

---

# MIP

---



RASSEGNA DI

## Medicina legale **Previdenziale**

SUPPLEMENTO

---

**Inversione tanatologica della cultura odierna: problemi etici**

*Franco Davide Pilotto*

ISTITUTO NAZIONALE DELLA PREVIDENZA SOCIALE  
APRILE - MAGGIO - GIUGNO  
**2**  
**2002**

Anno XV - Periodico trimestrale  
Sped. in a. p. - Legge 662/96  
Art. 2 - comma 20/c - Filiale di Roma

**Direttore**

Antonio PRAUSCELLO

**Direttore Responsabile**

Annalisa GUIDOTTI

**Direttore Scientifico**

Maurizio CECCARELLI MOROLLI

**Comitato Scientifico**

Paolo ARBARELLO

Fabio BUZZI

Luigi PALMIERI

Pietrantonio RICCI

**Redattore Capo Centrale**

Lia DE ZORZI

**Comitato di Redazione**

Cristina CATALANO

Federico CATTANI

Anita CIPRARI

Marco MASSARI

Claudio MELONI

Rosella PASTORE

Massimo PICCIONI

Sonia PRINCIPI

Benedetto VERGARI

**Segretaria dei Comitati Scientifico e di Redazione**

Patrizia COLABUCCI

Documenti e materiali pubblicati possono essere mostrati, riformattati e stampati esclusivamente ad uso personale. Senza il consenso dell'Editore, gli utenti internauti accettano di non riprodurre, ritrasmettere, fornire, vendere, divulgare o diffondere le informazioni, i documenti e i materiali pubblicati su [www.inps.it](http://www.inps.it) .

**RASSEGNA DI**

# **Medicina legale Previdenziale**

**SUPPLEMENTO**

---

---

**2**

**Anno XV, II trimestre 2002**

## **SOMMARIO**

---

Inversione tanatologica della  
cultura odierna: problemi etici

*Franco Davide Pilotto*

3

---

# Inversione tanatologica della cultura odierna: problemi etici

Franco Davide PILOTTO

Dirigente Medico ASL n. 15 Regione Veneto,  
docente di Bioetica alla Facoltà di Bioetica  
dell'Università Regina Apostolorum – Roma

## IL MORIRE NEL TEMPO

**L**a morte non è un solo fatto biologico, ma anche un evento culturale che viene vissuto e trasmesso nell'ambito dell'immaginario collettivo, oltre ad essere un problema politico, in quanto provoca la funzione dello Stato in una società democratica e pluralistica nella quale sul piano giuridico, vengono a confrontarsi/scontrarsi le diverse concezioni. Ma il problema della morte, sia sul piano definitorio che su quello rivendicato a livello personale quale diritto su commissione, trovano un significato dalla domanda filosofica che cerca di comprendere la complessità della condizione umana, il senso del suo esistere e del suo morire nell'ambiguità propria di una società dove valori/disvalori si intrecciano e si contrastano drammaticamente, quali il senso della potenzialità oggettuale, l'efficienza tecnologica, il progresso scientifico e la distruttività, la necrofilia, la programmazione ed il decreto della vita e della propria ed altrui fine <sup>(1)</sup>.

La morte rappresenta un evento incomprensibile e indefinibile all'uomo contemporaneo, soprattutto alla luce della pretesa onnipotenza della tecnologia biomedica. Nel medioevo veniva infatti suggerito sia agli operatori sanitari, ai familiari e allo stesso morente di evitare la corsa sfrenata alle cure per ristabilire la salute fisica ma piuttosto preparare il morente ad entrare coscientemente nella dimensione spirituale. In altri termini la morte rappresentava l'epifenomeno di un

---

<sup>1</sup> E. Fromm, Anatomia della distruttività umana, trad. it., Milano, 1975

processo esistenziale o meglio processo di morire graduale. Il morire era una vera ars vivendi, nel senso che ogni attimo di vita andava vissuto globalmente nella sua pienezza e nella preparazione ad una nuova modalità di vivere in un orizzonte metafisico: la vita spazio – temporale era un carpe diem per e rispetto la vita spirituale. A questo proposito gli anglosassoni distinguono il morire come processo (dying) rispetto alla morte come evento (death). La vita umana fisica è caratterizzata da un teleologismo: la morte, e da un locus epistemologicus quale momento di riflessione ontologica, cioè dell'essere che si realizza attraverso il vivere. Infatti la morte rappresenta l'elemento caratteristico di questa realizzazione umana, oltre di apertura trascendentale. Infatti sia in ambito psicologico, che in quello filosofico la morte è il destino imperscrutabile dell'umanità: rappresenta la fine della biografia terrena ma anche l'espressione potenziale della libertà metafisica. La morte secondo la legge positiva fa perdere ogni diritto e dovere, ma non il diritto seppur inconscio di vedersi rispettato il proprio cadavere, inoltre può diventare momento di massima espressione di libertà di dono di sé per gli altri, come avviene nella donazione di organi. Con la morte finisce lo stesso processo percettivo ed esperienziale, almeno in senso positivistico dell'accezione, mentre la morte rappresenta la trasfigurazione del morire in vivere storico (cioè vivere è morire, e morire è vivere) o in una dimensione escatologica. L'uomo in ogni epoca storica non ha mai temuto la morte come evento, ma il processo del morire sia sul piano fisico (teme il dolore, la sofferenza) che sul piano psicologico e sociale (senso di privazione degli affetti familiari, dei beni economici, ecc.). Tali paure vengono umanamente rimosse dall'uomo, e concentrate nell'evento morte, anche perché questo limite esistenziale è stato sempre più modificato e programmato dalla tecnica medica (vedi l'evoluzione della rianimazione medica).

Philip Ariès <sup>(2)</sup> ha individuato quattro modalità di vivere l'evento della morte nella storia dell'umanità:

1) Morte addomesticata propria dell'uomo dell'epoca medioevale. L'uomo è consapevole della sua finitudine e destino di morte, anzi lo vive come un evento naturale, legato all'età cronologica di ogni persona da un andamento stagionale: c'è l'età della nascita (primavera), della vigoria psicofisica (estate), del declino senile (autunno) e della fine del percorso esistenziale terreno (inverno). L'uomo conscio di questa ciclicità della vita, attendeva la morte con tranquillità, sostenuto e circondato dall'affetto dei suoi familiari e conoscenti. E' una morte addomesticata, nel senso che non è subita ciecamente ma nemmeno un evento esistenziale irrilevante.

2) Morte di sé o propria morte: l'uomo del XII – XVII secolo, scopre la morte come limitazione di sé rispetto ai grandi ideali e progetti. Questa coscienza di se stesso avviene perché viene meno il processo di socializzazione della morte stessa: l'uomo lasciato solo alla sua fredda razionalità, a volte senza nessun sostegno

---

<sup>2</sup> P. Ariès, Storia della morte in occidente, BUR, Milano, 1998

della fede, scopre il suo limite esistenziale, avvertendo che il trapasso è personale e non può essere trasformato dalla ragione stessa. Il XVII secolo, è l'epoca del razionalismo, delle scoperte scientifiche, della fiducia nel progresso, che tuttavia è impotente nel distanziare forze naturali opposte: eros e thanatos, vita e morte. Quando quest'ultima prende il sopravvento, lascia il soggetto nella disperazione e nella paura. Paura soprattutto di essere sepolti vivi; ne è la prova il rito della "conclamatio": per lascito testamentario, il cadavere veniva chiamato tre volte prima di procedere alla sepoltura.

3) Morte dell'altro: propria del 18° secolo, in pieno regime romantico, la morte era vissuta come perdita dell'altro, assumeva un carattere reificato dai riflessi sociali. Coloro che circondavano il morente, piangevano ed esorcizzavano la morte con pratiche religiose (preghiere, voti) in quanto veniva meno il loro possesso affettivo, relazionale. Era una forma di socializzazione della morte come reazione al depotenziamento personale dei congiunti, una specie di intolleranza per la separazione.

4) Morte proibita propria del 900, tipica dell'era positivista e delle scoperte scientifiche della medicina sperimentale e della biotecnologia, in grado di fare diagnosi precise, a volte fatali e con un notevole valore prognostico. La morte prevista preoccupa, fa paura pertanto è meglio non parlarne, tenerla nascosta o quanto meno velarla non solo al malato ma a volte anche ai familiari più stretti. La morte alla luce della medicina è divenuta sinonimo di sconfitta, che va mascherata dietro un lenzuolo bianco, una sala di degenza per il transito, dove non spaventa gli altri e nella solitudine e isolamento quasi non ci si accorge dell'accaduto. La morte è diventata un fatto personale, dove anche esteriormente ogni manifestazione sociale e partecipata è stata relegata alle cosiddette "pompe" delle imprese funebri. Lo stesso processo del morire è sempre meno partecipato, affidando il morente a strutture all'uopo istituite, quali gli hospice, le residenze per terminali, per anziani.

A queste quattro modalità, oggi assistiamo ad una nuova tendenza:

5) Il ritorno della morte, evidenziato a due livelli:

a) interesse speculativo. L'interesse per la morte coinvolge diversi ambiti speculativi, storico, antropologico, psicologico, sociologico, ecc., quale reazione all'inversione tanatologica della rimozione, della negazione o della ideologizzazione della morte. L'analisi storiografica di P. Ariès, che sopra abbiamo accennato, è significativa dell'interesse per il vissuto del morire e della morte, quale evento fenomenologico personale, sociale ed escatologico. L'autore ha tradotto le riflessioni degli autori americani sull'argomento, nella realtà europea, sottolineando l'atteggiamento della tabuizzazione della morte propri della nostra epoca. Alle stesse conclusioni arrivarono altri due storici J. McManners<sup>(3)</sup> e M. Vovelle<sup>(4)</sup>. In ambito psicologico, in Italia per esempio ricordiamo, F. Campione che ha organizzato un centro universitario a Bologna, di studi sulla morte e problematiche connes-

<sup>3</sup> J. McManners, Morte e illuminismo. Il senso della morte nella Francia del XVIII secolo, Il Mulino, Bologna, 1984

<sup>4</sup> M. Vovelle, La morte e l'occidente. Dal 1300 ai giorni nostri, Laterza, Bari, 1986

se (es. lutto, suicidio, eutanasia), da cui è nata la Rivista di Tanatologia (*Zeta*). L'autore si propone di riscoprire la morte, contrastando l'inversione tanatologica propria dell'uomo moderno, che cerca di rimuovere e negare razionalisticamente la morte, traducendo il morire come modalità di vivere: la morte è una realtà umana, che pur nella sua difficoltà di comprensione, appartiene all'esistenza e all'essere nel mondo. In ambito sociologico, N. Elias <sup>(5)</sup>, partendo dal binomio invecchiare – morte tipico della nostra società industrializzata, rimarca come la morte sia diventata un fatto personale, un evento solitario che seppur protetto dalle istituzioni del “welfare state” e anestetizzato dai progressi della scienza medica, sia l'espressione di un processo di controllo delle emozioni e delle affettività che caratterizza la fase attuale della civiltà: “La rimozione sociale, l'atmosfera di malessere che spesso oggi circonda gli ultimi istanti della vita, non sono certamente d'aiuto per gli uomini. Forse dovremmo parlare con più franchezza della morte, smettendo di considerarla un mistero. La morte non cela alcun mistero, non apre alcuna porta: è la fine di una creatura umana. Ciò che di essa sopravvive è quanto essa ha dato agli altri uomini e ciò sarà conservato nella loro memoria. L'etica dell'—homo clausus, dell'uomo che si sente solo, decadrà rapidamente se cesseremo di rimuovere la morte accettandola invece come parte integrante della vita”.<sup>(6)</sup>

Curiosità esistenziale. Alla tendenza della rimozione e negazione della morte fanno specie alcuni fenomeni tipici dei nostri tempi. Assistiamo ad una crescente domanda circa il dopo la morte: consulti di veggenti, di medium, riviste di parapsicologia, movimenti religiosi che predicano la reincarnazione, studi di pre – morte, ecc. A questo proposito sono note le ricerche di A. Moody jr <sup>(7)</sup> sull'esperienza di pre – morte “ideale” o “completa”. Queste ricerche sono interessanti e indicative del nuovo interesse per l'evento morte, seppur discutibili i suoi risultati sia dal punto di vista scientifico che filosofico. Infatti, i pazienti in preda al dolore e alla sofferenza insopportabili, possono alterare temporaneamente le loro facoltà percettive – coscienziali dei messaggi esterni, che durante i processi elaborativi interiori portano ad errori di decodificazione. In questi casi, non siamo di fronte a persone morte nel senso bio-funzionale del termine, trattasi di morti cliniche, molto simili ad altre situazioni fisiologiche o patologiche della psiche, quali il sogno, la schizofrenia, l'isteria, la suggestione. Quanto riferito dai “pazienti morti” di Moody, in realtà sono esperienze del morire, cioè di attimi anticipatori della morte, ma non della morte reale. Quindi i risultati pubblicati dall'autore sono situazioni limite di esperienze del morire, che a nulla contribuiscono ad apportare informazioni sull'aldilà. In sintesi il risveglio per la morte rappresenta l'altro aspetto negativo della rimozione, e cioè il parlarne con finalità esorcizzanti, anziché viverla nella propria coscienza come fatto naturale dell'esistenza umana.

---

<sup>5</sup> N. Elias, *La solitudine del morente*, Il Mulino intersezioni, Bologna, 1999

<sup>6</sup> op. cit. p. 82

<sup>7</sup> R. A. Moody, *La vita oltre la vita. Studi e rivelazioni sul fenomeno della sopravvivenza*, Mondadori, Milano, 1977

---

La nostra società invece necessita di una euristica della morte e del morire, proprio questo processo ed evento biologico e biografico, permettono di capire il senso del vivere, il valore della vita, della malattia e della sofferenza, quale tensione dell'essere alla realizzazione globale di sé, alla responsabilizzazione del proprio agire, delle proprie scelte e delle conseguenze non solo per sé ma anche per ogni uomo. Cicerone sosteneva "Tota philosophorum vita commemoratio mortis est", cioè la morte dovrà diventare momento di riflessione e di consapevolezza del limite della propria condizione umana, delle proprie azioni e riscoperta del valore della vita.

### POSSIBILE DEFINIZIONE DELLA MORTE

La definizione della morte è un argomento che non coinvolge solo conoscenze scientifiche neurofisiologiche, ma provoca domande filosofiche: è un tema che vede coinvolta a pieno titolo la riflessione bioetica: chi è l'uomo o meglio la persona? Quando l'uomo muore? Quali sono i parametri per definire la persona e di conseguenza la sua non-persona propria del cadavere? La persona va ricercata nella sostanzialità ontologica oppure nel sostanzialismo qualitativo di una sua funzione quale la coscienza? L'antropologia di fondo per definire la vita di una persona si rifà al principio della sacralità della vita oppure al principio utilitaristico della qualità della vita? Ovviamente il riferimento utilitaristico avrebbe il vantaggio di considerare morto e quindi da eliminare ogni soggetto che non solo ha perso la ragione (comatoso, anziano demente) ma anche chi possiede questa funzione solo a livello potenziale (embrione, anencefalo, handicappato). Considerando che l'uomo è un sinolo di materia (corpo) e forma (anima razionale), cioè la dimensione fisica è congiunta e sostiene la dimensione psichica, nell'evento morte quando il corpo cessa di esistere come tale, vengono meno pure le attività psichiche. Questa definizione di morte salvaguarda la definizione psico-fisica dell'uomo e la rilevazione del dato fisico della morte risulta determinante per definire la morte come sistema integrato <sup>(8)</sup>.

In campo bioetico sono tre le definizioni di morte che prevalgono <sup>(9)</sup>:

a) morte cerebrale inizialmente descritta come coma dépassé secondo la celebre pubblicazione della Commissione di Harvard <sup>(10)</sup> (1968). Successivamente il dibattito si fece più acceso e studiosi, come il filosofo tedesco Hans Jonas, rivendicavano la definizione di morte con il criterio cardiologico, intravedendo la morte dell'organismo come morte di un tutto, cioè non solo la necrosi dell'encefalo

<sup>8</sup> I. Carrasco De Paula, Morte cerebrale: aspetti etico-filosofici, in *Medicina e Morale*, 1993, 5, 892

<sup>9</sup> P. Cattorini, Sotto scacco. Bioetica di fine vita, Liviana Medicina, Napoli, 1993

<sup>10</sup> La Commissione Harvard delinea pure i criteri di identificazione della morte: assenza di ricettività e di responsività, assenza dei movimenti spontanei, apnea, assenza di riflessi (cefalici ed artuali), EEG piatto (Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School, A definition of Irreversible Coma, in *JAMA* 6, 1968, 337 – 338.



ma la scomparsa della triade di Bichat, cioè la funzione cardiaca, respiratoria e cerebrale. Sostengono che

- nella morte cerebrale ciò che viene meno non sono queste funzioni, ma la loro capacità di esprimersi spontaneamente, quindi non si avrebbe la scomparsa del tutt'uno,

- inoltre riproporrebbe la classica distinzione cartesiana corpo – cervello, *res extensa* – *res cogitans*, anziché considerare l'identità dell'intero organismo,

- la definizione di morte cerebrale non sottostà ad una interpretazione filosofica ma ad un orientamento utilitaristico, di reclutamento di organi da trapiantare, velando di una falsa tranquillità la coscienza degli operatori sanitari che la persona dichiarata morta lo è realmente;

b) morte corticale: questa definizione pur fondandosi su dati empirici, presenta un carattere prettamente filosofico e viene sostenuta da studiosi come Veatch, Engelhardt, Defanti. Questi autori definiscono la morte della persona con la scomparsa delle funzioni cerebrali superiori, quali l'attività di coscienza, le funzioni razionali quali il pensiero, la relazionalità sociale e la sua articolazione attraverso il linguaggio. La morte corticale comporta la incapacità di realizzare atti personali e quindi non sarebbe più persona. Naturalmente questi atti sono espressione di attività della persona, cioè costituiscono la personalità, e non sono costitutivi della persona stessa. Questa definizione di morte è molto pericolosa perché rischia di dichiarare morta una persona quando non lo è;

c) morte cerebrale: il principio di unificazione e di integrazione dell'organismo umano è da ritrovarsi nel cervello globalmente.

Quindi la morte è identificata nella morte non solo della corteccia (deputata alle funzioni superiori quali l'attività di coscienza) o del tronco encefalico (deputato alle funzioni omeostatiche cardiorespiratorie, metaboliche, ecc.)<sup>(11)</sup> ma di tutto il cervello. Il concetto di morte basato sulla morte del tronco, è un concetto metafisico (capacità di integrazione), sottostante al corrispondente principio secondo il quale il tutto è più della mera somma delle parti costitutive (perciò morte non è cessazione di una attività o di una funzione del corpo umano, ma il venir meno della persona, cioè alla perdita di quell'elemento che conferisce unitarietà all'organismo, il sistema nervoso)<sup>(12)</sup>. Il giudizio medico si propone invece di verificare l'assenza delle funzioni vitali, cioè il decesso di una persona. Tale definizione è stata pure accolta in Italia dal Comitato Nazionale per la Bioetica (1991) che definì la morte come la perdita totale ed irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale individuabile nel cervello, determinato da un "danno cerebrale organico, irreparabile, dove il supporto artificiale è avvenuto in tempo a prevenire o trattare l'arresto cardiaco anossico".

---

<sup>11</sup> A questo proposito è riconosciuta l'entità nosografica quale *troancoencefalite edematosa* peraltro in alcuni casi reversibile con le cure mediche. Questo a conferma della sicurezza dell'assunzione del criterio di morte cerebrale totale, quale parametro per dichiarare morto un organismo umano.

<sup>12</sup> F. D'Agostino, *Morte*, in F. Compagnoni (ed.), *Etica della vita*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Milano), 1996

---

## MODALITÀ DI ACCERTAMENTO DELLA MORTE

Mentre la definizione di morte della persona spetta alla filosofia, l'accertamento del venir meno dell'unità del complesso integrato della persona spetta alla medicina. Carrasco De Paula afferma che: "Non può essere oggetto di diagnosi l'attimo della morte, poiché essa non è evidente né verificabile. Di conseguenza, si deve mantenere l'asincronia fra l'istante drammatico della separazione dell'anima (intesa come momento di separazione della forma razionale o forma integrante e integrata della razionalità) dal corpo e il momento nel quale risulta manifesto l'avvenuto decesso (stato di disintegrazione). Lo sviluppo tecnologico potrà accorciare il lasso di tempo che divide i due episodi, ma difficilmente questo sparirà completamente. Diagnosticare la morte significa verificare non il distacco dell'anima bensì l'assenza di segni di vita organizzata" <sup>(13)</sup>. La legislazione italiana considera morta una persona quando viene accertata la morte cerebrale (stato di morte) : il cervello è il principio di unificazione e di integrazione dell'organismo umano. Per evitare manipolazioni e abusi su cadaveri in stati particolari di vita, cercando di normare dati scientifici inerenti la confusione esistente tra morte cerebrale, morte cardiaca, comi, S.V.P., la legge n.578 del 29/12/1993 "norme per l'accertamento e la certificazione della morte", all'art. 1 definisce la morte come "la cessazione irreversibile di tutte le funzioni cerebrali" dovuta a danneggiamento irreversibile primitivo del cervello o secondario ad arresto cardiocircolatorio e mancato afflusso di sangue all'encefalo con arresto di tutte le sue attività: una persona è morta quando il suo cervello è morto. La morte, precisa C. Manni, non è un evento istantaneo, ma un processo evolutivo, che può precedere anche di molto la completa necrosi dell'organismo; è il momento in cui si registra la perdita irreversibile di integrare e coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo, momento generalmente definito col termine di "morte cerebrale", idoneo all'espianto di organi. Per evitare equivoci legati a tale dizione, è più esatto parlare di "morte encefalica", cioè di quella condizione in cui la necrosi cellulare è estesa a tutto il cervello. Altre morti cerebrali, come quella troncoencefalica (criterio assunto dal Regno Unito per la diagnosi di morte su base neurologica) o quella corticale sono del tutto equivoche, sobillando pericolosi astensionismi terapeutici nei confronti di persone ancora vive <sup>(14)</sup>. Questa precisazione può contrastare con quelle correnti di pensiero che vorrebbero equiparare la morte fisica alla perdita solo di alcune pur importanti capacità del paziente come quella della morte troncocerebrale o di quella corticale, favorendo argomenti a sostegno dei movimenti proeutanasici. Va distinta quindi la morte cerebrale dal coma irreversibile, poiché in quest'ultima situazione clinica esistono ancora dei neuroni che continuano a funzionare e il soggetto non è quindi morto. Nella morte cerebrale invece tutte le cellule del cervello sono distrutte.

<sup>13</sup> I. Carrasco De Paula, Op. cit. p. 894

<sup>14</sup> Perico G, La nuova legge sull'accertamento di morte, in "Aggiornamenti sociali" 45 (1994), pp. 405-416.

Coerentemente con il concetto di morte encefalica, sono stati elaborati alcuni criteri per accertarla. Questi criteri sono stati poi recepiti dalle legislazioni per regolare una materia così rilevante.

Le concrete modalità diagnostiche con cui documentare l'irreversibile cessazione delle funzioni encefaliche sono specificate nel Decreto applicativo della legge del 14 aprile 1994.

In caso di arresto cardiaco basta l'accertamento effettuato mediante elettrocardiogramma per almeno venti minuti. Dopo questo periodo possiamo infatti esser certi che l'anossia ha prodotto alterazioni irreversibili e totali a livello del sistema nervoso centrale.

Nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie, la diagnosi certa di morte richiede il rilievo simultaneo e protratto per almeno 6 ore di alcuni specifici segni clinico-strumentali, che il Comitato Nazionale di Bioetica ha così enunciato: uno stato di coma non rispondente agli stimoli esogeni, ariflessia tendinea dei muscoli scheletrici innervati dai nervi cranici e quindi assenza dei riflessi troncoencefalici (fotomotore, corneale, oculoencefalici e oculo-vestibolari, faringeo e tracheale), atonia muscolare, assenza di attività elettrica cerebrale attraverso la registrazione EEG, assenza di respirazione spontanea.

Devono essere escluse condizioni che potrebbero indurre in errore (ipotermia artificiale, sostanze deprimenti il SNC, patologie endocrine ...). Nei bambini sotto i 5 anni si richiedono 12 ore di osservazione e 24 ore nei bambini al di sotto di un anno.

Attualmente alcuni sofisticati esami strumentali sono in grado di confermare la diagnosi di morte cerebrale in tempi anche più brevi, dimostrando in modo inequivocabile l'assenza della circolazione cerebrale e quindi l'impossibilità che il sangue possa raggiungere il parenchima cerebrale come l'angiografia cerebrale: in condizioni normali il flusso ematico è pari a 50 ml/100 gr. di tessuto/min., quando questo valore si abbassa a meno di 15 ml/100 gr di tessuto/min. assistiamo alla morte di tutta la popolazione neuronale; flussimetria Doppler; scintigrafia cerebrale con Tecnezio 99m; SPECT (tomografia computerizzata ad emissione di singoli fotoni).

Il preciso rapporto fra morte dell'organismo, morte encefalica e morte della persona è ben lungi dall'essere chiarito in tutti i suoi aspetti: se da una parte bisogna evitare accuratamente di ribaltare in verità metafisiche le affermazioni della scienza, d'altra parte in una gnoseologia realista la comprensione del composto umano non può prescindere dagli apporti forniti dalle scienze empiriche. Dal punto di vista strettamente pratico possiamo tuttavia far nostre le osservazioni contenute a questo proposito nella Carta degli Operatori Sanitari: la fede e la morale fanno proprie queste conclusioni della scienza.

Esigono però, dagli operatori sanitari, l'impiego più accurato dei diversi metodi clinici e strumentali per una diagnosi certa di morte, al fine di non dichia-

---

rare morta e trattare come tale una persona che non lo sia <sup>(15)</sup>.

Considerato che dal punto di vista fisiologico l'encefalo svolge due attività importanti: elaborazione dei contenuti di coscienza (area corticale) cioè consapevolezza del proprio essere ed esistere in relazione con l'ambiente circostante (fisico, relazionale), attività omeostatica (tronco encefalico) che oltre a regolare lo stato di veglia svolge una funzione di relazione e di adattamento con l'ambiente della persona (temperatura, pressione arteriosa, attività metabolica), la diagnosi di morte secondo la normativa italiana, consiste nel rilevare una lesione irreversibile di tutto l'encefalo, che deve essere danneggiato al fine di eliminare ogni dubbio circa la possibilità di vita. La diagnosi di morte viene effettuata dal medico curante, che generalmente è il rianimatore, e consiste nella definizione eziopatogenetica della lesione, e cioè sulla diagnosi esatta della malattia che ha causato la morte cerebrale. Effettuata la diagnosi di morte, il medico rianimatore comunica alla direzione sanitaria il potenziale donatore affinché venga nominato il collegio medico per l'accertamento di morte. Tali sanitari dovranno essere dipendenti di struttura pubblica, non dovranno appartenere né all'équipe deputata al prelievo né a quella deputata al trapianto e sono: un medico legale o un medico della direzione sanitaria o un anatomopatologo, cioè conoscitore delle normative in merito ai trapianti; inoltre sarà presente un medico anestesista, un neurofisiopatologo o un neurologo o neurochirurgo in grado di interpretare correttamente un tracciato elettroencefalografico. La durata del periodo di osservazione ai fini dell'accertamento della morte è di 6 ore per gli adulti ed i bambini di età inferiore a 5 anni, di 12 ore per i bambini di età compresa tra 1 e 5 anni e si protrae a 24 ore nei bambini di età inferiore ad un anno. La presenza simultanea dello stato di incoscienza, di assenza di riflessi del tronco e di silenzio elettrico cerebrale documentato da EEG, all'inizio, a metà e alla fine del periodo di osservazione, permetterà di certificare la morte. La commissione medica nominata per l'accertamento della morte, dopo il periodo di osservazione dovrà confermare la diagnosi di morte formulata dal curante e comunque coinciderà cronologicamente con l'inizio dell'osservazione: il principio della collegialità e dell'unanimità permetteranno la formulazione della morte clinica e giuridica. Quindi la morte è identificata nella morte non solo della corteccia (deputata alle funzioni superiori quali l'attività di coscienza) o del tronco encefalico (deputato alle funzioni omeostatiche cardiorespiratorie, metaboliche, ecc.) ma di tutto il cervello. Tale definizione è in sintonia con quanto stabilito dal Comitato Nazionale per la Bioetica (1991) che definiva la morte come la perdita totale ed irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale individuabile nel cervello, determinato da un "danno cerebrale organico, irreparabile, dove il supporto artificiale è avvenuto in tempo a prevenire o trattare l'arresto cardiaco anossico".

---

<sup>15</sup> Carta cit., n. 129.

## QUESTIONI ETICHE DELLA MORTE NEOCORTICALE

Tre sono le posizioni etico - filosofiche che vanno considerate se vogliamo valutare i meriti rispettivi della formulazione della morte centrata sul tronco cerebrale e di quella centrata sul cervello superiore e le loro conseguenze in termini di prelievo degli organi .

La prima posizione consiste nella tesi che la morte del tronco cerebrale è la morte della persona. I sostenitori di questa tesi affermano che una volta soddisfatti i criteri per la morte del tronco cerebrale, non vi sono ulteriori obblighi etici del tipo che sarebbe appropriato avere nei confronti di una persona ancora viva.

La seconda posizione sostiene che la morte del tronco cerebrale è la morte della persona ma non necessariamente quella del corpo, che, potrebbe continuare a «vivere» con l'aiuto di sofisticate tecnologie mediche. In questo senso, una diagnosi di morte del tronco cerebrale non determina la morte ma indica semplicemente l'appartenenza a una categoria di esseri cui si consente di morire. Questa posizione viene respinta in quanto la morte del tronco cerebrale soddisfa tutte le condizioni necessarie e sufficienti per una diagnosi di morte.

La terza posizione equipara la morte del tronco cerebrale e lo stato vegetativo persistente di conseguenza, non vi sono problemi etici di classificazione delle due condizioni di morte in questione. Questi sostenitori affermano che la capacità di agire morale è legata all'integrità e alla continuità dell'identità personale, che a sua volta dipende dal substrato biologico responsabile della conservazione delle funzioni cognitive. Pertanto, né un cadavere né un paziente in stato vegetativo persistente sono capaci di azioni morali rilevanti. Peraltro, andrebbe osservato che l'incapacità di dare inizio a un agire moralmente significativo, o anche di reagire o essere consapevoli di tale agire, non è motivo per l'escludere un soggetto dall'appartenenza alla comunità morale e alla negazione di un diritto ad un'attenzione moralmente significativa. Secondo Gillett <sup>(16)</sup> la capacità di esprimere e sviluppare la personalità dipende in modo cruciale dal funzionamento integro del cervello (in particolare di quelle aree che risultano più gravemente danneggiate nei casi di trauma o ischemia anossica) che permette all'individuo di interagire con gli altri e con il mondo circostante in modo ricco e complesso. Una volta che questa condizione cruciale sia venuta meno, siamo giustificati a pensare che il suo corpo non possa più essere considerato come il luogo di quella attività che chiamiamo espressione dell'identità personale. Se il cervello ha smesso di funzionare e non vi sono prospettive di tornare a un livello di funzionamento adeguato a sostenere tale attività, allora la libertà di persona dotata di un corpo è stata distrutta.

Questo comporta la rivendicazione del diritto dell'eutanasia, e l'estensione della definizione di morte agli stati vegetativi persistenti e tutti gli altri casi in cui non

---

<sup>16</sup> Gillett G.R., Why let people die?, in Journal of Medical Ethics, 12 (1986) p. 84

si reputano più sussistere le condizioni per una vita eticamente rilevante. Lamb<sup>(17)</sup> sostiene che mentre c'è una chiara distinzione tra criteri di eutanasia e proposta di criteri per la diagnosi di morte, c'è un senso in cui questa distinzione può perdere la sua rilevanza. Se i criteri, in entrambi i casi, vengono basati sulla perdita di significato e della capacità di apprezzare la vita - perdita della personalità - allora, una volta che si afferma che questi criteri sono stati soddisfatti, poco importa quale descrizione venga data di fatto per l'insieme di azioni (o omissioni) che conducono alla estinzione delle funzioni vitali residuali. In tali casi, infatti, la linea di confine cruciale verrebbe attraversata nel momento in cui si giudicasse che una vita ha perduto il suo significato.

Secondo Rachels<sup>(18)</sup> occorre fare una netta distinzione tra essere vivi in senso biologico e avere una vita nel senso sociale e morale. Secondo lui l'essere vivi in senso biologico è relativamente poco importante. La vita, al contrario, è significativa per le sue aspirazioni, decisioni, attività, progetti e relazioni umane. Una volta persa la propria vita, per così dire, l'essere vivi (come un paziente affetto da morbo di Alzheimer) è di scarsa importanza morale. L'impostazione di Rachels è di chiaro orientamento eutanascico eugenistico. Solleva dei dubbi: cosa è significativo e per chi? Secondo quali regole sociali? Il significato è tale perché riferito ad un'essenza fondamentale: la vita. Il significato della vita non può essere motivo di valutazione né personale, né sociale, ma semplicemente valorizzata per la sua essenzialità. Ma contro questa tesi va sottolineato che i criteri che soddisfano il concetto biologico (morte del tronco cerebrale) sono precisi e oggettivi; mentre i criteri dell'avere una vita sono indeterminati e soggetti a una varietà di interpretazioni sociali e personali. Gillett distingue l'essere vivi in senso «eticamente interessante».

Scrive Gillett<sup>(20)</sup>: quando il corpo di una persona è piombato in uno stato incapace di sostenere più oltre la sua vita come persona, abbiamo tutte le ragioni per dire che la sua anima si è distaccata, qualsiasi siano le nostre convinzioni metafisiche ... Senza «impegolarsi» con la definizione di morte, possiamo decidere che questa persona non sia più viva in senso eticamente interessante. Una volta presa questa decisione, non abbiamo più tra le mani una persona come paziente da curare, ma un corpo nei cui confronti il nostro ex paziente non ha più ulteriore interesse. E' un atteggiamento disimpegnato utilitarista sociale...

Gillett si muove chiaramente in un quadro concettuale dualistico cartesiano nell'accoglimento della perdita di certe strutture connesse con la coscienza come definizione di morte ossia non – senso di vivere. Ma la specificazione esatta delle strutture interessate e dell'entità del danno che devono subire è estremamente difficile da formulare. Inoltre, non è chiara la ragione per cui si dovrebbe

<sup>17</sup> Lamb D., I confini della vita. Morte cerebrale ed etica dei trapianti, Il Mulino, Bologna, 1987

<sup>18</sup> Rachels J., La fine della vita, Sonda, Milano, 1989, pp.11-12

<sup>19</sup> Gillett G.R., Why let people die?, in Journal of Medical Ethics, 12 (1986) p. 85

be dare alla coscienza un simile primato etico. Benché connessa a interazioni eticamente significative, come il comportamento intenzionale e la responsabilità, essa non rappresenta la totalità di ciò che ha importanza etica. Chi è debole e privo di aiuto suscita negli altri esseri morali un bisogno di rispetto e di assistenza.

Nelle sue riflessioni Lamb osserva come siano molti i contesti sociali in cui si potrebbe invocare un criterio che soddisfi il concetto di «non essere più vivo in un senso eticamente interessante», ma non si può raggiungere un livello di precisione e di certezza tale da giustificare l'impiego di questi criteri in situazioni in cui si tratta di decidere se autorizzare la sospensione della terapia o l'espianto degli organi a fini di trapianto. Estendere la definizione di morte fino a includere la decorticazione (o la perdita di personalità in questo senso) esige che ci confrontiamo con un gran numero di implicazioni che appaiono contrarie alla pratica clinica corrente e ai modi di sentire pubblici più diffusi, inclusa l'implicazione secondo cui tutti quei pazienti che versano in stato vegetativo persistente sono eticamente indistinguibili dai cadaveri. Le componenti affettive e cognitive della coscienza possono essere essenziali per una vita significativa e piacevole, ma non sono condizioni necessarie e sufficienti per una diagnosi di morte.

In sintesi, la nozione di morte cerebrale è tutt'altro che accettata universalmente, bensì sottoposta a molte definizioni e diversi criteri di accertamento: ricordiamo soprattutto, per l'influenza che hanno avuto, il Report of Ad Hoc Committee dell'Harvard Medical School nel 1968 e A Proposed Uniform of Death Act della President's Commission del 1981.

La scuola neurologica inglese ritiene che, per avere morte cerebrale, sia sufficiente la morte anche del solo tronco dell'encefalo. Tuttavia nel coma da lesione primitiva del tronco, spesso si dimostra la persistenza di potenziali evocati visivi e di attività elettrica corticale spontanea: l'assenza di funzione del resto dell'encefalo dipende dalla mancanza di input dal tronco e non da un deficit funzionale intrinseco.

In una rara situazione patologica, la sindrome locked in, si ha lesione parziale del tronco: la persona, pur non potendo comunicare con il mondo esterno, resta in qualche modo cosciente ed è veramente come prigioniera, chiusa dentro se stessa.

La morte del solo tronco encefalico è dunque insufficiente per poter dichiarare morto tutto l'organismo.

Altri autori, soprattutto americani, identificano la morte cerebrale con la morte corticale, anche in presenza di strutture troncoencefaliche integre e funzionanti. In questa condizione clinica, detta stato vegetativo persistente, o coma apallico o coma vigile, permangono attive le capacità di regolazione (centrale) omeostatica dell'organismo e la capacità di espletare in modo integrato le funzioni vitali, inclusa la respirazione autonoma: non si ha dunque

---

la perdita totale e irreversibile dell'unitarietà funzionale dell'organismo <sup>(20)</sup>. Va inoltre sottolineato il fatto che questo stato non è sempre irreversibile e si segnalano casi di recupero parziale della vita di relazione.

L'idea sottesa in questa posizione è che un individuo sia una persona soltanto se può svolgere alcune funzioni ritenute caratteristiche dell'uomo, come l'essere autocosciente o responsabile. Questa discriminazione fra gli esseri umani in base alle loro prestazioni, benché prestazioni tipicamente umane, è inaccettabile.

La posizione che esige la perdita irreversibile di tutte le strutture encefaliche sembra più persuasiva e si armonizza con una visione globale dell'uomo come unità psicofisica, nella quale le funzioni fisiche e mentali sono espressioni distinte, ma interconnesse della persona. Perciò sarebbe preferibile tradurre l'inglese brain death non morte cerebrale, ma morte encefalica, con preciso riferimento a tutte le strutture encefaliche e non al solo cervello.

### CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE: LA POSIZIONE ETICA PERSONALISTA

La persona umana, è sinolo di materia e forma <sup>(21)</sup>, perciò va considerata nella sua componente materiale (essere biologico) e nella sua forma spirituale (o relazionale – razionale o essere essente). A ragione l'uomo vive questa condizione di esistenza incarnata: l'uomo è uno spirito incarnato.

La morte non può essere descritta solo in termini di decomposizione organi-

<sup>20</sup> Sullo stato vegetativo persistente (SVP) e in particolare sul caso clamoroso di Nancy Cruzan, che divise l'opinione pubblica USA alla fine degli anni '80: MANNI C., *Sindrome apallica*, in LEONE S., PRIVITERA S., *Dizionario di Bioetica*, Acireale-Bologna 1994, pp. 904-907; PUCA A., *Il caso di Nancy Beth Cruzan*, in *'Medicina e Morale'* 42 (1992), pp. 911-93 I.

<sup>21</sup> Secondo la dottrina aristotelica l'anima (o forma sostanziale) rappresenta la forma del corpo, inseparabile ed inconcepibile senza il suo rapporto con l'organismo. D'altronde Boezio, definisce persona ogni sostanza individuale di natura razionale, per cui la natura razionale non comporta solo ciò che è accertabile funzionalmente o empiricamente, ma ciò che è argomentabile razionalmente entro una concezione dell'essere e dei suoi gradi di perfezione. F. Compagnoni a tal proposito riprende la teoria ileomorfa e propone una lettura fenomenologica: "Considerato nella sua manifestazione, il corpo dell'uomo non può essere distinto in contrapposizione all'anima. Quello che l'uomo sperimenta nel corpo umano vivo è l'unità operativa delle sue componenti le quali non sussistono, né possono nemmeno esistere nella loro distinzione. Nel corpo organico ci troviamo di fronte non a dei componenti chimici o a sistemi parziali, ma a un organismo vivente, che non sussiste se non durante l'unione integrata dei vari elementi e organizzazioni parziali. Ciò permette di parlare di una teleologia interna al corpo umano nel senso che ogni parte semplice o complessa è organizzata finalisticamente alla sopravvivenza e al benessere, alla costanza nell'esistenza di questo corpo. Il principio organizzatore (morphé, entelécheia di Aristotele) è quello che viene chiamato anima nell'uomo, e che in questo senso almeno ha sì una prevalenza di finalità rispetto al corpo, ma non certo temporale né spaziale. Il corpo umano (Leib) è il risultato dell'azione dell'anima sulla materia; questa mantiene molti aspetti di materialità, di corporeità (Körper), ma quello che esso ha di vivente, e di vivente umano, è l'effetto di due causalità, che separate sono pensabili e quindi definibili e descrivibili con grande difficoltà... Il fatto stesso che un organismo umano ricambi continuamente attraverso il metabolismo le componenti chimico/fisiche e rinnovi la maggior parte delle proprie cellule senza che con questo si tratti propriamente del suo nuovo corpo, è un indizio che è la psyché che si produce e si mantiene il proprio corpo. Quest'ultimo è lo stesso... in quanto è unito e organizzato sempre dalla medesima anima, che è umana e personalmente individuale..."

L'anima può quindi divenire termine per indicare quell'aspetto della sostanza-vivente-umana cui attribuire la causalità dell'attività del soggetto: la conoscenza astrattiva e la volizione di oggetti non immediati le si possono attribuire. Il corpo fisico, invece, può essere termine di attribuzione dell'estensione e quindi della possibilità di essere percepito, prima sensorialmente, ma in seguito anche conosciuto in modo intellettuale" vedere F. Compagnoni (ed.), *Etica della vita*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Milano), 1996, pp.33 - 56. Quindi la morte va intesa nella sua totalità di sistema integrato, quale viene considerata in diverse legislazioni internazionali: la morte del sistema nervoso-corpo.



smica della materia vivente, ma e soprattutto in termini di distruzione dell'esistenza umana, cioè di eclissamento di ogni manifestazione della sua presenza personale nel mondo.

La morte è umana proprio per il suo carattere spirituale – formale, altrimenti sarebbe un processo di corruzione materiale. Solo l'uomo è un essere mortale, mentre qualsiasi altro ente in virtù della mancanza della forma razionale è destinato a perire (pianta, animale). Heidegger sostiene che “mortali sono gli uomini. Si chiamano mortali perché possono morire. Morire significa essere capaci della morte in quanto morte. Solo L'uomo muore. L'animale perisce. Esso non ha la morte in quanto morte né davanti a sé né dietro di sé. La morte è lo scrigno del nulla... I mortali ora li chiamano mortali non perché la loro vita terrena finisce, ma perché essi sono capaci della morte in quanto morte”<sup>(22)</sup>.

Ramon allora conclude che “ogni ente sostanziale materiale, in quanto composto di materia prima e forma sostanziale, è soggetto alla corruzione, cioè alla mutazione sostanziale: separazione della forma sostanziale (di natura razionale) dalla materia prima. Le cause materiali modificando le proprietà accidentali oltre il limite, le rendono incompatibili con la forma sostanziale, con nuove forme sostanziali. L'uomo è uomo per la forma sostanziale umana: l'anima spirituale; il cadavere non è uomo perché informato da una un'altra forma sostanziale (non razionale) che non è quella dell'uomo; la forma sostanziale si è separata dalla materia prima. La morte è crisi dell'unione sostanziale che è ogni uomo, dolorosa perché il corpo è connaturato allo spirito”<sup>(23)</sup>.

La morte è quindi un evento processuante sostanziale, cioè una mutazione sostanziale che limita due stati: l'ente sostanziale precedente e il successivo. Ecco perché la morte non può configurarsi né con il processo del morire, né con lo stato di cadavere, ma è un evento-istantaneo, dove le cause materiali modificando le proprietà accidentali rendono incompatibile il sinolo sostanziale, determinando l'insorgenza di un nuovo ente con nuove forme sostanziali. Il corpo umano non è una oggettivazione materiale connessa ad una forma spirituale, ma un corpo soggettuale, cioè avente un carattere psichico che lo lega al mondo in un rapporto particolare proprio della soggettività umana. Anzi la funzione soggettuale del corpo, attraverso la sua forma esprime la condizione esistenziale e umana. La morte distrugge non solo la componente biologica (corpo) ma anche quella formale, cioè la sua esistenza personale e relazionale. Il corpo è la soggettualità della dimensione razionale, cioè la mediazione di qualsiasi espressione e realizzazione dell'uomo nel mondo. Da queste premesse si comprende la drammaticità della morte, in quanto rappresenta la fine drammatica dell'esistenza umana, in quanto separazione – distacco dal mondo umano (=corpo) della sua forma psichica. La drammaticità della separazione della forma con il suo

---

<sup>22</sup> M. Heidegger, *La cosa*, in *Saggi e discorsi*, Mursia, Milano, 1976, p. 119

<sup>23</sup> Ramon Lucas Lucas, *Antropologia e problemi bioetici*, San Paolo, Cinnisello Balsamo (Milano), 2001, pp. 147-148

---

corpo, però apre un varco dell'immortalità: a livello fenomenologico la razionalità si inserisce nella temporalità della storia e si immortala; a livello teologico si schiude la dimensione escatologica della trasfigurazione e della resurrezione. Quindi l'anima umana (la sostanza umana) presenta il carattere dell'immortalità. Le finalità della tanatologia, non sono quelle di valutare che il corpo sia morto ma che tutto l'uomo sia morto, cioè l'essere umano nella sua integrità o tensione unitiva come spirito nel mondo. Pertanto, accertare e certificare la morte in questa ottica, significa affermare questa separazione irreversibile e totale della forma spirituale dalla materia biologica, e conseguentemente non possono equipararsi alla stessa stregua i pazienti in stato di coma o in stato vegetativo persistente, che pur sempre conservano la forma umana (o sostanzialità umana). La dimensione corporea non è responsabile solo dell'essere nel mondo con la sua forma personale, ma è pure soggetta all'essere – per – la – morte, in quanto cause materiali determinano quel limite di incompatibilità con la forma sostanziale e perciò la scomparsa/comparsa di un nuovo ente sostanziale: il corpo cadaverico.

#### **PENOMBRA DEL FINE VITA**

Abbiamo già sottolineato come nella società odierna sia cambiato il significato dell'evento morte, non solo a livello di vissuto ma anche a livello di argomentazione epistemologica. Questo è dovuto al mutamento del paradigma all'interno del quale viene interpretata la morte e alle difficoltà connesse alla definizione di morte nell'ambito medico – legale (morte cardiaca, morte cerebrale, morte corticale). Contesti culturali e modelli epistemologici hanno favorito comportamenti sociali divergenti, dalla rimozione del problema, al riduzionismo scienziata irrispettoso della componente spirituale o non biologica dell'uomo, alle espressioni ideologiche e pseudoreligiose celanti la realtà, approfittando della debolezza degli stati psichici dei loro aderenti. Questi atteggiamenti diffusi attraverso i mezzi di informazione, hanno contribuito a diffondere stati di incertezza e di insicurezza nei metodi e nei mezzi di accertamento della morte, riflessi nella scarsa adesione alla donazione d'organi, e nella rivendicazione dell'eutanasia come diritto. L'alterazione del paradigma di riferimento del significato e vissuto della morte, è riscontrabile anzi accreditabile a tre livelli <sup>(24)</sup>:

1 socio – culturale: l'imporsi del razional-secolarismo e la soppressione della dimensione escatologica propria della fede cristiana. La morte da momento

<sup>24</sup> L'impostazione metodologica delle riflessioni che seguono, hanno preso spunto dall'accurata analisi condotta da F. D'Agostino, *Bioetica*, G. Giappichelli Editore, Torino, 1996, a cui si rimanda per un maggiore approfondimento.

di transito da una vita ad un'altra, viene vissuta come conclusiva della vita. La quotidianità empirica intramondana si impone come unico orizzonte ontologico dell'uomo: non esiste speranza per la trascendenza;

2 disponibilità della vita: sinora la vita rivestiva un carattere sacrale, che vedeva l'uomo come gestore della sua vita affidata, mentre Dio era l'unico che poteva disporre della vita. La negazione di Dio, l'individualismo negante ogni forma di relazione sociale, il soggettivismo imperante hanno favorito un solipsismo esperienziale con conseguente rivendicazione di un diritto personale anziché un diritto sociale proprio di uno Stato di diritto;

3 orizzonte ontologico: l'uomo, quale essere nel mondo "esserci", ha coscienza della sua finitudine e della sua mortalità o "essere per la morte". Tale consapevolezza costituisce l'esperienza autentica propria dell'essere umano, mentre è assente in ogni altro vivente. L'uomo è consapevole della sua morte non tanto come trasformazione biologica, quanto come morte umana. L'autenticità viene assunta a norma significativa questa consapevolezza umana. L'autenticità è la consapevolezza della limitazione propria dell'uomo, che non ha altri significati che non quelli intrinsecamente propri. La morte conseguentemente, rappresenta il limite esperienziale possibile dell'umano, oltre il quale esiste una vacuità di senso e di significato possibili. Essa rappresenta un annichilimento di significato e delle realtà simboliche sinora validate, quali la morte come passaggio, l'ultramondanità, l'eternità.

In questo orizzonte assiologico, non può trovare spazio la buona morte, perché l'attributo di senso è sempre riferito a qualcosa che ha una dimensione temporale e spaziale, cioè che ha una certa continuità di significato. Con la morte non esisterebbe il tempo né lo spazio, per cui suo unico riferimento è il non – essere proprio dell'annichilimento, dell'inautenticità. Quindi il non senso delle espressioni buona/cattiva, morte in quanto inautentiche secondo la visione del secolarista, non potevano che lasciare spazio alla dignità del morire.

Ovviamente l'attribuzione dignità ad un'azione, implica un riferimento etico che comprende responsabilità, capacità e consapevolezza di gestione. Le conseguenze di questo approdo argomentativo non potevano che essere di chiaro stampo utilitarista, come le loro rivendicazioni secondarie: non degne vengono considerate le vite prenatali, gli handicapati mentali, ecc.. Pertanto gli stessi significati eutanasia, malattia/salute cambiando il loro paradigma interpretativo, si presentano all'uomo con forme incisive e sempre meno scandalose rispetto al passato.

## **SIGNIFICATO DELLA RICHIESTA EUTANASICA**

L'originario significato etimologico dell'eutanasia, dal greco eu – thánatos, morte buona, ha virato di contenuti e significati diversi in questi ultimi anni.

Oggi grazie alle novità delle tecnologie mediche è possibile sia prolungare arti-

---

Vocabolario della dolce morte	
Eutanasia attiva o positiva o diretta	L'operatore sanitario interviene direttamente per procurare la morte di un paziente
Eutanasia passiva o negativa o indiretta	Consiste nell'astensione da interventi sanitari che potrebbero mantenere in vita un paziente
Eutanasia volontaria o voluntary	Quella richiesta a volte ripetutamente dal malato
Eutanasia non volontaria o non voluntary	Il paziente non può formulare la richiesta perché persona incapace
Involuntary	L'intervento sanitario finalizzato a sopprimere la vita nonostante l'espresso dissenso del paziente
Distanasia	Astensione da interventi sanitari di prolungamento della vita non rispettosi della dignità del paziente
Suicidio medicalmente assistito o physician assisted suicide (p.a.s.)	La soppressione della vita del paziente è conseguenza diretta di un atto suicida del paziente, ma consigliato e/o aiutato da un operatore sanitario

ficialmente la vita di un paziente terminale (accanimento terapeutico), sia procurare la sua morte anticipatamente (eutanasia).

L'eutanasia, infatti, è procurare deliberatamente in modo diretto o indiretto la morte, cioè porre fine alla vita di una persona con ogni azione commissiva od omissiva compiuta

- per compassione
- per alleviare la sofferenza
- per assecondare la volontà del malato.

Addirittura la cultura occidentale enfatizzando il diritto all'autodeterminazione del paziente e il dovere dei sanitari, soprattutto i medici, al rispetto del principio di beneficalità, reclamano il diritto all'eutanasia.

Il voler porre fine ad una vita o realizzare la richiesta di porre fine alla vita seppur indegna agli occhi dell'utilitarismo odierno, non può essere accolta sia dal diritto né dal pietismo psicologico.

Un diritto è umano in quanto appartenente all'essere, e questi in virtù del paradigma ontologico dell'esserci-per-l'altro, costituisce la coesistenzialità che sola può legittimare una scelta. Se nell'ambito del rapporto contrattuale medico – malato, il principio di autodeterminazione può giustificare la richiesta eutanastica, nell'ambito dell'alleanza terapeutica, la condivisione costitutiva di esperienze dell'es-

sere non può pretendere di dare risposte a tale richiesta. Questo vale sia per l'eutanasia procurata, che per il suicidio assistito, e ancor più per quelle condizioni nelle quali i sanitari ritengono la vita del loro paziente, indegna di essere vissuta secondo il paradigma utilitarista: il *thelos* intrinseco della natura e la coesistenzialità richiedono l'essere – accanto e le cure psico-assistenziali e palliative. Il secolarismo postmoderno, proteso a valutare la vita da un punto di vista efficientistico e in termini di dignità di essere vissuta, cioè gestita in modo responsabile, ha influenzato il concetto stesso di prestazione sanitaria. Tale prestazione deve essere orientata a tutelare la qualità delle espressioni categoriali della vita, più che la stessa quale valore fondamentale. Qualità della vita, significa una vita declinata secondo il parametro del benessere scelto consapevolmente dal soggetto stesso.

La scelta consapevole, impone al personale sanitario di rispettare la volontà del malato, sfuggendo ad ogni tentativo di paternalismo.

Ogni trattamento deve essere accompagnato dal consenso informato del paziente, ma la volontà dello stesso non può reprimere il diritto del medico che dovrà sempre realizzare un intervento terapeutico, e non una mera applicazione tecnologica finalizzata al puro prolungamento di funzioni biologiche o alla cessazione anticipata delle stesse. Il consenso informato del paziente e le finalità sananti proprie dell'atto medico, devono guidare i sanitari anche nel caso del paziente incapace di intendere e volere (per età, per patologia).

L'incapacità di intendere e volere non devono essere assunte a criterio per procurare la morte del paziente, ma il principio etico e deontologico del fare il bene ad un malato quale condivisione di esperienze, dovrà rifiutare ogni tentativo proeutanasico.

Lecaldano <sup>(25)</sup> ribadisce come “ciascuno dispone completamente, e solo lui può disporne, della propria vita. Per ciascun essere umano vale il principio: la mia vita è del tutto mia e sono l'unico a poterne disporre”.

Questa libertà legata all'autonomia di potersi togliere la vita, è del tutto infondata, in quanto la libertà è realizzazione di uno stato esistenziale e non la sua soppressione. Con la morte non esprimiamo la nostra libertà, anzi la neghiamo, nel senso che la morte pone fine ad ogni diritto. Spesso viene confuso il significato di autarchia e autonomia. L'autarchia consiste nel disporre di sé in modo totale, pertanto un soggetto non deve rendere conto a nessuno di ciò che fa: è un vero suicidio sociale, nel senso che chiude quella dimensione relazionale - sociale che è iniziata dal giorno del suo concepimento. Mentre accettare la dimensione relazionale significa legarsi, ma anche raggiungere la vera autonomia, libertà. D'altronde la condizione di libertà non esisterebbe se non nella misura in cui un soggetto si confronta con gli altri. Questa è una libertà costruita e realizzante <sup>(26)</sup>. Inoltre la nostra

---

<sup>25</sup> E. Lecaldano, Questioni etiche sui confini della vita. In Di Meo A., Mancina C., Bioetica, Laterza, Roma-Bari, 1986

<sup>26</sup> Xavier Thévenot, La bioetica, Queriniana, Brescia, 1990

---

vita è indisponibile, ci viene solo affidata perché venga realizzata nel vissuto corporeo di ogni uomo. Le scienze umane (antropologia, sociologia) hanno sempre riconosciuto l'uomo come un bene non solo per sé ma in una prospettiva relazionale. La forza sociale, il prestigio politico – economico rappresentano la qualità di coesione e di collaborazione tra i membri del loro gruppo. La stessa teologia cattolica ha da sempre proclamato questa apertura bidimensionale: uomo – uomo, uomo – Dio. Con l'avvento del soggettivismo estremo l'uomo ha trasformato l'orizzonte esperienziale in un solipsismo esistenziale. L'esistenza umana, cioè l'essere – nel – mondo, implica un superamento di sé per aprirsi all'altro – da – sé. Questa premessa a giustificazione dell'atteggiamento di rifiuto per ogni forma di autolesionismo, nei casi estremi intenzionale a porre fine alla propria vita, come avviene nel suicidio. La tradizione culturale premoderna ha sempre proclamato l'indisponibilità della vita e di conseguenza la sua fine programmata. Questo a conferma del carattere non solipsistico dell'esistenza umana. L'esistere umano, cioè la sua apertura all'altro – da – noi comporta una responsabilità, se non di ordine religioso, sicuramente di ordine socio-giuridico. Infatti è un imperativo per l'uomo impegnarsi a mantenere e rispettare questa rete relazionale per il bene – essere dell'umanità, cioè tutelare la vita quale condivisione di esperienze.

Lo stesso Codice Civile Italiano all'art. 5 prevede e vieta ogni attività medica che possa determinare una menomazione permanente, cioè che possa alterare la vita umana nella sua integrità e dignità. Lo stesso principio di beneficiabilità, non può interpretarsi nel fare agli altri ciò che chiedono, nella fattispecie procurare la morte oppure aiutare a morire. La beneficiabilità obbliga intrinsecamente l'operatore sanitario a fare del bene al paziente, nel senso di procurargli dei benefici a difesa della sua vita e della sua dignità qualunque sia lo stato esistenziale. La stessa Costituzione Italiana è pro – life, quando riconosce come diritto fondamentale la tutela e la dignità della vita umana. Infatti l'art. 2 "...riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità...", l'art. 3 "tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli...che ...impediscono il pieno sviluppo della persona umana...", l'art. 27 "La responsabilità penale è personale...le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità...non è ammessa la pena di morte...", l'art. 32 "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo...Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

Gli stessi codici di comportamento professionale degli operatori sanitari, ribadendo il noto imperativo etico di Ippocrate "non darò a nessuno alcun farmaco mortale neppure se richiestone..." obbligano i loro aderenti all'astensione da ogni pratica eutanasi. Il codice deontologico dei medici del 1998 all' art.14, mentre

---

<b>L'EUTANASIA NEL MONDO</b> <sup>(27)</sup>	
CALIFORNIA (1976)	Depenalizzazione dell'eutanasia, riconoscimento del Natural Death Act e dei Living Will (testamenti biologici)
ZURIGO CANTONE SVIZZERO (1977)	Approvazione di una legge sull'eutanasia
STATO DI WASHINGTON (1990)	Dopo il caso Cruzan, veniva approvata la Patient Self Determination Act, che però veniva respinta con un referendum del 1991
OLANDA (1993)	Depenalizzazione dell'eutanasia. Nel 2001 veniva legalizzata l'eutanasia praticata da un medico su richiesta del paziente, affrancando l'operatore sanitario dalla responsabilità penale. La richiesta del paziente deve essere volontaria, ben ponderata, lucida, ripetuta e durevole; le sue sofferenze devono essere insopportabili e senza alcuna prospettiva di miglioramento. Il medico di fiducia deve esaminare il problema con un altro collega, segnalando poi l'intervento ad un'apposita commissione di esperti, che valuterà se sono state seguite le procedure previste dalla legge.
AUSTRALIA TERRITORI DEL NORD (1995)	Legalizzazione dell'eutanasia, considerandola un diritto sub conditione, ma veniva abrogata con una legge federale del 1997
STATI UNITI CORTE SUPREMA 1997	Una sentenza escludeva l'inserimento nella costituzione del diritto a scegliere modi e tempi della propria morte. Restava la discrezionalità di ogni singolo Stato a legiferare in merito all'eutanasia e al suicidio assistito. L'Oregon ha autorizzato il suicidio assistito dallo stesso anno: i farmaci letali vengono prescritti dal medico ma non somministrati.
GIAPPONE	L'eutanasia è permessa se ci sono quattro circostanze: - il paziente soffre di un dolore fisico insopportabile - la morte è inevitabile e imminente - tutte le misure possibili sono state approntate per eliminare il dolore - il paziente ha espresso chiaramente il suo consenso
ITALIA	Non esiste una legge che depenalizzi o legalizzi l'eutanasia. Nel 1984 l'on. Fontana presentò una proposta di legge "sulla dignità della vita e la disciplina dell'eutanasia passiva", priva di sviluppi a tutt'oggi. Unici elementi di regolamentazione della materia sono gli artt. 579 e 580 del Codice Penale e il Codice di deontologia medica.
FRANCIA	Il 3 marzo 2000, il Comitato Etico Nazionale Francese per la prima volta parla di "eccezione d'eutanasia", cioè una possibile depenalizzazione del reato in casi particolari. Secondo il Comitato, la proposta di un'eccezione di eutanasia sarebbe "in grado di dare ragione alle giuste convinzioni degli uni e degli altri, togliendo il velo d'ipocrisia e di clandestinità che copre certe pratiche attuali". Le confessioni religiose esistenti, a parte quella protestante, hanno espresso parere negativo a questa posizione. La chiesa cattolica francese non condivide l'eccezione di eutanasia "un'eccezione giuridicamente riconosciuta condurrebbe rapidamente all'oblio progressivo di un principio giudicato tuttavia come fondamentale". Nonostante tutto l'eutanasia è illegale, ma il Codice penale distingue tra eutanasia attiva (provocare direttamente la morte è un omicidio) e l'eutanasia passiva (l'assenza dell'azione terapeutica).
GERMANIA	Nel 1998 la corte d'appello di Francoforte ha stabilito che l'eutanasia può essere, in linea di principio, autorizzata solo se corrisponde alla volontà del paziente e dovrà comunque essere approvata dai tribunali tutori.
GRAN BRETAGNA	L'eutanasia è illegale, ma in certi casi la giustizia ha autorizzato ad abbreviare la vita di malati tenuti in vita artificialmente. Per la prima volta, nel 1996, un paziente è stato autorizzato a morire.
DANIMARCA	Il malato inguaribile può fermare il trattamento medico. Dal 1992 i danesi possono fare un testamento medico che i medici devono rispettare.
SVEZIA	L'assistenza al suicidio è un delitto non punibile. Il medico può, in casi estremi, spegnere le macchine che aiutano la respirazione.
CINA	Nel 1998 il governo ha autorizzato gli ospedali a praticare l'eutanasia per i pazienti in fase terminale di una malattia inguaribile.

<sup>27</sup> dati ricavati e integrati da L'Ancora 6-2001.

ribadisce che “Il medico deve astenersi all’ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita”, all’articolo 36 insiste che “il medico, anche se richiesto dal malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne la morte”. Molto categorico è pure il codice deontologico degli infermieri del 1999 dove all’ art.4.17 afferma che “L’infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell’assistito, sia che la richiesta provenga dall’interessato, dai familiari o da altri”.

### ASPETTI MORALI DELL’EUTANASIA

Il manifesto sull’eutanasia (The Humanist luglio/74) è stato sottoscritto da importanti scienziati e nobel, tra cui Jack Monod. Quest’ultimo convinto che l’universo e lo stesso uomo sono sorti per caso e dalla necessità, afferma che l’uomo è arbitro di se stesso solo in questo mondo senza alcun riferimento etico e normativo, pertanto “ha diritto a morire con dignità...libero di decidere ragionevolmente della propria sorte...bisogna fornire il mezzo di morire dolcemente e facilmente...quando la vita ha perduto ogni dignità, significato, prospettiva d’avvenire”. Melina <sup>(28)</sup> definisce tale affermazione una “retorica della morte”, che si può articolare in retorica sulla morte, quale oggetto di un discorso formale e vuoto, o un tipico discorso persuasivo, proprio della retorica platonica, che la morte si propone per convincerci ad accettarla senza impegnarci intellettualmente e filosoficamente ma puntando sull’emotivismo del momento. E’ un tentativo di addomesticare la morte mentre occorre precisare che la morte è prima di tutto un fatto e non un diritto, l’uomo ha diritto a tutelare e difendere la vita che le è stata donata, la morte non è dell’uomo e non deve essere nell’uomo, ma rappresenta qualcosa che sopraggiunge quando meno se la pensa.

Il vecchio moto litanico latino “A subitanea et improvvisa morte, libera nos, Domine” invece ci chiarisce il significato di morire con dignità e conseguentemente il valore e il significato del “diritto alla buona morte” cioè una morte in serenità con se stesso, con gli altri e, se credente, con Dio, alleviato da dolori e sofferenze.

Il Documento sull’eutanasia della Congregazione per la dottrina della fede “Iura et bona” (1980) sostiene al n. 1 e 2 il valore fondamentale della vita umana fondante tutti i beni, “condizione necessaria di ogni attività umana e di ogni convivenza sociale...è necessario ribadire con tutta fermezza che niente e nessuno può autorizzare l’uccisione di un essere umano...Nessuno, inoltre, può richiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna au-

<sup>28</sup> L. Melina, Bioetica, Piemme, Casale Monferrato, 1998



torità può legittimamente imporlo né permetterlo...Le suppliche dei malati molto gravi, che talvolta invocano la morte, non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia; esse infatti sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto...col quale possono e debbono circondarlo tutti coloro che gli sono vicini, genitori e figli, medici e infermieri”.

L’enciclica *Evangelium Vitae* (1995) <sup>(29)</sup> al n. 65 afferma che “...L’eutanasia si situa dunque a livello delle intenzioni e dei metodi usati” mentre “...la rinuncia a mezzi sproporzionati non equivale al suicidio o all’eutanasia; esprime piuttosto l’accettazione della condizione umana di fronte alla morte”.

La Carta degli operatori sanitari (1995) ribadisce che il sanitario ha il compito di “essere al servizio della vita e assisterla sino alla fine “ n. 148, praticando o ammettendo l’eutanasia “non è più assoluto garante della vita: da lui l’ammalato deve temere la morte” rappresentando per la ricerca scientifica e per la medicina in particolare “un momento di regresso e di abdicazione, oltretutto un’offesa alla dignità del morente e alla sua persona” n.150.

L’uomo contemporaneo considera il dolore e la sofferenza una realtà misteriosa e difficile da accettare e da vivere.

Di fronte alle sofferenze fisiche, psichiche o morali, l’uomo tende ad assumere atteggiamenti disparati:

- a) di rifiuto (rifugiandosi nel piacere, nelle fughe e nelle evasioni)
- b) di sopportazione fatalistica (rinuncia alle cure)
- c) di lotta contro la sofferenza utilizzando ogni soluzione tecnico medica disponibile
- d) valorizzazione, quale strumento di crescita personale, di comprensione del senso della vita e di accettazione consapevole come evento biografico personale.

Le diverse modalità di affrontare la sofferenza, il processo del morire e l’evento morte dipendono dai riferimenti:

- Antropologici: il significato assunto dal sostantivo persona, il concetto e la definizione di vita e della malattia (malattia come castigo, la morte come disgrazia e maledizione), il bagaglio culturale del soggetto (la morte come gesto eroico, oppure la morte come fallimento dell’uomo);

- Psicologici (approccio cognitivo - psicologico): la tragicità del distacco da una persona cara, favorisce sentimenti di paura dell’ignoto, l’insorgenza di meccanismi reattivi di negazione e proiezione (il mio parente non è poi così grave come un altro, e poi quello è più anziano, oppure non si è sottoposto ad una data terapia). La morte come evento misterioso e doloroso viene vissuto come scomodo ingenerando pure incapacità di accettazione realistica e cioè la sua elaborazione (lutto);

- Teologici, in particolare la teologia cattolica considera la morte come passaggio – nascita ad una vita migliore e momento di incontro con la divinità.

<sup>29</sup> Gonzalo Miranda, I problemi etici dell’eutanasia nell’Enciclica “*Evangelium Vitae*”, *Medicina e Morale. Rivista internazionale bimestrale di Bio-etica, Deontologia e Morale Medica*, XLV, Luglio-Agosto, 1995, pp. 719-738

Conseguentemente occorre al paziente sofferente o in fase terminale della sua malattia favorire momenti di sostegno, e di accoglienza della sofferenza e della morte, in quanto la salute, la malattia e la morte sono elementi costitutivi della finitudine umana, cioè sono parte della nostra vita, occorre conoscerli e comprenderli, accettarli – accoglierli, anzi renderli più umani attraverso una presenza umana attenta e premurosa sia dei familiari che degli operatori sanitari che si adoperano con le loro prestazioni assistenziali, terapeutiche (cure palliative) ad alleviare la sofferenza (la presenza dei familiari e degli operatori sanitari diventa ascolto e terapia) essenziale per rendere l'evento morte meno doloroso possibile e più naturale.

Quindi una morte meno isolata ma un evento che sia compresenza e partecipazione dei familiari, di un pastore di anime se il malato è un credente, dei professionisti della salute (medici e infermieri) in un ambiente accogliente presso il proprio domicilio o in strutture adeguate (es. ospedale o un hospice).

### **RICHIESTA EUTANASICA O RICHIESTA DI AIUTO?**

La malattia comporta sofferenza e rappresenta una sfida per la persona, alterando il suo vissuto esistenziale: affetti, lavoro, relazioni sociali quali segni di travaglio interiore. Il primo mutamento, alla comparsa della malattia, riguarda lo status del paziente: da sano diventa malato ed è spinto ad adattarsi ad una condizione nuova che lo porta ad affrontare problemi interni di tipo psicologico e spirituale, ed esterni di tipo comportamentale.

Con il sopraggiungere della malattia il soggetto deve ripiegarsi sul proprio corpo, deve ascoltarlo, controllarlo e cogliere i messaggi che gli manda.

La persona di fronte alla sofferenza si struttura (o destruttura) in una serie di fasi reattive cronobiologiche, con riferimento ai meccanismi di difesa che caratterizzano ognuna di esse.

Per Kübler-Ross l'approssimarsi dell'exitus finale è caratterizzato da una serie evolutiva di reazioni emotive, non sempre sequenziali e obbligatorie:

- un primo momento caratterizzato dalla fuga nella negazione e nell'isolamento, ad esempio il malato gira di medico in medico nella vana ricerca di qualcuno che possa fare una diagnosi più favorevole.

- un secondo momento caratterizzato da una rabbia che si sfoga contro tutti e dall'interrogativo: perchè proprio a me?

- un terzo momento caratterizzato dal "venir a patti", cioè dalla negoziazione con il destino o con Dio.

- un quarto momento caratterizzato dalla depressione in cui la rabbia è sostituita da un sentimento di perdita e di separazione.

- infine, se il malato ha avuto la fortuna di trovare qualcuno che lo abbia aiutato, è possibile raggiungere l'accettazione della morte.

---

Così per la Kübler-Ross l'angoscia della morte non è indominabile, ma l'uomo è in grado di dare un senso anche a questa esperienza<sup>(30)</sup>. A questo proposito risulta interessante uno studio riportato da Tambone e condotto dall'Università Campus Biomedico circa la relazione tra malattia – morte e richiesta eutanasi<sup>(31)</sup>. Tutte le richieste eutanasiche risultarono motivate dallo stato di salute del paziente, nessuno richiedeva l'eutanasia solo per il desiderio di morire, ma la pratica eutanasi veniva letta come soluzione al proprio stato di sofferenza. In particolare la richiesta di eutanasia era connessa a tre fattori: il dolore fisico, lo stato di depressione, la paura di essere di peso alla famiglia, che contribuiscono a diventare dolore totale. Questi fattori impongono agli operatori sanitari e agli esperti di politiche sanitarie tre ordini di riflessioni.

Avere la pretesa di rivendicare il diritto all'eutanasia non può essere considerato tale. Infatti le motivazioni alle richieste eutanasiche sono richiami dei pazienti ad essere ascoltati, sono grida di aiuto. Un desiderio non può convertirsi in diritto, così da ottenere la legittimazione pubblica delle azioni e dei mezzi adottati per realizzarli. Tale tendenza è favorita dall'atteggiamento permissivo del potere politico che manipolando gli spazi massmediologici, alla ricerca di consenso popolare, è disposto a ratificare esigenze personali supportate dall'emotivismo sociale propri di certe situazioni esistenziali, quali la sofferenza, la paura dell'ignoto e del mistero che accompagna la morte, piuttosto che farsi promotori di norme a difesa di valori quali la vita. Invece è legittimo il diritto di morire dignitosamente, inteso come processo umano naturale che giunge alla fine dell'esistenza umana, mentre non può essere considerato un diritto il desiderio della morte: un diritto l'abbiamo nei confronti di una cosa o di un'idea o di professare una fede ma non su un evento riferito all'entità indisponibile come è la nostra vita.

L'ammissione dell'eutanasia rappresenta la capitolazione della finalità della medicina, che se non proprio di guarire almeno deve mirare a curare una persona malata. La morte non previene, né cura la malattia ma elimina la persona, questo rappresenta il depotenziamento della presunta onnipotenza della medicina. A ragione sostiene Spagnolo "...l'essenza della professione medica è quella di curare, di dare la vita, non distribuire la morte...la morte...non si configura mai come gesto medico"<sup>(32)</sup>.

La richiesta di eutanasia invece è provocazione per tutta l'umanità a rispondere alla domanda di aiuto nei confronti di dolori insopportabili, dell'isolamento, dell'indifferenza altrui, alla inconsapevolezza dei limiti terapeutici ed assistenziali degenerando in forme eutanasiche o di accanimento terapeutico. Occorre saper affrontare i bisogni non solo fisici e psichici, attraverso un'adeguata terapia antal-

---

<sup>30</sup> F. Pilotto, Come affrontare la sofferenza umana: problemi psicologici ed etici, in *Impegno Ospedaliero*, anno XXII, 7/2001, pp. 3 - 8

<sup>31</sup> V. Tambone, *Problemi di bioetica e deontologia medica*, Società Editrice Universo, Roma, 2000

<sup>32</sup> A. Spagnolo, Perché non condivido l'eutanasia, in *Le Scienze*, n. 88, pp.52-53, 1996

---

gica, ma anche i bisogni spirituali del paziente favorendo l'esternazione a qualsiasi forma di apertura al trascendente <sup>(33)</sup>.

## STATO VEGETATIVO PERSISTENTE

A sollevare la questione eutanasia o accanimento terapeutico è soprattutto lo Stato Vegetativo Persistente (SVP) <sup>(34)</sup> conseguente ad un grave insulto traumatico o ad un incidente vascolare del cervello. Il soggetto dopo una fase di coma più o meno prolungato, entra in uno stato clinico che si caratterizza per l'assenza completa delle funzioni degli emisferi cerebrali (la corteccia deputata alla funzione della coscienza psicologica), mentre risulta risparmiato il tronco encefalico (che controlla la funzione respiratoria, cardiaca, termoregolatrice). Questa situazione può essere transitoria (entro 30 giorni) con ritorno dello stato di coscienza; oppure superati i 30 giorni si parla di SVP. Quest'ultimo può essere l'anticamera di una ripresa tardiva della coscienza, con restituzione di solito incompleta delle funzioni oppure l'approdo definitivo del paziente nello Stato Vegetativo Permanente, praticamente irreversibile quando lo SVP perdura oltre dodici mesi dopo una lesione traumatica o tre mesi dopo una lesione non traumatica. Il paziente in SVP respira, deglutisce, reagisce alla luce e al dolore, ha un ritmo sonno – veglia, anche se è in stato completo di incoscienza. Quindi si tratta di un individuo vivo e non ancora morto. In questa situazione clinica mentre c'è accordo a non ricorrere a particolari trattamenti, persistono divergenze circa le cure assistenziali da appor- tare in questi stati per assicurare la sopravvivenza e un certo grado di decoro e rispetto del paziente. Faggioni <sup>(35)</sup> sostiene che ad oggi non sarebbe possibile l'assoluta irreversibilità tra semplice persistenza e permanenza, pertanto interventi assistenziali in termini di cura non dovrebbero mai essere interrotti. La Pontificia Accademia delle Scienze <sup>(36), (37)</sup> a tal proposito distingue:

<sup>33</sup> M. Portigliatti Barbos, Eutanasia, in *Professione*, 7, pp. 5-9, 2000

<sup>34</sup> C. Defanti, Stato Vegetativo Persistente e Morte Corticale, *Le Scienze*, n. 88, Milano, 1996, 40 - 44

<sup>35</sup> M. Faggioni, Stato vegetativo persistente, *Studia Moralia*, XXXVI/ 2, 1998, 523-552

<sup>36</sup> Pontificia Academia Scientiarum, Chagas C. (ed.). Working Group on the Artificial Prolongation of Life the Determination of Exact Moment of Death, Città del Vaticano, 1985, trad. M. Morgante, L'eutanasia è un crimine, editrice elle di ci, Leumann (Torino), 1986, p. 46-47

<sup>37</sup> Pio XII nel 1950 a proposito delle prestazioni sanitarie da garantire ai malati terminali, prendendo come riferimento solo il mezzo distingueva:

mezzi ordinari (obbligatori): idratazione, alimentazione, cure igieniche;

mezzi straordinari (facoltativi): interventi chirurgici, chemioradioterapici, che contribuiscono a determinare dolore, rischio e costi eccessivi. Oggi preferiamo distinguere:

mezzi proporzionati

mezzi sproporzionati

prendendo in considerazione non solo il mezzo, ma anche lo stato clinico e i reali benefici che concretamente apportano al paziente. Nel caso del paziente in SVP l'idratazione, l'alimentazione e l'igiene personale, costituiscono cure ordinarie proporzionate, finalizzate ad evitare l'anticipazione della morte, lasciando il naturale decorso della malattia di base.

trattamento (treatment) si intende qualunque intervento medico (chemioterapia, radioterapia) o chirurgico, di diversa complessità tecnica e di costi economici e umani, disponibile ed appropriato per trattare un dato caso clinico, finalizzato alla guarigione, al miglioramento o alla stabilizzazione delle condizioni psico - fisiche di un paziente: nel caso di coma persistente c'è accordo di non intervenire con trattamenti particolari;

cura (care) cioè ogni intervento medico, psicologico ed assistenziale finalizzati a mantenere le condizioni psicofisiche del paziente nel migliore stato fino al momento della morte. Tra le cure ricordiamo l'idratazione, l'alimentazione, la sedazione del dolore e la prevenzione della formazione delle piaghe da decubito che vanno sempre attuate <sup>(38)</sup>. D'altronde il magistero ecclesiale si era espresso in tal senso nel 1981 quando definiva i mezzi minimali obbligatori <sup>(39)</sup> quali appunto alimentazione, e ribadiva l'obbligo stretto di proseguire ad ogni costo l'applicazione di tali mezzi.

La medicina ippocratica, che spesso gli operatori sanitari dimenticano, sosteneva "medicus curat, natura sanat". L'intervento terapeutico trova le sue limitazioni proprio quando il paziente si trova in stato terminale e deve lasciare spazio al teleologismo intrinseco della natura dell'essere. Nell'ottica del rapporto medico - malato fondato su l'alleanza dei due attori, nessuno può predominare sull'altro, ma in virtù del principio costitutivo e direttivo della natura umana, il medico non può prendere iniziative sia per accorciare che per allungare inutilmente la vita del paziente, ormai arrivato alla fine della sua esistenza. Ma per lo stesso principio della coesistenzialità umana, un paziente non può rivendicare il diritto all'eutanasia, né all'accanimento terapeutico, ma vige il dovere della tutela di questa coesistenzialità su cui si fonda la società. La stessa medicina, riveste il suo carattere terapeutico nel momento in cui procura salus al malato secondo la legge della natura. Nei confronti di una malattia incurabile, la medicina offre le sue competenze, e le sue limitazioni non si configurano come sconfitte ma riconoscimento dei suoi limiti costitutivi. In questo senso si collocano le cure assistenziali proporzionali e le cure palliative. Queste prestazioni sanitarie pur non apportando la guarigione, alleviano le sofferenze e a livello simbolico realizzano quell'essere con gli altri, attraverso l'essere-accanto, superando il clima solipsistico diffuso nel malato terminale, realizzando la coesistenzialità costitutiva dell'essere. La morte così diventa compartecipazione, cioè esperienza umana relazionale.

I sostenitori della qualità della vita <sup>(40)</sup>, quale parametro di sensatezza e di diritto a trattamenti ad una persona malata, criticano i difensori dell'etica della sacralità della vita, in quanto intravederebbero nel rifiuto all'accanimento terapeutico

---

<sup>38</sup> S. Leone, *Il malato terminale*, San Paolo, 1996

<sup>39</sup> Pontificio Consiglio "Cor Unum", *Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, 27 maggio 1981, Edizioni Dehoniane Bologna, 1982, p.19

<sup>40</sup> M. Mori, *Il filosofo e l'etica della vita*, in A. Di Meo, C. Mancina, *Bioetica*, Laterza, Bari, 1989, p. 95

---

l'assunzione della qualità della vita come elemento discriminante nelle opzioni terapeutiche. Però l'errore della loro logica interpretativa starebbe nel considerare la sacralità della vita in un'ottica materialistica. In realtà i sostenitori della sacralità della vita, considerano la vita del soggetto umano come un valore trascendentale che si manifesta nella quotidianità in virtù di quella coesistenzialità costitutiva di ogni uomo, mentre la componente biologica rappresenterebbe una categoria empirica della vita stessa. Così inteso, il valore vita è distinto dal mero rilievo biologico, anzi lo supera e gli conferisce un orizzonte di senso, e nei confronti del malato terminale autorizza la coscienza morale dell'operatore sanitario ad abbandonare le cure sproporzionate.

## Norme redazionali per gli Autori

**L**a “Rassegna di Medicina Legale Previdenziale”, di seguito denominata MP, pubblica lavori originali su argomenti di medicina legale e/o di discipline cliniche di interesse previdenziale.

L’invio del dattiloscritto sottintende che il lavoro non è già stato pubblicato e che, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né parzialmente se non a condizione che ne venga citata la fonte.

La collaborazione è aperta a tutti.

I lavori esprimono contenutisticamente i personali convincimenti dei rispettivi Autori che assumono a carico la responsabilità piena di quanto affermato.

La Rivista, pertanto, non impegna in tal senso la sua responsabilità, pur riservandosi il diritto di non pubblicare quegli elaborati pervenuti che siano in palese contrasto con le linee strategiche perseguite dall’Istituto Nazionale della Previdenza Sociale.

I lavori vengono sottoposti all’esame del Comitato di Redazione che, quindi, può accettarli, rifiutarli, accettarli con riserva e facoltà sia di suggerire agli Autori eventuali modifiche sia di apportarle autonomamente qualora esse non entrino nella sostanza del prodotto.

La Redazione della rivista correggerà d’ufficio le bozze in base all’originale pervenuto.

Gli originali - testo, grafici, fotografie, tabelle - non saranno restituiti, anche se non pubblicati.

I dattiloscritti devono pervenire - via posta - al seguente indirizzo:

Direttore Scientifico di MP - Maurizio Ceccarelli Morolli

Coordinamento Generale Medico Legale

Via Chopin, 49 - 00144 - ROMA

La Redazione declina ogni responsabilità per eventuali smarrimenti del plico.

Gli Autori devono spedire l’elaborato in duplice copia e corredarlo, ove possibile, di relativo disk-file verificato con idoneo Viruscan e digitato in videoscrittu-

ra preferibilmente Windows-compatibile; inoltre, deve essere allegata una lettera di autorizzazione alla pubblicazione dove sia specificato l'esatto recapito postale a cui si desidera ricevere eventuale corrispondenza.

La Rivista prevede attualmente:

*Sezioni comunque presenti*

- 1) editoriali
- 2) lavori scientifici originali
- 3) consulenze tecniche di parte e/o d'ufficio

*Sezioni non costantemente presenti*

- 1) posta per il Direttore Scientifico
- 2) comunicazioni, convegni/congressi e loro resoconti
- 3) angolo dell'infermiere

#### DATTILOSCRITTI

I lavori devono essere dattiloscritti chiaramente; tutte le pagine, comprese quelle della bibliografia, devono essere progressivamente numerate. L'elaborato deve svolgersi su una media di circa 20-25 pagine, essendo tuttavia ammesse eccezioni.

#### TABELLE

Le tabelle, numerate progressivamente con numeri arabi, devono essere battute su fogli separati dal testo. La didascalia deve contenere le informazioni necessarie per interpretare la tabella stessa. Nel punto del testo dove si esplica il significato della tabella proposta, la parola "tabella" deve essere scritta per esteso e seguita dal numero d'ordine.

#### FIGURE E GRAFICI

Le figure e i grafici devono essere numerati progressivamente con numeri arabi. Per le sole figure, le rispettive didascalie devono essere stampate su fogli a parte.

Nel dattiloscritto deve essere indicato il posto loro destinato.

Eventuali grafici e fotografie - che possono essere pubblicati solo in bianco e nero - devono essere ben contrastati e stampati con le dizioni chiare e leggibili e contrassegnati con le indicazioni "alto" e "basso".

Nel punto del testo dove si esplica il significato della figura proposta, la parola "figura" deve essere scritta per esteso e seguita dal numero d'ordine.



## RIASSUNTO

Il riassunto deve esporre in modo conciso (30 righe dattiloscritte circa), ma in modo sufficientemente illustrativo, il contenuto, i risultati e le conclusioni del lavoro.

## BIBLIOGRAFIA

La correttezza e la completezza delle citazioni bibliografiche, che devono essere elencate in fogli a parte e non in calce alle pagine del lavoro, ricade sotto la responsabilità dell'Autore. La bibliografia, che deve comprendere i soli Autori citati nel testo, va numerata con numeri arabi e posta in ordine alfabetico.

Per ogni voce si devono riportare:

- il cognome e l'iniziale del nome degli Autori: si devono elencare tutti gli Autori se fino a quattro, mentre se in numero superiore vanno elencati solo i primi tre seguiti da: ...e coll.;
- il titolo originale dell'articolo;
- il titolo della Rivista;
- l'anno della pubblicazione;
- il numero del volume;
- il numero di pagine iniziale e finale.

Per pubblicazioni non periodiche, devono essere indicati il cognome e l'iniziale del nome degli Autori; il titolo; il luogo di pubblicazione; l'Editore; l'anno di pubblicazione; specificare il sito internet, nel caso che la bibliografia sia on-line.

## INTERNET

Documenti e materiali pubblicati possono essere mostrati, riformattati e stampati esclusivamente ad uso personale. Senza il consenso dell'Editore, gli utenti internauti accettano di non riprodurre, ritrasmettere, fornire, vendere, divulgare o diffondere le informazioni, i documenti e i materiali pubblicati su **www.inps.it** .

---

***Direttore: ANTONIO PRAUSCELLO - Direttore Responsabile: ANNALISA GUIDOTTI***

---

**REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE**

**INPS - Direzione Generale**

**Relazioni Esterne**

**Via Ciro il Grande, 21 - 00144 Roma - Eur**

**Tel. 06/59055125 - Fax 06/59055114**

**[www.inps.it](http://www.inps.it) (Informazioni → le pubblicazioni)**

**Fotocomposizione e Stampa: Interstampa s.r.l.**

**Via Barbana, 33 - 00142 Roma - Tel. 06.54.03.349**

**[www.interstampa.it](http://www.interstampa.it) - EMAIL: [info@interstampa.it](mailto:info@interstampa.it)**

---

**Autorizzazione Tribunale di Roma N. 39488 del 6 luglio 1998**

---

**Finito di stampare nel mese di giugno 2003**