chirurgico brasiliano riceve circa 2.000 dollari americani, tutti dalla sanità pubblica brasiliana. Gli ospedali privati chiedono circa da 25.000 a 50.000 dollari americani per un trapianto di rene e da 50.000 a 300.000 per un trapianto di fegato – onorari dei medici esclusi. Parallelamente c’è una gigantesca e costante campagna pubblicitaria finalizzata a convincere le persone ad accettare la donazione di organi e a comunicare ai loro familiari la loro volontà (prima di diventare ‘cerebralmente morti’). Ogni tanto viene mostrato dai media un altro paziente disperato in attesa della donazione di un organo, di solito seguito da un’intervista in cui un giornalista pone domande ai chirurghi dei trapianti e riceve risposte ‘didattiche’. Il titolo stampato ‘Dona i tuoi organi! Salva una vita!’ è enfaticamente mostrato in quasi tutti i luoghi pubblici, particolarmente negli ospedali pubblici. Per contro le famiglie che acconsentono alla donazione di organi non sentono mai parlare del test di apnea. Al contrario campagne di informazione dedicate ad incrementare l’osservanza dei trattamenti efficaci disponibili per il controllo dell’ipertensione e del diabete (le due cause principali dell’insufficienza renale cronica, che sono altamente prevalenti e responsabili dell’ampia maggioranza dei casi) non si effettuano quasi mai (con la campagna di trapianti che giudiziosamente mostra soltanto i rari casi di insufficienza renale), mantenendo con ciò un’elevata indefessa richiesta di organi trapiantabili” (*op. cit.*, pp. 186-187).

etica finale, egli postula una dichiarazione preventiva ed informata da parte del donatore di organi del futuro (vedi *infra*, par. 6).

L'insufficiente fondamento della definizione legislativa della morte non viene sanato da una sentenza della Corte Costituzionale (414/199) che ne ha difeso la legittimità. Ad essa Becchi imputa due errori: attribuisce attendibilità scientifica assoluta a tale definizione; attribuisce alla funzionalità del "tronco encefalico" l'esser il criterio valido ai fini dell'accertamento di morte, quando tale criterio non è quello adottato dal nostro legislatore, che invece richiede (giustamente) la cessazione di *tutte* le funzioni dell'encefalo, non solo di quelle del "tronco encefalico" (pp. 10-13). La sentenza della suprema Corte appare quindi debole proprio sul piano dei principi scientifici che dovrebbero fornire il fondamento incrollabile della presente legislazione sulla definizione della morte. Inoltre, essa dà un'interpretazione più ampia del concetto di morte cerebrale adottato dal legislatore, facendolo dipendere dalla sola perdita di funzionalità del tronco encefalico, in tal modo andando al di là di quelle che sembrano esser state le intenzioni del legislatore, la cui definizione vuole manifestamente ricomprendere (come si è già detto) l'accertamento rigoroso della cessazione di *tutte* le funzioni dell'encefalo. Ma nemmeno il giudice ordinario deve ritenersi esente da peccati. Una sentenza della Corte di Appello di Milano (del 21.6.2002) relativa ad una condanna per omicidio volontario premeditato, ha utilizzato il criterio della "morte cerebrale" in modo che (secondo Becchi) sembra improprio perché inteso a dimostrare che le procedure di accertamento previste dalla legge per la sua attuazione "sono in realtà esclusivamente funzionali ad ottenere le migliori condizioni per effettuare il prelievo degli organi", cosa che non corrisponde alla lettera della legge, che (come si è detto) non nomina nemmeno i trapianti (pp. 13-18; p. 16). E forse nemmeno completamente allo spirito - aggiungo - se riteniamo che lo scopo di facilitare i trapianti, pur sicuramente presente nel legislatore, non abbia tuttavia costituito l'unica ratio della norma.

6. La proposta etica del prof. Becchi

Non mi soffermerò sui particolari, pur meritevoli di interesse, della dettagliata critica di Becchi alla sentenza della Corte di Appello di Milano. Mi preme, invece, soffermarmi sulla sua proposta etica finale, che egli avanza nei due ultimi paragrafi dell'ultimo capitolo del suo libro. Essi si intitolano: "Elementi per un'etica giuridica di fine vita" e "Una proposta ragionevole" (pp. 18-164).

Quali sono gli elementi di questa "etica giuridica di fine vita"? Essi si precisano escludendo, in via preliminare, il criterio della "morte cerebrale". Si tratta di un falso criterio perché permette che sia considerato morto a fini di trapianto un essere umano che morto ancora non è. Questo criterio è in realtà il frutto di un "*abile escamotage* per considerare giuridicamente decedute persone che, pur versando in condizioni ormai irreversibili, di fatto morte non lo sono ancora. Beninteso, questo non significa che esse debbano essere tenute in vita anche in quella condizione: significa soltanto che stacciamo il respiratore non perché siano già morte, ma per lasciarle morire dignitosamente oppure continuiamo ancora per un po' a tenerlo in funzione affinché il prelievo degli organi avvenga in condizioni ottimali. Ma in questo caso il donatore dovrebbe essere informato con grande chiarezza sulla condizione in cui avviene il

prelievo. Non ci si può più nascondere dietro la finzione della morte cerebrale totale” (pp. 18-19).

La morte di ciascuno è una cosa personale, *sua*. A causa del progresso della medicina, essa è diventata oggi quasi completamente “impersonale”, in special modo grazie alle “tecniche di differimento” della morte stessa. È sempre più difficile riuscire ad “appropriarsi” della propria morte (p. 19). Al di là di queste riflessioni di tipo esistenziale, ciò che conta veramente, in sede di etica, giuridica o non, è (mi sembra) il problema concreto, eticamente rilevante: “quando la morte diventa un processo controllato tecnologicamente dobbiamo innanzitutto interrogarci su cosa siamo autorizzati a fare di una persona nelle diverse fasi che possono contraddistinguere il processo del suo morire” (*ivi*).

Nella risposta, compaiono gli “elementi” di un’etica giuridica di fine vita, nella forma di una casistica nella quale si distingue il lecito dall’illecito.

1. È illecito il prelievo d’organi da chi si trova “in stato vegetativo permanente”. Bene. Tuttavia, prosegue l’autore, “sono propenso a ritenere che dopo un certo periodo di tempo, nel rispetto di alcune condizioni, si potrebbe accelerare il processo di morte” (p. 160). Confesso il mio sconcerto di fronte ad una dichiarazione del genere. “Accelerare” il processo di morte, come? E nel rispetto di quali “condizioni”? E che significa qui “accelerare”? Anche se ridotti nelle condizioni che sappiamo, coloro che si trovano in stato vegetativo permanente in genere respirano autonomamente e dunque sono ben vivi. Si rende conto Becchi che “l’accelerazione” da lui proposta, sembra essere una forma di eutanasia?

2. Non è lecito “chiudere in cassa un morto cerebrale, ma – diversamente da Jonas [che aveva usato l’immagine] – ritengo che non si offenderebbe la sua dignità se, nel rispetto di alcune condizioni, si prelevassero i suoi organi” (*ivi*). L’espianto di organi vitali nei confronti di coloro che sono dichiarati “cerebralmente morti” si può dunque ammettere. Il mio sconcerto di lettore aumenta. In questo lavoro, ma anche in altri, Becchi (assieme alla dottoressa Rosangela Barcaro) ha combattuto una strenua battaglia contro il criterio della cosiddetta “morte cerebrale”, dando il suo valido contributo, sul piano filosofico, alla demolizione dello stesso¹³. Il lettore si sarebbe aspettato, a questo punto, che tra gli “elementi” della sua “etica giuridica di fine vita”, figurasse il divieto più assoluto di procedere all’espianto degli organi dei “cerebralmente morti”, poiché essi sono in realtà degli “ancora vivi”, se così posso esprimermi. Ed invece no. I disgraziati possono essere vivisezionati, purché siano fatte salve “alcune condizioni”, delle quali l’autore parla nella sua successiva “ragionevole proposta”. Prima di soffermarmi su di esse, vediamo l’ultimo degli “elementi” in questione.

3. Sono da ritenersi gravemente illecite, perché addirittura “raccapriccianti”, e quindi da proibirsi, “tutte quelle utilizzazioni pratiche che Jonas paventava, vale a dire l’uso dei morti cerebrali per fabbricare ormoni e altre sostanze, per sperimentare su di loro nuove terapie e per la ricerca scientifica in genere” (p. 160). E qui concordo perfettamente con Becchi. Circa quarant’anni fa Jonas,

¹³ Voglio ricordare il bel volume da entrambi curato, con un’eccellente *Introduzione*, per i tipi della ESI, che ha praticamente introdotto il dibattito sulla questione della “morte cerebrale” in Italia: ROSANGELA BARCARO – PAOLO BECCHI (a cura di), *Questioni mortali. L’attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2004.

del quale l'autore cita un lungo brano sul punto, aveva capito che il nostro mondo, avviato sulla china di una trasgressività apocalittica, stava diventando il mondo di *Frankenstein*, di *Cuore di cane*, del racconto *L'Endormeuse* (l'eutanasia) di Maupassant, e chi più ne ha più ne metta; insomma un mondo sempre più nemico di Dio e delle Sue leggi e pertanto sempre più governato dall'incubo e dalla follia. Perché, si chiedeva con amara ironia Jonas, visto che viene trattato come una cosa, non utilizzare allora il "morto cerebrale" (che morto non è) come "banca di organi vivi, possibilmente come fabbrica di ormoni e di altre sostanze biochimiche, di cui si ha bisogno?". E perché non utilizzarlo come "banca del sangue che si autorigenera"? L'alimentazione artificiale di un simile "morto" non sarebbe un problema, continuava. E non dimentichiamo "la ricerca". "Non si dovrebbero intraprendere su questo compiacente soggetto-oggetto i più strabilianti esperimenti di trapianto, senza porre limiti all'audacia?"(p. 160-161).

Al tempo di Jonas tutte queste cose potevano ancora sembrare da racconto dell'orrore. Ma oggi, con gli enormi progressi tecnologici della cosiddetta "ricerca"? Alcune delle mostruosità paventate da Jonas sarebbero tecnicamente possibili, credo, se già non lo sono. A questo proposito, molto opportunamente Becchi critica una proposta di legge della XIV legislatura, la n. 083 del 23 giugno 2004, ripresentata con lo stesso titolo l'8 giugno 2006 ma con il n. 1020 nella legislatura successiva, la quale "mira a consentire, per la durata di un anno, l'uso del corpo *postmortem* a fini di studio e di ricerca scientifica". Il dato più inquietante è che per l'accertamento della morte, la proposta fa ovviamente riferimento alla legge 78/1993, che, come ormai sappiamo, ha adottato il criterio della morte cerebrale per definire la morte. La donazione *postmortem* "riguarderebbe allora anche i corpi dei morti cerebrali, nel qual caso ci si verrebbe a trovare proprio di fronte allo scenario paventato da Jonas" (pp. 161-162).

Ma veniamo ora alla "proposta ragionevole" (pp. 162-164).

Tale proposta concerne il corretto modo di concepire l'espianto degli organi del cosiddetto "cerebralmente morto". L'autore respinge l'idea di vietare come "eticamente insostenibile" la tecnica dei trapianti "dal momento che si prelevano organi da individui che morti non sono" (p. 162). La respinge con l'argomento che "il trapianto può effettivamente salvare la vita di persone che altrimenti sarebbero per certo destinate a morire" (*ivi*). La possibilità di "salvare una vita" esprimerebbe dunque un'esigenza etica superiore a quella di salvaguardare l'integrità fisica e la dignità del "cerebralmente morto" ed anzi la sua stessa vita.

Quest'esigenza potrebbe essere condivisa da un donatore "consapevolmente informato", il quale sapesse che "in realtà il prelievo avviene quando di fatto non si è ancora morti" (pp. 163-164). E quindi: l'ipocrisia della "morte cerebrale" si supera, non proibendo sic et simpliciter i trapianti di organi vitali ma semplicemente informando i donatori che l'espianto avrà luogo mentre loro saranno ancora vivi, per quanto avanzato sia lo stato di decadimento delle loro condizioni. Si tratta, quindi, di informare i possibili donatori per tempo e nel modo dovuto, in modo che il loro consenso espresso sia "consapevole". Comunque, "informato". Queste le "condizioni" di ammissibilità del prelievo di organi a cuore "battente".

"Un individuo, consapevolmente informato del fatto che con la perdita irreversibile del funzionamento del suo cervello è comunque già iniziato il processo del suo morire, potrebbe pure dichiarare anticipatamente di sacrificare

quel poco che ancora resta della sua vita per gli altri. Donando la sua vita che sta comunque per finire egli consente ad altri di vivere. Nessuno ha il dovere di donare i propri organi, ma tutti dovrebbero avere il diritto di poterlo fare anche in quella condizione estrema. Trovandosi nel bisogno di un trapianto, ciascuno di noi si augurerebbe che il donatore abbia lasciato disposizioni tali da garantirci un organo nelle migliori condizioni assicurandoci così la possibilità di continuar a vivere” (pp. 163-164).

La proposta etica di Becchi è a modo suo coraggiosa, dato che non si preoccupa di sfidare l’impopolarità, ed indubbiamente onesta. Fa giustizia della non-verità stampigliata sul tesserino di donatore (*donor card*) istituito alcuni anni fa dall’allora ministro della sanità, on. Rosy Bindi, che reca in evidenza: “dopo la morte”¹⁴. Tuttavia, questa proposta mi sembra in primo luogo abbastanza ingenua, sia detto senza offesa per l’autore. Nella mentalità comune si è ormai convinti che il donatore di organi sia già morto anche se appena morto, nel momento in cui avviene il prelievo dei suoi organi, sì da non sentire nulla di quello che gli viene fatto. Andate a dire al pubblico, adesso, che il donatore sarà in realtà ancora vivo (come lo è sempre stato) e pertanto con la possibilità di sentire il dolore, e che dolore! Fategli doverosamente comprendere che l’espianto assomiglia spiacevolmente ad una vivisezione...Temo che, oltre al diffondersi di un sentimento generale di indignazione, il numero degli aspiranti donatori si assottiglierebbe alquanto ed in breve tempo. Ma quale autorità avrebbe il coraggio di fare una simile proposta? E gli enormi interessi che si sono ormai coagulati attorno all’industria dei trapianti, glielo permetterebbero? Inoltre, essa presuppone un animo eroico da parte del futuro donatore, che dovrebbe prepararsi spiritualmente a morire in pratica sotto i ferri del chirurgo espantatore.

Queste considerazioni riguardano l’aspetto psicologico e pratico della questione. Più gravi, decisive sono le obiezioni sul piano etico. Se il paziente che subisce il prelievo degli organi vitali è ancora del tutto vivo al momento dello stesso, è allora il prelievo stesso a farlo morire. Il che è inaccettabile per tutti coloro (quorum ego) i quali mettono al primo posto, così come fa la Chiesa cattolica, la sacralità della vita umana. Un fatto mi sembra di un’ovvietà solare, grazie anche alle analisi di Becchi: la dimostrazione dell’infondatezza scientifica del criterio della “morte cerebrale” comporta, come sua semplice e lineare conseguenza, l’illiceità dei prelievi giustificati in base a quel criterio. Gli espianti a cuore “battente” sono da considerarsi illeciti e non si devono fare. Vanno proibiti.

Si possono ammettere solo gli espianti (sempre debitamente autorizzati) da un effettivo cadavere (come nel caso delle cornee) o di un organo non vitale da un vivente perché la sua vita non viene messa in pericolo. E difatti la Chiesa li autorizza. Ed è questo il caso del trapianto di un rene. In realtà, anche su questi trapianti ci sarebbe, a mio avviso, da ridere. Di certo, non dal punto di vista etico, dato che non fanno morire nessuno. Si tratta di una questione di sensibilità: trovo sconvolgente cavare gli occhi ai morti, sia pure a fin di bene. È un’immagine orribilmente macabra. E forse non solo di sensibilità. Mi sembra, infatti, che anche nei trapianti moralmente leciti si esprima quella mentalità materialistica tipica del nostro secolo, che tende a concepire l’individuo come una macchina le cui parti possono esser sostituite prendendole

¹⁴ *Questioni mortali, cit., Introduzione*, pp. 7-45; pp. 8-9.

tranquillamente da altri uomini (vivi o morti, consenzienti o meno, fa lo stesso) si da garantirgli una vita terrena (l'unica nella quale si crede) che sia il più possibile lunga e felice. Mi sbaglierò, ma mi sembra che anche l'industria dei trapianti concorra a quel rimescolamento, quell'alterazione non lieve delle forme e dei rapporti *naturali* che vediamo realizzarsi ad opera della chirurgia estetica e cosmetica o nelle molteplici strabilianti tecniche di fecondazione artificiale.

Il progresso della scienza medica ha dimostrato – come si è visto - che, con l'affinarsi delle tecniche di rianimazione, una discreta percentuale di pazienti può riemergere in modo totale o parziale dal coma profondo. Per quelli che non ce la fanno, la cosa migliore – io credo - è quella di lasciarli morire in pace, secondo le indicazioni espresse a suo tempo da Pio XII. Mi sembra sia anche la posizione di Jonas, brillantemente esposta da Becchi.

Se poi, a causa degli eccezionali risultati che si possono ottenere con le attuali tecniche di rianimazione (vedi *supra*, par. 1, nota 2), non prevedibili al tempo di Pio XII, da ogni “cerebralmente morto” si potesse attendere una ripresa, anche parziale, allora la spina del ventilatore dovrebbe esser lasciata sempre inserita, per ciascuno di essi, sino a che non sopravvenga la morte naturale. E all'obiezione che ciò comporterebbe alla fine un aggravio insopportabile per le finanze pubbliche e private, bisognerebbe rispondere, a mio avviso: tanto peggio per noi e per le nostre invenzioni e scoperte, che ci hanno evidentemente sospinto al di là di certi confini, naturalmente esistenti tra la vita e la morte.

Dal punto di vista cattolico, c'è anche un altro aspetto da considerare. Proprio dalla scienza (vedi *supra*, par. 3) si è avuta la conferma del fatto che il nesso anima-corpo è complesso e profondo, forse molto più di quanto si pensasse. Di questa profondità non riusciamo a disegnare i confini. Come affermava la pristina filosofia, “i termini dell'anima non riusciresti a raggiungere per nessun viaggio, ogni strada battendo; così profondo è il suo logo”¹. Anche la scienza ci fa vedere che c'è un'ulteriore realtà al di là della dimensione della nostra coscienza, dimensione connessa all'attività del nostro encefalo. Quest'ulteriore realtà non può che essere spirituale e permane anche quando la dimensione normale della coscienza viene meno, in tutto o in parte, a causa delle lesioni encefaliche; permane, dato che la vita nel nostro corpo può esser mantenuta ed in modo ordinato. Se in questa *continuazione* opera un nostro esser-cosciente più profondo, che è quello dell'anima, che resta collegata a tutto ciò che è rimasto intatto del nostro sistema corporeo, come reagirà questo esser-cosciente più profondo ad un eventuale, dolorosissimo fatto traumatico quale l'espianto dei nostri organi? Non si metterà ad imprecare, nella sua per noi silenziosa ed insondabile profondità, contro gli uomini e magari contro Dio, rischiando così di morire nella disperazione finale, la quale, secondo la dottrina della Chiesa, ci apre le porte dell'Inferno? In altre parole: i movimenti convulsi dei “cerebralmente morti”, che sopravvivono allorché i procacciatori di organi cominciano alacremenente ad aprirli per svuotarli, non saranno la manifestazione spontanea di un terribile dolore, che giunge all'anima spingendola a ribellarsi contro il destino cui ingiustamente si sottopone ora la sua spoglia mortale ancora viva, alla quale si infligge una morte così atroce? E dunque: per

¹⁵ ERACLITO, *Raccolta dei frammenti e traduzione italiana di Ricardus Walzer, Sansoni*, Firenze, 1939, rist. anast. Georg Olms, Hildesheim, 1964, fr. n. 45, p. 82.

prolungare, anche per poco tempo, la vita di un altro, corriamo il rischio di *far morire* il donatore in peccato mortale, di impedirgli la Buona Morte.

Ma, si dirà, questi ragionamenti non hanno motivo di essere. Agli espiantandi si fa l'anestesia, che previene il manifestarsi della sindrome di Lazzaro. Ciò dimostra che i pazienti non sentono più niente. Passerebbero quindi dal sonno dell'anestesia alla morte.

Ma sarà vero che non sentono niente? Sappiamo che l'anestesia fa venir temporaneamente meno la sensazione in tutto il corpo o in una parte di esso. Fa venir meno anche la coscienza. Al risveglio da un'operazione in anestesia totale, il paziente non ricorda nulla dell'operazione stessa. Al massimo, si sovviene di qualcosa della fase immediatamente precedente, mentre lo preparavano all'intervento. L'anestesia "sospende" e poi "ripristina la coscienza durante gli interventi chirurgici"¹⁶. Ma, nel nostro caso, "sospende" e "blocca" sino a che punto? "È sempre necessario paralizzare il donatore a cuore battente per evitare movimenti e rendere possibile l'intervento chirurgico, e la maggior parte (ma non la totalità) degli anestesisti somministra la stessa anestesia generale che impiega per qualsiasi altra operazione importante su un paziente vivo. Altri, a causa del paradosso di anestetizzare un paziente ormai certificato come morto, evitano l'anestesia ma controllano le risposte con altri farmaci non anestetizzanti"¹⁷.

Dunque: ai "cerebralmente morti" non viene sempre somministrata l'anestesia generale. Anzi, a volte non ricevono l'anestesia ma "farmaci non anestetizzanti" che tengono sotto controllo "le risposte" del supposto morto. Ma questi farmaci, mi chiedo, che "bloccano le risposte", bloccano anche la percezione interiore al paziente che pur deve esserci, all'origine delle "risposte"? E qual è l'efficacia dell'anestesia, quando non è generale, a livello profondo, nell'ancor vivo "cerebralmente morto"?

PAOLO PASQUALUCCI

Emerito di Filosofia del Diritto
nell'Università di Perugia

¹⁶ DAVID J. HILL, *Morte cerebrale. L'opinione di un anestesista britannico, cit.*, p. 191.

¹⁷ *Op. cit.*, pp. 203-204.