
Documento Approvato dall'Assemblea dei Soci il 17 giugno 1991

La discussione, attualmente in corso presso il Parlamento, di una serie di Proposte di Legge relative alla certificazione e all'accertamento di morte, nonché alla disciplina dei prelievi di organi da cadavere a scopo di trapianto, e la recentissima pubblicazione di un documento del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla "Definizione e accertamento della morte nell'uomo" hanno sollecitato questa Consulta di Bioetica ad una attenta riflessione e ad una presa di posizione pubblica su questo importante problema. Ricordiamo molto brevemente che la definizione stessa della morte (e naturalmente il suo accertamento) sono diventati problematici nel corso degli ultimi trent'anni, in seguito allo sviluppo di nuove tecnologie mediche in grado di supplire la funzione degli organi prima ritenuti vitali (cuore e polmoni). Nel 1968 una Commissione ad hoc istituita presso l'Università di Harvard ha proposto di risolvere il problema dell'accertamento della morte nei pazienti sottoposti a misure rianimatorie equiparando la cessazione definitiva delle funzioni dell'encefalo come un nuovo e pertinente criterio di morte: si tratta del concetto della cosiddetta morte cerebrale. La proposta di Harvard è stata accolta nella legislazione statunitense, dopo un attento esame da parte della "Commissione presidenziale per lo studio dei problemi etici in medicina e nella ricerca biomedica e comportamentale (1981)"; più precisamente la Commissione suddetta ha optato per il criterio della morte dell'encefalo in toto (su questo punto ritorneremo più avanti).

Il Comitato italiano, nel suo recente documento, ha fatto propria questa prospettiva. Orbene, il concetto di morte cerebrale è presente (in forma implicita) nella nostra legislazione da molti anni e precisamente dal 1975, cioè dal momento in cui fu approvata la Legge n. 644 sulla "disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico". Tuttavia quella Legge, che pure ha svolto un ruolo importante, in quanto ha permesso l'avvio di una attività terapeutica di grande rilievo, è da considerare per molti aspetti superata, in particolare perché alcuni dei criteri in essa specificati non sono più considerati validi oggi, alla luce delle nuove conoscenze scientifiche in materia.

In questa sede però non tratteremo di questo aspetto, che è di competenza degli esperti; il punto cruciale che intendiamo esaminare è quello delle ragioni che sostengono la proposta di modificare il concetto tradizionale di morte. A questo proposito il dibattito internazionale vede gli Autori fondamentalmente schierati su tre (o meglio quattro) posizioni. Secondo la prima (teoria 1), che possiamo definire "conservatrice", non è opportuno modificare il concetto tradizionale di morte (basato sull'arresto di circolazione dei fluidi corporei) per diverse ragioni: anzitutto si introdurrebbero margini di incertezza in un campo in cui deve invece esserci il massimo di verificabilità e di sicurezza; in secondo luogo si argomenta che non sembrerebbe lecito che la morte dell'uomo sia accertata con criteri diversi da quelli che valgono per tutte le forme viventi; si teme infine che la nuova definizione di morte apra la via all'uso strumentale del cadavere o delle sue parti (come di fatto è avvenuto con la pratica del trapianto).

Questa posizione è autorevolmente sostenuta, tra gli altri, dal filosofo H. Jonas.

Ad essa viene generalmente obiettato che i margini di incertezza per la determinazione della "morte cerebrale" sono in realtà minimi e che il mancato riconoscimento di questa nuova realtà, reata dalla moderna tecnologia, implica il proseguimento ad oltranza di misure assistenziali del tutto inappropriate e irrilevanti per il soggetto malato. Si osserva infine che il problema della morte cerebrale sussisterebbe comunque, anche se i trapianti non fossero più necessari, grazie a futuri progressi terapeutici (per esempio la messa a punto di organi artificiali efficienti ed impiantabili).

Le altre tre posizioni sono invece favorevoli al cambiamento, ma si distinguono fra loro per il tipo di motivazione invocata. Secondo il primo punto di vista (teoria 2), che è stato argomentato in modo assai esauriente da C. Pallis, dal punto di vista neurologico, e da D. Lamb, da quello filosofico, la morte cerebrale si identifica con la morte dell'individuo in quanto, il cervello essendo il centro integrativo dell'intero organismo, la sua distruzione rappresenta la definitiva perdita della capacità dell'organismo di funzionare come un tutto (secondo questa posizione il fatto decisivo è l'arresto della vita fisiologica integrata e il locus specifico della morte è il tronco encefalico, cioè la struttura nervosa addetta al mantenimento dell'omeostasi dell'"ambiente interno").

La posizione alternativa (teoria 3) argomenta che il punto cruciale è l'irreversibile perdita della capacità di coscienza (il momento decisivo è dunque la fine della vita mentale e il locus specifico della morte è la corteccia cerebrale).

Un quarto punto di vista (teoria 4) è stato espresso dalla Commissione Presidenziale già citata e viene adottato dal Comitato Nazionale italiano: in certo modo esso può essere considerato intermedio o di "compromesso" fra i due ultimi, in quanto richiede, come criterio di morte, la cessazione completa e definitiva di ogni attività dell'encefalo (morte dell'intero cervello); l'accento è posto sul livello fisiologico (il documento del Comitato suddetto recita: perdita totale ed irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale), ma la distruzione corticale (quindi del substrato dell'attività mentale) è ritenuta del pari indispensabile.

Le tre teorie illustrate concordano sulla opportunità di stabilire l'equazione morte = morte cerebrale, ma differiscono tra loro secondo il livello (fisiologico o psicologico) che ritengono decisivo.

La teoria 2) può essere sottoposta ad una critica stringente sul piano teorico. Infatti, mentre essa tiene conto del fatto che il cervello va considerato non come un organo unico al pari di altri, dotato di una unica funzione, bensì come un insieme di sistemi, fra loro gerarchicamente ordinati, considera però cruciale la funzione di un solo sistema, il tronco cerebrale, in quanto esso è il substrato anatomico della regolazione omeostatica dell'organismo. Ora, è noto che alcune delle funzioni del sistema nervoso centrale sono già oggi vicariabili artificialmente: pensiamo al controllo della respirazione; non è impensabile che anche il controllo omeostatico non possa essere assicurato artificialmente in un (prossimo) futuro. Per altre funzioni, come la coscienza, tale sostituzione non è ipotizzabile, o meglio: mentre non è impossibile che si possano costruire in futuro "macchine pensanti", certamente esse non potranno sostituire le persone originarie. Pertanto, si può argomentare che la distruzione della corteccia cerebrale, substrato anatomico dell'attività mentale, può essere considerata il discrimine ultimo, non contingente, per la morte dell'uomo. Quanto alla teoria 4), essa è stata criticata soprattutto sul piano empirico. Infatti la dimostrazione della cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo richiederebbe la loro esplorazione sistematica, che nelle condizioni di coma non è praticamente possibile; i metodi strumentali di accertamento suggeriti o sono incompleti (questo vale per gli esami neurofisiologici quali l'EEG e i potenziali evocati) o danno informazioni solo indirette (vedi i metodi reologici). La teoria 3) appare assai interessante sul piano teorico, anche se essa contrasta radicalmente con alcune intuizioni largamente diffuse: una sua importante conseguenza è che in base ad essa si può considerare morto solo l'individuo che ha subito la distruzione totale del cervello (morte cerebrale totale), ma anche chi è stato vittima di una lesione distruttiva degli emisferi cerebrali e in particolare della corteccia: questo individuo è definitivamente privato delle capacità mentali, mentre conserva le funzioni vegetative (e in particolare il respiro), il cui substrato anatomico è il tronco cerebrale. Si tratta dei pazienti che si trovano nel c.d. stato vegetativo persistente. Questa condizione morbosa si identificherebbe dunque con la morte corticale o personale. Tra i fautori di questa concezione ricordiamo alcuni filosofi americani, quali H.T. Engelhardt e R.M. Veatch. Essi propongono appunto di spostare l'accento sulla morte "personale", intesa come cessazione definitiva dell'esistere dell'attività psicologica propria della persona.

A questa proposta sono state mosse forti obiezioni, specie in ambito medico e religioso; si tratta di obiezioni di diverso ordine, che possono essere così riassunte in breve

a) vi sono attualmente considerevoli difficoltà (sia teoriche, sia empiriche) a porre una diagnosi certa di morte corticale. In effetti vi sono a tutt'oggi notevoli incertezze sulla precisa localizzazione corticale delle funzioni mentali ed anzi non è chiaro neppure il ruolo rispettivo delle corteccia e delle strutture diencefaliche. La coscienza in particolare non può essere considerata funzione di un centro piuttosto che di un altro: anzi i dati più recenti della neuropsicologia fanno pensare che in condizioni patologiche possa verificarsi una frammentazione della coscienza stessa. Inoltre le condizioni morbose che conducono allo stato vegetativo, almeno in alcuni casi acuti (per esempio i traumi cranioencefalici), non colpiscono il mantello cerebrale in maniera completa ed uniforme, ma per lo più in modo ineguale ed incompleto. Un altro problema, questo di ordine empirico, è la difficoltà di dimostrare, in maniera inequivocabile, che l'arresto funzionale è irreversibile (in pratica si rende necessario, attualmente, almeno in alcuni casi, un lungo periodo di osservazione, dell'ordine dei sei mesi). Riguardo al primo problema (teorico), la replica dei proponenti è che, anche se le conoscenze neuropsicologiche sono per ora incomplete, le funzioni mentali non possono, e non potranno neanche in futuro, essere valutate empiricamente se non attraverso lo studio delle risposte comportamentali agli stimoli: ora lo stato vegetativo è proprio definito dall'assenza di risposte di tipo acquisito, implicante un'elaborazione mentale, malgrado il persistere di risposte stereotipe (riflesse). Riguardo al secondo punto (empirico), i sostenitori della morte personale fanno osservare che la soluzione di alcuni problemi tecnici relativi alle condizioni funzionali del parenchima cerebrale è probabilmente vicina (per esempio grazie a nuove tecniche di indagine, quali la tomografia ad emissione di positroni, che sono in grado di dimostrare le capacità metaboliche del tessuto cerebrale).

b) non vi è accordo sulla definizione di persona tra le diverse scuole di pensiero filosofico e psicologico: dunque una definizione di morte basata sul concetto di persona è inevitabilmente fallace. A questa obiezione i proponenti della morte personale replicano argomentando che per definire la morte personale o meglio corticale non è indispensabile trovare preliminarmente un accordo su un particolare concetto di persona (e di identità personale): basta tener presente che l'attività mentale (la "coscienza") è senza dubbio una condizione necessaria (anche se non sufficiente) di ogni definizione di persona.

c) la concezione della morte personale sembra riproporre, in un diverso contesto, il dualismo cartesiano di mente/corpo che sembrava essere stato superato dallo sviluppo delle neuroscienze e in particolare della neuropsicologia. A questa obiezione viene risposto che nella realtà clinica la dissociazione fra vita somatica e mentale si verifica con sempre maggiore frequenza da quando la medicina ha imparato a sostenere e vicariare efficacemente le funzioni biologiche dei soggetti malati (vedasi il trapianti di cuore o meglio ancora il cuore artificiale, i ventilatori automatici, il rene artificiale), mentre non è neppure teoricamente pensabile il vicariare l'attività mentale.

d) Probabilmente l'obiezione più forte al concetto di morte corticale è però un'altra: questo concetto potrebbe costituire uno slippery slope (uno scivolo) pericoloso. Infatti, sostengono gli oppositori, una volta abbandonato il terreno biologico, non sarebbe difficile estendere il concetto di morte dallo stato vegetativo (in cui l'assenza delle funzioni mentali è completa) ad altri stati psicologici anormali, quali la demenza avanzata o il ritardo mentale grave.

Preso atto delle posizioni emerse nel dibattito internazionale in questi ultimi anni (dibattito che non ha investito in maniera rilevante nel nostro paese), questa Consulta ritiene che il concetto di morte cerebrale sia ben fondato, sia dal punto di vista scientifico, sia dal punto di vista etico, e non presenti rischi particolari nell'applicazione pratica (come del resto l'esperienza di quindici anni di applicazione della legge n. 644 ha ben dimostrato). Raccomanda che la futura Legge che definirà i criteri di accertamento della morte sia sganciata completamente dalla disciplina dei prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto, e che essa preveda i criteri diagnostici solo a grandi linee, demandando ad un regolamento aggiornabile, emanato dal Ministero per la Sanità, sentito il Consiglio superiore per sanità, i dettagli dei tests, al fine di non incorrere in una rapida obsolescenza. Ritiene prematura l'introduzione del concetto di morte corticale o personale nella nostra legislazione, sia a causa delle difficoltà pratiche di accertamento, sia soprattutto perché a tutt'oggi su di esso non si è svolta nel nostro Paese una discussione approfondita e di conseguenza non si è raggiunto alcun consenso sociale. Sottolinea comunque l'esigenza che anche in Italia si sviluppi un largo dibattito su questo concetto e sulle numerose implicazioni etiche che esso comporta (quali il problema dell'assistenza dei malati in stato vegetativo persistente e la determinazione del momento della morte nelle condizioni neurologiche lentamente progressive).

Referenze Bibliografiche:

- **Engelhardt H.T.**, *The foundations of bioethics*, Oxford University Press New York, 1986
- **Jonas H.**, *"Against the stream: comments on the definition and redefinition of death."*, Philosophical essays: from ancient creed to technological man., Prentice Hall Englewood Cliffs, 1974
- **Lamb D.**, *Death, brain death and ethics*, Croom Helm London, 1985
- **Pallis C.**, *The ABC of brainstem death*, Br. Med. J. London, 1983
- **President's Commission for the study of ethical problems in medicine and biomedical and behavioural research: defining death.** - Washington D.C., 1981
- **Veatch R.M.**, *Death, dying and the biological revolution: our last quest for responsibility* 2nd ed., Yale University Press New Haven, 1989