

# **CAPITOLO I**

## **CENNI INTRODUTTIVI SULLE TEMATICHE DEL FINE VITA**

### **1. Premessa**

Il primo Capitolo del seguente operato riveste volutamente un carattere introduttivo al fine di rendere noto quale sarà l'oggetto di tale studio attraverso una parentesi etimologico-definitoria e storica che fungerà da canale di immissione nelle numerose e complesse problematiche sollevate dalla, oggi più attuale che mai, questione eutanasi. Imprescindibile punto di partenza sarà l'analisi del termine eutanasi e la definizione accoltane oggigiorno. Seguirà un breve accenno alle pratiche realizzatesi sin dall'antichità che, seppur ancor prive di riferimenti definitivi, possono certamente essere considerate "eutanasiche". Tale raffronto, che ho trovato nel corso dei miei studi altamente interessante, aiuta a comprendere come l'uomo abbia legittimato la propria intercessione nei processi biologici vitali adducendone ragioni di fondo di volta in volta dipendenti da molteplici fattori, quali quelli di ordine religioso, culturale, storico o scientifico. Sorvolando in rapida analisi secoli di storia, analizzeremo i differenti caratteri assunti dall'eutanasi, partendo dall'accezione "economico-utilitaristica" che pare affiorare per la prima volta nelle antiche civiltà, e di come gli sviluppi della stessa propagatisi nella storia abbiano assunto i caratteri della pratica eugenetica. Nella trattazione di quest'ultima ho ritenuto doveroso soffermare l'attenzione sull'ideologia eutanasi sviluppatasi durante il regime nazionalsocialista, data la complessità delle premesse su cui tale programma di sterminio fu fondato e le rilevanti riflessioni a cui ha dato seguito, che hanno comportato il riaffiorare di dibattiti sulle

tematiche del fine vita. Passeremo poi ad analizzare il concetto di morte e, seguendo un approccio interdisciplinare, tenderemo a fornire una risposta ad alcuni interrogativi, tra cui: esiste una definizione universale di morte e qual è il criterio generalmente accettato per constatarla? Infine, attraverso un'ottica storica del mutare della percezione sociale di morte, questo capitolo volgerà al termine, conducendoci all'odierna concezione di "morte proibita" riflettendo conclusivamente di come tale evento risulti "denaturalizzato" e di come risulti caratterizzato da forte tecnicismo attraverso l'ospedalizzazione dei morenti ormai trasformati in malati.

## **2. Eutanasia: Etimologia del termine**

Ineludibile, nell'approccio dello studio di un qualsivoglia fenomeno, risulta l'analisi semantica del termine che lo definisce e la riflessione circa l'accezione largamente accolta del concetto in questione, al fine di comprenderne le origini storiche e la condivisa definizione datane anche dalle singole discipline avvicendatesi nel suddetto studio. Tale analisi etimologica e definitoria rischia però, di non riuscire a garantire il fine di uniformità e di tendenziale accettazione nel caso in cui si tratti di studi vertenti concetti estremamente mutevoli per i quali risulta impossibile pervenire ad una condivisa definizione a carattere universale, quali il concetto di vita o di morte. Alla luce di tale riflessione, risulta evidente che lo stesso oggetto di tale studio presenti caratteri di forte relatività circa il modo di intenderlo e qualificarlo in quanto in esso, è insita la percezione etica e la morale in riferimento ad un determinato contesto socio- culturale e scientifico da un lato, a all'individuo nella sua singolarità, dall'altro.

Etimologicamente la parola eutanasia deriva dal greco "ευθανασία" composta da "εὖ" , bene e "θάνατος", morte che

letteralmente assume il significato di buona morte o morte dolce<sup>1</sup>. Il termine sta ad indicare “un’azione od omissione che per natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore”<sup>2</sup>. Consiste dunque nell’atto compiuto da un terzo che deliberatamente pone termine al processo vitale di una persona che versa in gravissime condizioni di salute, su esplicita richiesta della stessa, al fine di alleviarne dolori e sofferenze . Questa l’odierna accezione del termine riferentesi al concetto di “eutanasia liberale”<sup>3</sup>.

Per la prima volta nella lingua moderna occidentale, fu il filosofo inglese Francis Bacon nel suo Saggio *Of the Proficiency and Advancement of Learning* a collegare l’idea di eutanasia<sup>4</sup> ad un intervento medico volto ad assicurare un trapasso facile e tranquillo e a considerarla “[...] inseparabile dalla figura di un medico che procura la dolce morte”<sup>5</sup>. Egli chiamerà questo accompagnamento ad una dolce morte “eutanasia interiore” introducendo l’accezione moderna del termine e mantenendone al contempo l’antico significato intendendone il lavoro spirituale che mira ad una “buona

---

<sup>1</sup> Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull’eutanasia* (05.05.1980), in *Enchiridion Vaticanum*, VII, p.p. 332-351;

<sup>2</sup> Patrick Werspieren, *Eutanasia? Dall’acquinamento terapeutico all’accompagnamento dei moribondi*, Paoline, Milano , 1985, p. 140;

<sup>3</sup> Per un’ampia analisi dell’accezione liberale dell’eutanasia vedasi: Aldo Rocco Vitale, *L’eutanasia come problema biogiuridico*, FrancoAngeli, 2017, p.p. 33 ss.;

<sup>4</sup> La prima traccia scritta dell’idea di “eutanasia” parrebbe doversi attribuire a Giulio Capitolino che lo usa in riferimento all’imperatore Antonino Pio, spentosi a 74 anni volgendosi nel letto “... come per dormire e morì tranquillamente” (*Historia Augusta, Vite di Adriano, Antonino Pio, Marco Aurelio, Lucio Vero, Avidio Cassio e Commodo*, Cap. XII).

Il Dizionario di Medicina Treccani 2010, attribuisce invece il suo primo uso allo scrittore latino Gaio Svetonio Tranquillo, sempre per descrivere la morte che colse l’imperatore Antonino Pio “a guisa di sonno dolce e tranquillo”;

<sup>5</sup> Giuseppe Zeppugno, Enrico Larghero (a cura di), *Dalla parte della vita – II: Itinerari di bioetica –II*, Effata Editrice IT, 2008;

preparazione all'uscita dell'anima dal corpo".<sup>6</sup> In questo saggio, Bacon esortava i medici a non abbandonare i malati inguaribili e ad alleviarne le sofferenze. Nel pensiero del filosofo non risulta ravvisabile tuttavia il concetto esplicito di "dare la morte": «*Io penso che l'ufficio del medico non è soltanto quello di ristabilire la salute ma anche quello di mitigare i dolori e le sofferenze causate dalla malattia; e non solo quando ciò, come eliminazione di un sintomo pericoloso, può giovare a condurre alla guarigione, ma anche quando, perdutasi ogni speranza di guarigione, tale mitigazione serve soltanto per rendere la morte facile e serena [...]»*<sup>7</sup>. Scopo del medico era solo quello di far sì che la morte, comunque sopraggiunta in modo "naturale", fosse serena, scevra da dolori. Non morte voluta o attivamente provocata ma morte subita e accettata come risultato del naturale decorso biologico. Bacon non offre indicazioni chiare su quali dovessero essere i mezzi da utilizzare per favorire tale "morte serena" ma attraverso raffronti con pratiche volte a tal fine e sviluppatasi nelle epoche antecedenti, incitava la scienza medica alla ricerca e allo sviluppo di un'arte che garantisse effetti anestetici che gli antichi si procuravano altrimenti.

Oggi invece l'eutanasia certamente risulta essere una pratica "pietosa" attraverso la quale però si giunge al punto di arrestare anzitempo il processo vitale: sorge così il concetto di "dare la morte". Le ragioni di tale differente approccio alla morte e alla vita sono dipendenti in larga parte dagli imponenti traguardi raggiunti nel campo medico e scientifico ai nostri giorni: in passato, ad esempio, non si prevedevano ancora tecniche che garantissero un "prolungamento artificiale della vita umana" da cui potessero derivare poi, le connesse problematiche di interruzione o non

---

<sup>6</sup> Francis Bacon, *De Augmentis Scientiarum*, (1623) [trad. it. *Della dignità e del progresso delle scienze*, in Id., *Opere*, Laterza, Bari, 1965, vol. II, p. 215];

<sup>7</sup> *Ivi* p. 214;

cominciamento di tali trattamenti (nel caso in cui non siano considerati atti a migliorare le condizioni psico-fisiche di un paziente o laddove considerati contrastanti con la morale dello stesso).

Gli imponenti risultati raggiunti in campo medico, incidendo maggiormente sul ciclo vitale degli individui, hanno sollevato dilemmi ed un ripensamento dei concetti di ‘malattia’, di ‘morte’, di ‘vita’ ai quali si affiancano gli emergenti concetti di ‘accanimento terapeutico’, ‘consenso informato’ e ‘morte dignitosa’<sup>8</sup>.

Prima di approfondire l’analisi di tali dibattiti concettuali sorge spontanea una questione alla quale intendo dar preliminarmente una, sia pur breve, risposta: In quale epoca storica possono dirsi realizzate le prime pratiche eutanasiche? Cosa ne ha comportato lo stravolgersi inesorabile della definizione, della legittimazione e del fine ultimo per il quale si ricorre ad esse? In altri termini: cosa ha consentito il passaggio da un’accezione di “eutanasia sociale” a quella attuale, odierna, di “libera autodeterminazione”?

## ***2.1 Origine della pratica e diffusione storico-politica***

Seppure il termine eutanasia non fosse stato ancora esplicitamente coniato, la scelta di porre fine anzitempo alla propria vita affiora fin dagli albori delle civiltà assumendo connotazioni differenti<sup>9</sup>. Molte sono le pratiche realizzatesi nel corso

---

<sup>8</sup> Per una ampia analisi dei concetti vedasi: Carlo Casonato, *Introduzione al biodiritto*, 3 edizione, Giappichelli, 2012; Biagio Salvemini, Francesco Benigno, *Progetto storia – Percorsi interdisciplinari. Scienza, tecnica e società*, vol. II, *Ricerca, istituzioni, tecnologie*, 1650-1900, Gius. Laterza & Figli Spa, 2002;

dei tempi che possono considerarsi declinazioni della macro-categoria concettuale dell'eutanasia benché in nessuna epoca giungerà mai a riconoscersi un esplicito “diritto a morire”. Le ragioni legittimanti tali pratiche furono disparate ed i dibattiti circa la dubbia correttezza etica e morale delle stesse comportarono spesso difformità di vedute. Di tali declinazioni accenneremo succintamente al fine di comprendere come sia mutato il rapporto tra l'uomo e la morte nei secoli. Comprendere tale mutamento e le ragioni che ne costituiscono la base è fondamentale per affrontare le problematiche attuali e i dibattiti che si susseguono al giorno d'oggi sulle tematiche dell'eutanasia, in quanto esso, il rapporto uomo-morte, ne costituisce il nucleo centrale. Testimonianze rendono noto di come pratiche selettive fossero presenti sin dalle antiche civiltà tra cui quella latina e spartana<sup>10</sup>, o nell'antica Grecia in cui ad esempio, *“il concetto di eutanasia è saldamente ancorato al suo significato etimologico e rinvia alla morte come qualcosa di subìto, ad un destino non decidibile, [...] a cui l'uomo non può che sottomettersi [...]”*<sup>11</sup>. La

---

<sup>9</sup> Salvatore Amato, professore ordinario di Filosofia del Diritto nel dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Catania, e componente del Comitato nazionale per la Bioetica della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ritiene che, date le differenti visioni che si sono succedute, debba parlarsi non di una semplice e monolitica concezione univoca intorno all' eutanasia ma semmai di “*eutanasie*”. Salvatore Amato, *Eutanasie. Il diritto di fronte alla fine della vita*, Giappichelli, Torino, 2011;

<sup>10</sup> Esempi di pratiche eutanasiche, anche di massa, risalgono alla società militare della città di Sparta in cui *“venivano gettati dalla rupe storpi, vecchi, moribondi [...]”*, cioè coloro che per carenza di requisiti fisici non erano in grado di affrontare la battaglia. Trattasi di forme di eutanasia *“utilitaristica”* in cui l'individuo è considerato in quanto unità funzionale e in rapporto ai benefici che può apportare. Sara Mezzaglia, *Eutanasia. Diritto a vivere e a morire*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2011, pag. 34; Andrea Porcarelli, *L'eutanasia nella storia*, in [www.portaledibioetica.it](http://www.portaledibioetica.it);

buona morte, priva di sofferenze era accettata e suggellata dai riti compiuti dalle persone care, era la morte che ciascuno auspicava per sé e per i propri familiari. Una considerazione simile della “morte procurata” sorge in epoca Romana, teatro di un grande numero di suicidi politici e comandati; nelle opere dei classici latini affiora un concetto di “esistenza degna”, la cui dignità era considerata strettamente dipendente dalla virtù e dalla felicità degli uomini: al venir meno di queste ultime, si legittimava o quasi si imponeva la “scelta della morte”<sup>12</sup>. Basti citare Seneca, nelle cui opere si evince la generica accettazione e legittimazione esistente all’epoca del suicidio<sup>13</sup>. Ciò che conta, per Seneca, non è vivere a lungo ma vivere bene, (“*Quae, ut scis, non semper retinanda est; non enim vivere bonum est, sed bene vivere...*”)<sup>14</sup>, e dunque risulta opportuno avvicinare la morte nel caso in cui un individuo non abbia la possibilità di vivere una vita “secondo natura”, quasi giungendo a ritenere il suicidio in grado di generare libertà e nobiltà. In tale epoca, dunque, la scelta di porre fine alla propria vita era da considerarsi legittima se fondata su motivazioni onorabili o se dettata da un personale convincimento che considerasse più virtuoso o degno l’atto di procurarsi la morte rispetto al proseguimento della stessa<sup>15</sup>. Lo stesso Seneca fu autore di suicidio, causa una pena

---

<sup>11</sup> Aldo Rocco Vitale, *L'eutanasia come problema biogiuridico*, FrancoAngeli, 2017;

<sup>12</sup> Arrigo Diego Manfredini, *Il suicidio: studi di diritto romano*; G. Giappichelli, 2008;

<sup>13</sup> Francesco Paolo de Ceglia (a cura di), *Storia della definizione di morte*, FrancoAngeli, 2014;

<sup>14</sup> “*Non è opportuno, lo sai, conservare la vita in ogni caso; essa infatti non è di per sé un bene; lo è invece, vivere come si deve...*” Lettera LXXXV Seneca, *Ad Lucilium Epistulae morales*, traduzione tratta da *Lettere a Lucilio*, Zanichelli, Bologna 1954, VOL. II, pp. 253-273;

comminatagli dall'imperatore Nerone<sup>16</sup>, malgrado ciò, merita di essere ricordato in quanto solerte esecutore di una altrui eutanasia. Consapevole dell'imminente e inevitabile epilogo della vita del proprio amato, Paolina, moglie di Seneca, lo esorta affinché il gesto del carnefice potesse ricadere anche su se stessa, al fine di evitare una morte sofferente. Con tutta evidenza si tratta di un gesto di eutanasia attiva e volontaria, in quanto Paolina esprime liberamente il proprio consenso<sup>17</sup>: «[...] Seneca allora, per non opporsi alla gloria della moglie, e anche per amore, non volendo lasciare esposta alle offese di Nerone la donna che unicamente amava: - Ti avevo indicato – le disse – come alleviare il dolore della vita, ma tu preferisci l'onore della morte: non mi opporrò a questo gesto esemplare. [...] Dopo di che il ferro recide, con un colpo solo, le vene delle loro braccia»<sup>18</sup>. Il suicidio sarà considerato un atto eticamente accettabile e in alcuni casi degno di rispetto, anche in seguito, dalle principali correnti di pensiero nell'ambito della filosofia morale in epoca classica pre-cristiana, ossia l'epicureismo e lo stoicismo. Ammirevoli saranno considerati esempi di suicidio come quello di

---

<sup>15</sup> Platone condanna “... colui che solo per ignavia e per la viltà del codardo si impone una pena ingiusta”, ritenendo che un uomo simile debba essere sepolto isolatamente, senza onori, in terra incolta ai confini dello Stato e senza alcuna lapide funeraria. Considera benevolmente il suicidio di chi, come Socrate, si uccide perché gli è imposto dalla città, di chi vi è costretto da una sventura dolorosa e inevitabile e di chi ha avuto in sorte una vergogna incancellabile e insopportabile. Platone, *Repubblica*, IX, 873c-d [trad. it. In Id., *Opere*, vol. VI, p. 119];

<sup>16</sup> Nerone aveva scoperto che Seneca era coinvolto in una congiura anti-imperiale, in un complotto ordito da numerosi personaggi. Dopo aver catturato e condannato a morte i sovversivi, concede a Seneca la possibilità di “fare da sé”. Come ampiamente spiegato in: Aldo Rocco Vitale, *L'eutanasia come problema biogiuridico*, FrancoAngeli, 2017, p. 21;

<sup>17</sup> Aldo Rocco Vitale, *L'eutanasia come problema biogiuridico*, FrancoAngeli, 2017;

<sup>18</sup> Tacito, *Annali*, Garzanti, Milano, 2000, XV, 62- 63, Vol. 2, p.p. 783-785;

Socrate e dello stesso Seneca, l'uomo che si procurava la morte ponendo fine ad una vita ormai divenuta indegna, era da considerarsi virtuoso ed il suicidio in determinati casi era considerato l'unica via praticabile per la libertà. Nella Repubblica di Platone (375 a.C. c.a), considerato il più illustre precursore degli eutanatisti, ritroviamo un riferimento che parrebbe invece anticipare i primi caratteri di quella che sarà denominata "eugenetica": «*Pertanto stabilirai per legge nella città una medicina e un'arte giudiziaria nelle forme che abbiamo descritto, in maniera che curino soltanto i cittadini validi nel corpo e nell'anima e, quanto agli altri, i medici lascino morire coloro che presentano difetti fisici, i giudici sopprimano coloro che sono guasti e incurabili nell'anima*»<sup>19</sup>. Acclamava i progressi in ambito medico che potessero essere di supporto ai soggetti considerati "guaribili" e che necessitavano dunque di cure al solo fine di ristabilire una condizione fisica momentaneamente alterata, e con fermezza dichiarava priva di una qualsivoglia forma di utilità e di scopo la vita dei chiamati "inguaribili". Nota come "eutanasia economica"<sup>20</sup> o "eutanasia eugenica"<sup>21</sup>, si differenzia dalla più conosciuta e successiva forma di "eutanasia pietosa". Il risultato raggiunto è lo stesso, arrestare il processo biologico vitale, ma non appare complesso constatare che differenti sono i mezzi utilizzati, le modalità delle pratiche e soprattutto diverso è il fine: non "soppressione" della vita al fine di alleviare le sofferenze di chi volontariamente invoca tale esito (eutanasia pietosa o liberale), ma selezione, volta ad individuare chi fosse "atto alla vita". Nella Repubblica Platone per la prima volta, delinea l'interconnessione tra

---

<sup>19</sup> Platone, *Repubblica*, IX, 873c-d [trad. it. In Id., *Opere*, vol. VI];

<sup>20</sup> Consistente nella eliminazione di soggetti incurabili, invalidi, vecchi, allo scopo di realizzare un bilanciamento tra *costi* e *benefici*: Francesco Antolisei, *Manuale di diritto penale, Parte speciale*, I, Giuffrè, Milano, 1992;

<sup>21</sup> Con la finalità di selezionare la razza: *Ivi* p.p. 59 ss.;

la costruzione di una società migliore e la selezione genetica, dichiarando che “i matrimoni dovevano essere stabiliti dai guardiani (governanti) della Repubblica, per garantire solo ai migliori (ad esempio i guerrieri) di riprodursi, assicurando una continuità nella progenie”<sup>22</sup>. Scrive difatti Platone: «“*In base a quanto si è convenuto*”... *i maschi migliori devono unirsi il più spesso possibile alle femmine migliori, e al contrario i maschi peggiori alle femmine peggiori; e i figli degli uni vanno allevati, quelli degli altri no, se il gregge dev'essere quanto mai eccellente...*»<sup>23</sup>. Tale ideologia di Platone sarà poi adottata secoli dopo a sostegno della logica razzista del III Reich divenendo oggetto di insegnamento nei corsi di storia e di greco della scuola secondaria, in un’ottica di eugenismo e determinismo sociale. Ancor prima dell’approdo all’eugenetica nazionalsocialista, la percezione della morte proseguirà inesorabilmente nel suo mutarsi e con essa muteranno di conseguenza le ragioni legittimanti o meno gli atti di intercessione umana nel processo vitale. Una differente visione sarà adottata solo nel 1516 da Tommaso Moro che nel suo “Utopia” intende la morte come “cura palliativa” e dunque per la prima volta incentrata sulle sofferenze del soggetto morente e, benché non utilizzi il termine “eutanasia”, tale concetto è chiaramente presente nella suddetta opera in un’accezione di eutanasia volontaria che esprime un genuino spirito di carità per i malati. Moro ritiene che uno dei compiti della repubblica sia quello di prestare tutte le cure necessarie ai malati, seppure trattasi di malati inguaribili, ma che sia doveroso arrestare tali cure quando la certezza dell’esito infausto sia accompagnata da patimenti insopportabili per il morente. Invoca dunque il malato, i magistrati e i sacerdoti a compiere questo “atto religioso e santo”: «

---

<sup>22</sup> Silvia Marinozzi (a cura di), *Medicina eugenica e Shoah: Ricordare il male e promuovere la bioetica*, Sapienza Università Editrice, 2018, p.p. 25 ss.;

<sup>23</sup> Platone, *Repubblica*, IX, 873c-d [trad. it. In Id., *Opere*, vol. VI, p. 119];

*Se poi il male non solo è inguaribile, ma dà al paziente di continuo sofferenze atroci, allora sacerdoti e magistrati, visto che è inetto a qualsiasi compito, molesto agli altri e gravoso a se stesso, sopravvive insomma alla propria morte, lo esortano a non porsi in capo di prolungare ancora quella peste funesta, e giacché la sua vita non è che tormento, a non esitare a morire; anzi fiduciosamente si liberi lui stesso da quella vita amara come da prigionia o supplizio, ovvero consenta di sua volontà a farsene strappare dagli altri: sarebbe questo un atto di saggezza, se con la morte troncherà non gli agi ma un martirio, sarebbe un atto religioso e santo...»<sup>24</sup>. Ma l'ideologia di Tommaso Moro era destinata ad essere soppressa nell'epoca in cui fu avanzata: l'avvento delle associazioni religiose quali il cristianesimo,<sup>25</sup> l'ebraismo<sup>26</sup> e l'islamismo<sup>27</sup>, cristallizzarono*

---

<sup>24</sup> Tommaso Moro, *Utopia*, (1516) [trad. it. *Utopia*, Laterza, Bari, 1982, p.p. 97–98];

<sup>25</sup> Per il cristianesimo, contrario a qualsivoglia forma di eutanasia, la vita è un dono indisponibile e la morte essendo parte di quel processo vitale, si presenta anch'essa come un evento indisponibile (il morire non dipende dall'uomo), dunque nessuno può scegliere autonomamente di porre termine ad un'esistenza e surrogarsi in un compito spettante unicamente a Dio. *“Nessuno può attentare alla vita di un uomo innocente senza opporsi all'amore di Dio per lui, senza violare un diritto fondamentale, inammissibile e inalienabile, senza commettere, perciò, un crimine di estrema gravità” e ancora “ la morte volontaria ossia il suicidio è, pertanto, inaccettabile al pari dell'omicidio: un simile atto costituisce, infatti, da parte dell'uomo, il rifiuto della sovranità di Dio e del suo disegno di amore [...]”*. Tratto da : Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia* (05.05.1980), in *Enchiridion Vaticanum*, VII;

<sup>26</sup> La tradizione rabbinica sviluppa l'imposizione della Bibbia di “non uccidere”, affermando che nessuno può legittimamente disporre della vita altrui e neppure della propria. Il timore è quello della relativizzazione del concetto sacrale di vita, e dell'apertura di una breccia che possa progressivamente allargarsi: *“Se si*

il principio di indisponibilità del bene vita e fermamente contrastarono qualsiasi possibile atto umano di intercessione nei processi biologici. La condanna morale e divina si tradusse quindi in legale, trovando successivamente enunciazione negli ordinamenti giuridici della quasi totalità degli stati<sup>28</sup>. Nell'orizzonte culturale della tradizione cristiana muta anche la figura del medico che va ad essere percepita come una figura quasi sacerdotale in grado di collaborare attivamente all'azione salvifica divina<sup>29</sup>. Tale figura di medico va ad incardinarsi perfettamente con quella evidenziata nel noto Giuramento di Ippocrate (circa 420 a.C.), primo testo deontologico della storia della medicina, che ben si adatta

---

*diminuisce il valore della vita di un uomo perché questi sta per morire, la vita dell'uomo in generale perde il suo valore assoluto e diventa relativa".* Al contempo, la tradizione rabbinica, sostiene la necessità di sospendere le cure che prolungano il processo del morire, di rinunciare a terapie dolorose che possono prolungare la vita del paziente, con esclusione delle forme minime di assistenza come ossigeno e cibo, e di fornire analgesici anche in dosi massicce in fase terminale in quanto il beneficio arrecato giustificerebbe il rischio di affrettare la morte.

Tratto da: Immanuel Jakobovitz, *jewish medical ethics*, p. 152, dell'ediz. ebraica, Jerusalem 1966;

<sup>27</sup> Per l'islamismo la santità della vita umana è un valore basilare decretato da Dio, non esiste diritto al suicidio, considerato un grave peccato, in quanto ciascuno è titolare di vita ma non padrone di essa. Il concetto di "vita indegna" e, allo stesso modo, il concetto di "sofferenze insopportabili" sono estranei all'islamismo. Il dolore è considerato parte del processo vitale e bisogna affrontarlo. *"Chiunque uccida una persona e' come se avesse ucciso tutta l'umanità, e chiunque salvi una persona, e' come se avesse salvato tutta l'umanità".* (5:32). Alessandro Bausani (a cura di), *Il Corano*, Rizzoli, 2006;

<sup>28</sup> G. Lucchetti, D. Masini, F. Mattioli, *Spunti per un'indagine sull'eutanasia nel mondo antico* in Stefano Canestrari, G. Cimbalò, G. Pappalardo (a cura di), *Eutanasia e diritto. Confronto tra discipline*, Giappichelli, Torino, 2003;

<sup>29</sup> Massimo Reichlin, *L'etica e la buona morte*, Edizioni comunità, Torino 2002, p. 49;

all'ideologia cristiana. Il Giuramento sancisce, difatti, il dovere imposto al medico di astenersi dal somministrare farmaci che possano condurre alla morte. A fondamento di tale divieto si pone proprio il rispetto della dignità della vita e della dignità del malato: «... *Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio...*»<sup>30</sup>. Accanto alla prescrizione negativa del divieto di eutanasia (e di aborto) che professa una certa forma di sacralità della vita, si riafferma in positivo l'impegno del medico non solo ad occuparsi della salute corporea dei pazienti ma anche a rendere salva e preparare al trapasso la loro anima. Appare chiaro che sulla base di tale sfondo culturale e religioso tutto il Medioevo risulta pressoché esente da qualsiasi forma di dibattito o disquisizione sull'eutanasia, considerata una pratica immorale e senza dubbio vietata. Una prima incrinatura di tali doveri del medico nell'ottica di indisponibilità del bene vita va ravvisata nell'assenso mostrato da medici inglesi e americani ad un discorso in favore dell'eutanasia pronunciato presso il Birmingham Speculative Club dallo studioso Samuel Williams nel 1870 che costituì il monito per l'avvio di un dibattito che si protrarrà fino al 1936, anno in cui fu presentata la prima proposta di legge per la legalizzazione dell'eutanasia al Parlamento inglese<sup>31</sup>.

---

<sup>30</sup> Ippocrate, *Il giuramento di Ippocrate* PILLOLE BUR, Bur, 2013;

<sup>31</sup> A partire da tale legge la parola eutanasia si arricchisce di un nuovo significato: non più "morte buona" né "morte facile", ma morte causata sospendendo ogni trattamento che mantiene in vita il paziente. Si assiste progressivamente anche al mutamento della figura del medico e assume rilevanza il quesito di quale sia effettivamente il suo compito di fronte a coloro che non possono essere curati, cui non si può prolungare la vita, e per i quali nessun farmaco riuscirebbe a colmare indicibili dolori. Sorge dunque la necessità di avviare un dibattito su tale tematica e la necessità di un testo legislativo che possa regolamentare tali fattispecie. Come precisamente riportato in Massimo Reichlin, *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino, 2002;

## **2.2. Gli albori dell'eugenetica: dall'evoluzionismo Darwiniano alle derive eugenetiche durante il nazionalsocialismo**

*“Una genesi dell'eutanasia può ravvisarsi solo prendendo in considerazione il pensiero che ne fonda la legittimità, quel pensiero che individua nell'eutanasia un preciso connotato dell'esperienza umana intorno alla libertà.”<sup>32</sup>.*

Il pensiero legittimante l'eutanasia è, come considerato, altamente mutevole. Il suo mutare sarà la causa del riaffiorare di tale pratica, seppure in termini e con modalità differenti, ossia sotto forma di eugenetica. Il termine eugenetica (o eugenica) deriva dal greco εὖ - buono e γένος - nascita, stirpe o razza ed è definita come lo studio delle tecniche volte al miglioramento della specie umana, attraverso la selezione di caratteri favorevoli (eugenetica positiva) e la rimozione di quelli sfavorevoli (eugenetica negativa)<sup>33</sup>. Benché il pensiero eugenetico, nelle sue diverse espressioni, non possa essere fatto risalire a una matrice univoca è possibile affermare, come accennato<sup>34</sup>, che l'ideologia platonica fu adottata come termine referenziale dalle nuove teorie sviluppatesi nel tempo, teorie che

---

<sup>32</sup> Per una completa analisi: Aldo Rocco Vitale, *L'eutanasia come problema biogiuridico*, FrancoAngeli, 2017;

<sup>33</sup> La definizione accolta dal dizionario Treccani alla voce “eugènica”: s. f. [dall'ingl. *eugenics*, der. del gr. εὐγενής «di buona nascita»]. – *Teoria (detta anche eugenetica) che si propone di ottenere un miglioramento della specie umana, attraverso le generazioni, in modo analogo a quanto si fa per gli animali e le piante in allevamento, distinguendo i caratteri ereditari in favorevoli, o eugenici, e sfavorevoli o disgenici, e cercando di favorire la diffusione dei primi (e. positiva) e di impedire quella dei secondi (e. negativa)*”;

<sup>34</sup> Rimando al paragrafo 3. *Origine della pratica e diffusione storico- politica della eutanasia*, della presente tesi;

resero poi possibile il dramma dello sterminio perpetrato durante il nazionalsocialismo. Antecedente rilevante ma, necessario specificare, non determinante in quanto l'eugenetica platonica presenta i caratteri di un'eugenetica "positiva" tesa al miglioramento della specie umana attraverso modalità che garantissero la sola diffusione dei caratteri ereditari favorevoli e che, in alcun modo propugnava tecniche che impedissero invece la diffusione di quelli sfavorevoli. Sembra più prudente affermare che Platone giustificasse la sottrazione sistematica di cure al paziente che fosse però incapace di contribuire attivamente alla vita sociale, in un'accezione dunque di "utilitarismo sociale" che proporziona il valore della vita individuale alla sua utilità per lo Stato, e ammettesse la liceità di non alimentare affatto i neonati concepiti aventi una costituzione fisica imperfetta, pratica che potrebbe essere considerata una forma di "eutanasia neonatale" su base eugenica. Per la propagazione del versante negativo sarà necessario attendere gli sviluppi degli studi di embriologia, istologia e soprattutto di genetica dei secoli successivi che, consentendo una corretta comprensione dei processi di riproduzione, ampliò l'interesse anche alla ricerca di presunte superiorità di determinate razze<sup>35</sup>. Decisivo, a tal fine, risultò lo sviluppo della microbiologia e della batteriologia che rivoluzionò la medicina a seguito della dimostrazione dell'origine microbica delle malattie infettive<sup>36</sup>. Nel corso del XIX secolo, sulla base di tali teorie

---

<sup>35</sup> Silvia Marinozzi (a cura di), *Medicina eugenica e shoah: Ricordare il male e promuovere la bioetica*, Sapienza Università Editrice, 2018, p. 26;

<sup>36</sup> A seguito delle nuove conoscenze acquisite in ambito medico, numerose furono le campagne di prevenzione e tutela della salute pubblica avviate: "La sterilizzazione di ambienti e oggetti altrimenti veicolanti microbi patogeni, la bonifica dei territori e le misure igienico-sanitarie sancite dalle istituzioni, la costruzione di specifici luoghi di cura e di isolamento dei malati contagiosi [...]". Rimando alla vasta analisi in: Silvia Marinozzi (a cura di), *Medicina eugenica e*

biologiche evolucionistiche ed eugeniche, si diede avvio a una sorta di classificazione tra diversi individui del genere umano secondo una scala gerarchica tra superiori e inferiori, secondo una differenza tra puri e impuri, che condurrà ad un processo inesorabile di disumanizzazione. Fondatore del termine e del movimento chiamato eugenetica fu Francis Galton<sup>37</sup>, esploratore e antropologo, autore delle ricerche sulle leggi dell'ereditarietà dell'intelligenza nella specie umana, il cui antecedente era costituito dalle teorie evolucionistiche del cugino Darwin<sup>38</sup>. Nei suoi primi anni, tale movimento intellettuale applicava il concetto darwiniano di selezione della specie alla selezione degli individui migliori, aprendo così la strada “*ad una prospettiva di politiche di controllo delle unioni matrimoniali [...]. Si utilizzano i gruppi sanguigni per identificare marcatori genetici precisi a cui associare geni di altri caratteri [...]*”<sup>39</sup>. I mezzi individuati per sostituire la selezione naturale della specie furono in principio essenzialmente mezzi di eugenetica positiva, mezzi volti a ridurre drasticamente la compresenza nella società di “geni impuri” e garantire invece, la progressiva moltiplicazione di coloro che avrebbero consentito il miglioramento

---

*shoah: Ricordare il male e promuovere la bioetica*, Sapienza Università Editrice, 2018;

<sup>37</sup> Il termine “*eugenics*” compare per la prima volta nel 1883 nel volume *Inquiries Into Human Faculty and Its Development* dello stesso Galton;

<sup>38</sup> Nella cui opera *L'origine della specie* pubblicata nel 1859 pose al centro della discussione i caratteri trasmissibili geneticamente. Gli individui che presentavano caratteri miglioranti la specie sarebbero stati avvantaggiati dalla selezione ed avrebbero avuto maggiori possibilità di riprodursi e quindi di trasmettere i loro geni.

Charles Darwin, *L'origine delle specie. Abbozzo del 1842*, Newton Compton Editori, 2012;

<sup>39</sup> Silvia Marinozzi (a cura di), *Medicina eugenica e shoah: Ricordare il male e promuovere la bioetica*, Sapienza Università Editrice, 2018, p. 7;

della società, facilitandone l'epurazione<sup>40</sup>. A partire dagli inizi del Novecento, tuttavia, prendono vita le prime forme di eugenetica negativa negli Stati Uniti<sup>41</sup> come nel nord Europa tese all'eliminazione definitiva dei così detti *unfit* (inadatti) e in quel contesto furono indette in Germania le prime pratiche di sterilizzazione coatta nei confronti dei disabili e in generale nei confronti di portatori di malattie ereditarie<sup>42</sup> al fine di evitarne la riproduzione, pratiche rese possibili da un'imponente campagna propagandistica tesa a suggerire la necessità della selezione. Hitler nel suo libro *Mein Kampf*, esplica la sua soluzione al problema dei disabili in tali termini: «*Chi non è sano e degno di corpo e di spirito, non ha diritto di perpetuare le sue sofferenze nel corpo del suo bambino. Qui, lo Stato nazionale deve fornire un enorme lavoro educativo, che un giorno apparirà quale un'opera grandiosa, più*

---

<sup>40</sup> L'influsso di queste teorie sui programmi di sterilizzazione e di eutanasia per varie categorie di soggetti socialmente "indesiderabili" nella Germania nazista è documentato da R. J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide*, Basic Books, New York 1986 [trad. it. *I medici nazisti. Lo sterminio sotto l'egida della medicina e la psicologia del genocidio*, Rizzoli, Milano, 1988 e B. Müller-Hill, *Murderous Science. Elimination by Scientific Selection of Jews, Gypsies, and Others, Germany 1933-1945*, Oxford University Press, New York, 1988;

<sup>41</sup> Negli Stati Uniti è rinvenibile un antecedente storico delle campagne di sterilizzazione. La prima legge sulla sterilizzazione risale al 1907 in Indiana e fu poi adottata da altri 29 stati, in alcuni dei quali è rimasta in vigore fino al 1979. Si stima che in questo periodo circa 60000 americani siano stati sterilizzati senza il loro consenso. I destinatari di queste sterilizzazioni erano soprattutto ospiti di manicomi, seguiti da albinici, alcolizzati, talassemici, epilettici e immigrati.

Laura Tundo Ferente (a cura di ), *Etica della vita: le nuove frontiere*, Edizioni Dedalo, 2006;

<sup>42</sup> A ben vedere, tali pratiche di sterilizzazione si rivolsero anche nei confronti di soggetti "considerati di basso o nullo valore sociale a causa di comportamenti morali depravati", come riferito da Massimo Reichlin nella sua opera *L'etica e la buona morte*, Edizioni di comunità, Torino, 2002, p. 59;

*grandiosa delle più vittoriose guerre della nostra epoca borghese»*<sup>43</sup>. Tale ideologia incentrata sulla superiorità di razze pure da preservare e razze impure da annientare, progredirà con incessante fervore e in tale ottica si svilupperà l'eutanasia totalitaria che segna e suggella il passaggio, ben evidenziato da Michel Foucault, al razzismo di Stato, “*Stato che espropria i cittadini dei propri diritti più fondamentali come e soprattutto il diritto alla vita*”<sup>44</sup>. L'eutanasia totalitaria (o eutanasia di Stato) costituirà il mezzo per l'evoluzione dello Stato totalitario che sopprime i diritti individuali in nome della superiorità della razza. L'individuo assume dunque un rapporto di strumentalità, è considerato quale mezzo e non fine e l'interesse individuale, considerato di minor rilievo rispetto a quello collettivo, legittimamente sarà annullato al fine di tutelare il secondo. Il programma di sterminio prese avvio nel 1938, dapprima con l'uccisione dei bambini di età inferiore ai tre anni, affetti da malformazioni e malattie ereditarie<sup>45</sup> e sulla scia di esso, dal 1939, si passò a quello di sterminio sui disabili adulti. Queste furono le premesse ideologiche su cui si fondò il drammatico programma di eutanasia legalizzata noto come Operazione Aktion T4<sup>46</sup> e finalizzato

---

<sup>43</sup> Adolf Hitler, *Mein Kampf La mia battaglia*. Ediz. Italiana, Panda Edizioni, 2016;

<sup>44</sup> Aldo Rocco Vitale, *L'Eutanasia come problema biogiuridico*, FrancoAngeli, 2017, p.p. 27 ss.;

<sup>45</sup> Furono censiti tali bambini in un apposito archivio la cui utilità era celata dal pretesto di uno studio scientifico. I bambini erano destinati ad essere giudicati da un'apposita commissione costituita, che all'unanimità decideva sulla soppressione. In questo caso i bambini erano inviati in reparti speciali e uccisi con iniezioni letali. A seguito si emetteva un certificato di morte attestante le cause più disparate. Aldo Rocco Vitale, *L'Eutanasia come problema biogiuridico*, FrancoAngeli, 2017;

all'eliminazione "delle vite indegne di essere vissute". Difatti dall'autunno del 1939 i nazisti attivarono le prime camere a gas, sperimentando metodi che qualche anno più tardi avrebbero utilizzato su ben più ampia scala nei campi di sterminio realizzando quella che sarà denominata "eutanasia selvaggia" meglio nota come "programma *Aktion 14F13*". La scoperta dei crimini commessi dai medici nei campi di concentramento nazisti indusse il tribunale di Norimberga a fondare la sentenza su un nuovo codice etico di riferimento internazionale, il Codice di Norimberga (1947). Tale codice traccia una linea di divisione tra sperimentazione lecita e tortura e tra sperimentazioni non lecite, affermando al primo punto che solo il "consenso volontario" rende moralmente accettabile la sperimentazione con soggetti umani. A seguire, nel 1948 a Ginevra fu adottata la Dichiarazione di Ginevra dall'Assemblea della World Medical Association, volta ad un'opera di umanizzazione delle tecniche mediche e pensata come strumento di aggiornamento in chiave laica del giuramento di Ippocrate attraverso l'espressione di principi che saranno ribaditi nella Dichiarazione di Helsinki del 1964 tra cui principio cardine risulta la subordinazione degli interessi della scienza e della società nella ricerca, al benessere del soggetto. Negli anni seguenti, tuttavia, saranno denunciati numerosi casi di sperimentazione umana contrari all'etica del Codice di Norimberga e alla Dichiarazione di Ginevra del 1948. Lo scandalo più clamoroso è la scoperta, agli inizi degli anni Settanta, del Tuskegee Study, trattasi di un esperimento clinico attuato e seguito dallo United States Public Health Service nella città di Tuskegee da cui trae il nome, in

---

<sup>46</sup>Abbreviazione di "*Tiergartenstrasse 4*", l'indirizzo di Berlino dove era situato il quartier generale della Gemeinnützige Stiftung für Heil- und Anstaltspflege, l'ente pubblico per la salute e l'assistenza sociale da cui ebbe inizio "l'operazione";

Alabama. L'esperimento aveva ad oggetto lo studio e l'osservazione dell'evoluzione della sifilide non curata e fu condotto su 399 persone inconsapevoli, di una contea dell'Alabama. La ricerca proseguì anche a seguito della provata efficacia della penicillina per arginare tale malattia benché il farmaco fosse stato reso disponibile dopo la seconda guerra mondiale. Tale ricerca cadde sotto i riflettori dell'opinione pubblica suscitando grande eco. Nel 1974 il Congresso degli Stati Uniti vota il *National Research Act* che istituisce la National Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research. La Commissione, composta da 11 esperti, deve proporre delle linee guida di carattere etico per la regolamentazione della ricerca sperimentale su soggetti umani e su feti. In tale ottica si suggella il passaggio dall'etica medica alla Bioetica<sup>47</sup>, a seguito della presa visione dell'inefficienza della prima, espressa nei numerosi codici di deontologia, a garantire un'effettiva arginazione delle pratiche di sperimentazione che illegalmente continuavano ad essere perpetrate. Le idee all'origine della bioetica maturano negli Stati Uniti tra i filosofi morali, di orientamento sia laico sia religioso, e tutte considerano quale presupposto ineludibile

---

<sup>47</sup> A coniare il termine per la prima volta è stato un oncologo dell'Università del Wisconsin, Van Rensselaer Potter, nel suo libro *Bioethics. A Bridge To The Future*, pubblicato nel 1971 e in cui si intende la Bioetica come “ *the interdisciplinary analysis for granting biosphere preservation*”.

Un'ulteriore definizione accolta del termine bioetica nel 1978 fu data da Warren T. Reich che la intese come: “*lo studio sistematico della condotta umana nell'area delle scienze della vita e della cura della salute, in quanto tale condotta viene esaminata alla luce dei valori e dei principi morali*”. Sull'origine e le questioni definitorie della bioetica e del biodiritto vedasi: Carlo Casonato, *Introduzione al Biodiritto*, Terza edizione, G. Giappichelli editore, Torino, 2012; AA.VV., *Percorsi tra bioetica e diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Lorenzo Chieffi, Pasquale Giustiniani (a cura di), G. Giappichelli Editore, Torino, 2010, p.p. 7-10, 17-18;

per qualsiasi scelta che possa essere considerata valida eticamente, la libertà e l'autonomia individuale. Si assiste al declino della concezione "paternalistica" della medicina, che trovava legittimazione nei doveri del medico erti a criteri universali da molti codici deontologici, e si afferma al contempo la considerazione del paziente come soggetto dotato di capacità atte a discernere e valutare autonomamente riguardo la propria vita, la propria salute e la propria malattia. Tale centralità del rispetto della volontà del paziente condurrà in breve alle disquisizioni circa il consenso informato e la possibilità del diritto di rifiutare, sulla base del proprio sistema di valori, un trattamento terapeutico.

### **3. Il mutarsi della morte**

A partire dal 1960 si assiste a un progressivo avanzamento nel campo della ricerca scientifica e tecnologica che ha contribuito anche al raggiungimento di importanti scoperte nell'ambito delle scienze bio-mediche. Gli imponenti sviluppi della biologia molecolare, i progressi nelle tecniche diagnostiche e di rianimazione, l'invenzione delle prime macchine per le dialisi, la predisposizione di unità di terapia intensiva che garantissero la nutrizione, idratazione e respirazione artificiali, il miglioramento delle condizioni igieniche, gli avanzamenti della farmacologia e l'avvento della medicina dei trapianti rendono concreta la prospettiva di un controllo della vita, della morte e delle malattie da parte della medicina scientifica mutando in sempre più invasivo il ruolo del medico, e della medicina in generale, nell'esperienza del fine vita. Gli importanti traguardi raggiunti consentivano infatti di intervenire in processi biologici come la nascita, la malattia o la morte, che sino a quel momento seguivano un proprio corso naturale. Attraverso tale ingerenza risultava possibile garantire aspettative di vita migliori e cominciò a

ridursi fortemente il tasso di mortalità. Ma nella citata ingerenza è ravvisabile un versante negativo in quanto essa sovvertì i naturali processi biologici, incidendo sulla durata, l'inizio e la fine della vita, facendo inevitabilmente emergere nuove problematiche e dibattiti incentrati sull'aspetto etico delle nuove tecniche tra cui: *l'accanimento terapeutico, il rifiuto alle cure mediche, la responsabilità del personale sanitario e l'eutanasia*<sup>48</sup>.

Dunque a mutare non furono solo le tecniche biomediche bensì, ciò che maggiormente conta analizzare in questa sede, è come tali innovazioni scientifiche abbiano avuto incidenza su aspetti etici e abbiano comportato stravolgimenti considerevoli anche sul piano del diritto.

L'evoluzione medico-scientifica ha avuto importanti riflessi sullo stesso concetto di morte: mutano le modalità di accertamento e con esse, il relativo paradigma giuridico. Attraverso un'analisi storica vedremo che a mutare è anche la percezione sociale della morte e l'atteggiamento del morente al cospetto di essa<sup>49</sup>.

Analizzeremo singolarmente tali mutamenti secondo l'ordine in cui sono stati enunciati.

### **3.1. Accertamento della morte**

Al centro delle riflessioni innescatesi in seguito degli accennati sviluppi tecnico- scientifici vi fu il concetto di morte che, pur rappresentando un evento naturale, approdo inevitabile del

---

<sup>48</sup> Per una completa analisi dei concetti: Carlo Casonato, *Introduzione al biodiritto*, 3 edizione, Giappichelli, 2012; Elio Sgreccia, Gian Pietro Calabrò (a cura di), *I diritti della persona nella prospettiva bioetica e giuridica: atti del Convegno, Roma, settembre 2000*, Marco 2002;

<sup>49</sup> AA.VV., *Focus sulla morte cerebrale*, in *Bioetica*, 2006, p. 1;

processo biologico vitale, ha suscitato dibattiti che a ben vedere risultano premesse fondamentali per affrontare le questioni strettamente correlate al fine vita.

Quando una persona può considerarsi morta? Quali sono i criteri seguiti nell'accertamento della morte?

Giungeremo alla definizione del criterio accolto oggi dopo aver brevemente seguito l'evolversi delle modalità adottate nel tempo per la diagnosi di morte, constatando come tuttavia non si sia pervenuti ad un'accettazione unanime delle stesse generandosi, in alcuni casi, discordanze paradossali.

Il concetto giuridico di morte fino al '700 fu collegato alla scomparsa di segni tangibili di vita, quali l'esalazione dell'ultimo respiro<sup>50</sup>.

*«Così detto, spirò. Sciolta dal corpo  
Prese l'anima il suo vol verso  
l'abisso, Lamentando il suo fato ed il perduto  
Fior della forte gioventude»<sup>51</sup>.*

“Spirò”. È questo l'istante che, per Omero, segna la fine di Ettore. Trattasi del criterio che accertava l'assenza o la presenza di vita sulla base di modalità parametriche somatiche, il riferimento alle quali era fortemente dipendente dalla insufficienza di conoscenze in campo diagnostico. I criteri somatici o tanatologici possono essere dimostrati e compresi attraverso un'ispezione esterna del corpo e dei

---

<sup>50</sup> Il riconoscimento di un legame tra l'assenza di respiro e la morte è testimoniato all'interno di numerosi testi; fra questi si legge nella Bibbia: «[...] allora il Signore Iddio formò l'uomo con polvere del suolo e gli soffiò nelle narici un alito di vita, e con ciò fu l'uomo un'anima vivente», Istituto Pontificio Biblico di Roma, *La Sacra Bibbia*, Genesi 2, 7, Casa Editrice A. Salani, Firenze, MCMLXI, p. 51;

<sup>51</sup> Homerus, *Iliade di Omero*. Traduzione del cav. Vincenzo Monti. Volume 1, Volume 3, Cavaglià Cossato famiglia, 1810;

suoi segni cadaverici, con principale riferimento ai fenomeni abiotici (siano essi immediati, come l'arresto della funzionalità cardiaca, respiratoria, la perdita della coscienza, della sensibilità, della motilità o del tono muscolare, e consecutivi quali raffreddamento del corpo, disidratazione, ipostasi, acidificazione, eccitabilità neuro-muscolare e rigidità cadaverica)<sup>52</sup>.

Con l'invenzione dello stetoscopio, avvenuta nel 1819, si perviene al concetto di morte intesa come "arresto cardiaco e la conseguente cessazione dell'attività cardiocircolatoria". Tale scoperta incise considerevolmente nell'accertamento della morte e consentì la definizione di criteri cardiaci utili a procedere alla diagnosi<sup>53</sup>. Nel 1960 tale concezione fu destinata ad entrare in crisi a seguito della scoperta del massaggio cardiaco<sup>54</sup> che segnò l'inizio della moderna rianimazione cardiopolmonare, e ancor di più, a seguito della realizzazione del primo trapianto di cuore eseguito dal chirurgo sudafricano Christiaan Barnard nel dicembre del 1967<sup>55</sup>. Durante l'intervento chirurgico, il paziente al quale fu trapiantato il cuore non presentava battito cardiaco e rimaneva collegato ad apparecchiature al fine di garantire la circolazione e l'ossigenazione

---

<sup>52</sup> Per un'analisi dei criteri somatici e dei fenomeni abiotici vedasi: C. Puccini, *Istituzioni Medicina Legale*, Ambrosiana ed, Bologna, 2008; L. Macchiarelli: *Compendio di Medicina Legale*, Minerva Medica, 2002; L. Palmieri, F. De Ferrari, *Manuale di Medicina Legale*, Giuffrè Editore, Milano, 2013;

<sup>53</sup> Conferenza E.D.H.E.P., *Dalla donazione al prelievo; Aspetti scientifici, normativi ed organizzativi*, Torino, 14-15 Marzo 2012;

<sup>54</sup> Infatti, sul Journal of American Medical Association, comparve un articolo ad opera di *Kouwenhoven, Jude e Knickerbocker* del John Hopkins Hospital di Baltimora, i quali riportarono per la prima volta i risultati di compressioni effettuate a torace chiuso. "... chiunque e dovunque può avviare le procedure di rianimazione. Tutto ciò che occorre sono due mani";

<sup>55</sup> Carlo Casonato, *Introduzione al Diritto*, Terza edizione, G. Giappichelli editore, Torino, 2012;

del sangue. Ad intervento ultimato l'organo riprese a battere nel corpo del ricevente e la questione che si pose fu come dovesse considerarsi il ricevente, un soggetto inizialmente morto e tornato in vita a seguito del trapianto? Tale dilemma, associato a quello relativo allo *status* di pazienti ricoverati in reparti di rianimazione con gravi traumi che li avevano privati di coscienza, capacità di rispondere agli stimoli interni ed esterni, respirazione spontanea, rese necessario non tanto verificare la semplice assenza dell'attività cardiocircolatoria o dell'attività cardiaca quanto decretare inconfutabilmente che tale assenza fosse permanente. Difatti in riferimento a questi ultimi il personale sanitario non appariva in grado di stabilire se fossero "soggetti vivi ma morenti" o già "deceduti" dato che l'ossigenazione del sangue e con essa il battito cardiaco e la circolazione sanguigna erano mantenute dalle apparecchiature per la ventilazione meccanica, dunque il decesso non poteva essere appurato con i tradizionali criteri cardiopolmonari; l'utilizzo di questi ultimi avrebbe reso necessario lo spegnimento delle apparecchiature per la rianimazione, spegnimento che avrebbe potuto rivelarsi letale per alcuni pazienti. Si rese necessario uno studio rivolto alla ricerca di criteri che consentissero di appurare il trapasso dalla vita alla morte in quei casi in cui lo stesso fosse mascherato dall'utilizzo di apparecchiature artificiali poiché anche a un esame esterno i vivi ed i cadaveri non presentavano differenza alcuna, manifestandosi in tal modo "il paradosso della non morte": conservavano temperatura corporea stabile, colorito roseo ed altre funzioni abitualmente associate agli organismi viventi. Gli ampi studi sul tema condussero ad un imponente traguardo: l'individuazione di un criterio cerebrale di morte. La prima definizione clinica di morte cerebrale descritta come *coma dépassé* da Mollaret e Goulon, risale al 1959<sup>56</sup>. I riferiti

---

studiosi francesi indicavano con tale espressione lo ‘stato oltre il coma’ per indicare “*l’incapacità in un paziente di respirare autonomamente e l’assenza di sensibilità, di riflessi agli stimoli, di motilità e coscienza*”<sup>57</sup>. Tale significativo cambiamento nel modo di intendere la morte inizia a diffondersi tra i medici nel corso degli anni Sessanta. La necessità di formulare un criterio cerebrale di accertamento della morte che fosse in linea con le nuove prospettive dischiuse dai progressi in campo medico e scientifico e al contempo offrisse soluzioni alle problematiche emergenti all’epoca per le nuove questioni etiche sollevate, condusse alla costituzione *ad hoc* di un Comitato costituito presso la Harvard Medical School, nel cui documento universalmente noto come rapporto di Harvard, si definisce ‘lo stato oltre il coma’ dei francesi Mollaret e Goulon, “[...]caratterizzato da perdita permanente delle funzioni cerebrali, dalla coscienza ai riflessi del tronco encefalico, come nuovo criterio per stabilire la morte dell’organismo”<sup>58</sup>. Il rapporto di Harvard

---

<sup>56</sup> Antecedenti necessari di tale progresso sono considerati tra gli altri, l’intervento del danese Bjorn Ibsen che nel 1952 rese possibile la permanenza di un’attività cardiaca efficiente in individui in coma con lesioni cerebrali irreversibili, mediante l’invenzione del primo respiratore artificiale e alla prima definizione clinica di morte cerebrale descritta come “*coma dépassé*” da Mollaret e

Goulon e che risale al 1959. P. Mollaret, M. Goulon, *Le coma dépassé*, *Revue Neurologique*, Paris, 1959;

<sup>57</sup> Mollaret – Goulon, *Le Coma Dépassé*, in *Revue Neurologique* 101, 1959, 1, 3-15;

<sup>58</sup> “*Nel rapporto di Harvard, il coma irreversibile doveva essere dimostrato da 1) non recettività e non responsività, 2) assenza di movimenti o respirazione spontanei, 3) assenza di riflessi e 4) tracciato elettroencefalografico piatto. Al termine del periodo di osservazione di ventiquattro ore, un secondo esame clinico doveva confermare la prima diagnosi, e se non si erano registrate modifiche nello stato del paziente [...] i medici potevano procedere alla dichiarazione di morte*”. Ampiamente trattato in: AA.VV., *Percorsi tra bioetiche diritto. Alla ricerca di un*

cambia la definizione di morte non più accertata attraverso l'arresto cardiocircolatorio, ma con la constatazione dell'encefalogramma piatto: da allora l'organo indicatore della morte non è più soltanto il cuore, ma il cervello. Si tratta di un mutamento radicale della concezione di morte che avrebbe garantito una risoluzione al problema del distacco della respirazione artificiale, e soprattutto avrebbe reso possibili i trapianti di organo, che costituivano l'oggetto principale di molteplici discussioni di carattere etico<sup>59</sup>. In seguito, con il miglioramento della strumentazione scientifica si assiste progressivamente alla proposizione di un insieme di parametri sempre più accurati, noti come standard neurologici, criterio fondante i quali è la morte intesa come cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo<sup>60</sup> in quanto ad essa consegue la

---

*bilanciamento*, Lorenzo Chieffi, Pasquale Giustiniani (a cura di), G. Giappichelli Editore, Torino, 2010, p.p. 111-115;

<sup>59</sup> Difatti a seguito del primo trapianto cardiaco eseguito da Christian Barnard nel 1967, a livello sociale si comincia a favorire la cultura della donazione degli organi, dunque emerge la necessità di una rivalutazione del criterio di accertamento della morte.

Gianna Milano, Mario Riccio. *Storia di una morte opportuna. Il diario del medico che ha fatto la volontà di Welby*, Sironi Editore, 2008, p. 283;

<sup>60</sup> Encèfalo: s. m. [dal gr. ἐγκέφαλος agg. e s. m., «che è dentro la testa», comp. di ἐν «in» e κεφαλή «testa»]. – In anatomia, porzione anteriore del sistema nervoso centrale dei vertebrati, costituita dal cervello, dal cervelletto e dal tronco encefalico; è racchiusa nella scatola cranica, ed è sede dei centri della sensibilità specifica (olfattiva, visiva, acustica, gustativa) e generale (tattile, termodorifica, dell'equilibrio), nonché dei centri associativi, integrativi, e dei centri superiori della corteccia cerebrale. *Tronco dell'encefalo* (o *tronco encefalico*), la parte assile del sistema nervoso centrale, che comprende il midollo allungato, la protuberanza anulare, i peduncoli cerebrali e il mesencefalo: in esso sono localizzati quasi tutti i nuclei d'origine dei nervi encefalici, per cui è sede di attività riflesse, somatiche e viscerali, che interessano la testa, il collo, gli organi

cessazione delle funzione cardiocircolatoria e respiratoria<sup>61</sup>. Prima di procedere nella trattazione del paradigma giuridico di riferimento, è necessario premettere che i criteri neurologici pur se accettati e condivisi sul piano scientifico a livello internazionale, comportano profonde differenze sul piano normativo e procedurale, facenti riferimento a modalità applicative non sempre coincidenti. A determinarne le distinzioni giocano un ruolo decisivo le credenze religiose, le culture, le tradizioni mediche e giuridiche che intervenendo attivamente nella definizione di tali norme hanno contribuito, in alcuni casi, all'adozione di criteri differenti nei diversi ordinamenti.

### **3.2. *Mutamento del paradigma giuridico di riferimento***

Nel 1981 la *President's Commission for the study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, costituita nel 1980 dal Presidente degli U.S.A., con la collaborazione della *American Medical Association*, della *American Bar Association* e della *National Conference of Commissioners on Uniform State Laws*, propose l'adozione in tutte le giurisdizioni di uno statuto conosciuto come l' *Uniform Determination of Death Act*, atto che avrebbe perseguito lo scopo di garantire uniformità nei differenti

---

toracici e addominali. Treccani: dizionario della lingua italiana, Istituto italiano della enciclopedia italiana fondata da Giovanni Treccani, 2013;

<sup>61</sup> F. Procaccio, P.P. Donadio, A. M. Bernasconi, A. Gianelli Castiglione, A. Nanni Costa, Determinazione di morte con standard neurologico, Centro Nazionale Trapianti, Bologna, 2012, in Comitato Trapianti del Consiglio d'Europa, *Manuale. Corso Nazionale Coordinatori alla Donazione e al Prelievo di Organi e Tessuti. VII edizione*, Centro Nazionale Trapianti, Bologna, 2012, p.p. 119-123;

ordinamenti circa il criterio utilizzabile per constatare la morte organica:

*«Un individuo che abbia subito o l'irreversibile cessazione delle funzioni respiratoria e cardiaca, o l'irreversibile cessazione di tutte le funzioni del cervello intero, incluso il tronco encefalico, è morto [...]».*

Nel citato documento della commissione presidenziale figurava un articolo che da quel momento rappresentò la pietra miliare circa l'accertamento della morte: il lavoro di un neurologo statunitense James Bernat pubblicato insieme ai colleghi Gert e Culver<sup>62</sup>, in cui era presentata la cosiddetta “teoria dell'integratore centrale”. Secondo Bernat e colleghi “*l'encefalo è il sistema critico del corpo e garantisce il funzionamento dell'organismo come un tutto[...]*”, la morte dunque è definita come “*la cessazione dell'organismo come un tutto*” e al fine di constatare la morte cerebrale totale furono individuati esami specifici da eseguire<sup>63</sup>.

Nel nostro Paese fu istituito un Comitato consultivo appositamente creato per affrontare le emergenti problematiche in materia etica, il Comitato Nazionale per la Bioetica, che agli inizi degli anni Novanta redasse un documento sulla ‘Definizione ed accertamento della morte nell'uomo’ in cui si accoglie il criterio neurologico della morte encefalica stabilendosi che la morte si verifica quando “*l'organismo cessa di essere un tutto*”, e coincide con “*la perdita totale e irreversibile della capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale*”<sup>64</sup>.

---

<sup>62</sup> J. L. Bernat, C. M. Culvert, B. Gert, *On the definition and criterion of death*, in “Annals of Internal Medicine”, 94, 1981, 3, p.p. 389-394;

<sup>63</sup> Il tema della teoria dell'integratore centrale è ampiamente trattato in: AA.VV., *Percorsi tra Bioetica e Diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Lorenzo Chieffi, Pasquale Giustiniani (a cura di), G. Giappichelli Editore, Torino, 2010, p.p. 118-129;

A ben vedere tale definizione stabilendo che “la perdita della capacità di mantenere autonomamente l’unità funzionale fosse imputabile soltanto alla distruzione - alla necrosi – dell’encefalo” si discosta lievemente dalle precisazioni offerte dalla President’s Commission nel 1981 che la definiva come “la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell’intero encefalo”, riferendosi dunque, non all’unità funzionale come sancito dal Comitato Italiano, bensì “al funzionamento integrato dell’organismo come un tutto”<sup>65</sup>.

Tale distinzione assume rilevanza in quanto “l’unità funzionale dell’organismo può scomparire con il venire meno di funzioni non soltanto neurologiche, ad esempio nel caso di perdita di funzioni renali”, (e in tal caso la suddetta unità funzionale potrebbe essere ripristinata con l’utilizzo tempestivo delle apparecchiature per la dialisi del sangue ed escludere di conseguenza la morte dell’organismo), “[...] se invece viene meno il funzionamento integrato dell’organismo a causa della cessazione irreversibile [...] dell’encefalo, l’organismo è morto”<sup>66</sup>.

Due anni dopo la pubblicazione del documento emesso dal Comitato Nazionale per la Bioetica fu approvata la legge 29 dicembre 1993, n. 578 (“Norme per l’accertamento e la certificazione di morte”), che introdusse per la prima volta una definizione legale di morte nel suo primo articolo: “La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo”. Questa condizione può presentarsi in seguito ad un arresto prolungato della circolazione sanguigna o per una lesione devastante e definitiva

---

<sup>64</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica, *Definizione e accertamento della morte nell’uomo*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma, 15 febbraio 1991, 7;

<sup>65</sup> Divergenza tratta dal testo: AA.VV., *Percorsi tra Bioetica e Diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Lorenzo Chieffi, Pasquale Giustiniani (a cura di), G. Giappichelli Editore, Torino, 2010, p.p. 115- 118;

<sup>66</sup> *Ivi* p.p. 116-117;

dell'intero cervello. In questo secondo caso i medici eseguono accurati accertamenti clinici e strumentali.

Benché nella quasi totalità dei paesi prevale il concetto di “*whole brain death*”, cioè di morte dell'encefalo nel suo complesso, non vi è tuttavia completa uniformità di vedute sulle procedure da attuare per l'esecuzione di un accertamento di morte cerebrale. Le maggiori differenze tra le varie linee guida adottate riguardano essenzialmente il numero di osservazioni che devono essere effettuate, il tipo di valutazione clinica, la necessità o meno di effettuare test strumentali (considerati a volte obbligatori, a volte facoltativi), nonché la figura professionale sia del tecnico che del medico di branca neurologica che deve partecipare all'accertamento (ad esempio in Italia l'EEG deve essere eseguito da tecnici di Neurofisiopatologia sotto supervisione medica). In Spagna il criterio adottato per accertare l'irreversibilità della morte si fonda sulla gravità delle lesioni cerebrali. L'inattività bioelettrica cerebrale sarà valutata attraverso un EEG e se considerata “*incompatibles con la vida*”<sup>67</sup>, si procederà alla constatazione del decesso. Soluzioni meno garantiste sono adottate in Inghilterra, in Germania e in Francia che lasciano maggiori possibilità interpretative al collegio medico: in Inghilterra difatti, manca una legge specifica che definisca il momento della morte e la condotta dei medici è ispirata al “*Code of Practice*”; In Germania, la definizione dei criteri a cui fare riferimento è rimessa ad un atto del *Bundesärztekammer*, dunque in assenza di una legge vincolante “è il medico che rileva l'esistenza delle condizioni in presenza delle quali dichiarare la morte”; In Francia il compito dell'identificazione dei criteri è affidato ad un atto amministrativo, infatti l'art. L. 671-7 al. 1. *Code de la Santé* rimette al Conseil d'Etat tale incarico<sup>68</sup>. Una diagnosi di morte basata

---

<sup>67</sup> Art. 5 Ley 27 ottobre 1979, n. 39 – Decreto Real n. 426 del 22 febbraio 1980;

essenzialmente su un giudizio clinico è quella cui si ispira una parte della pratica medica negli Stati Uniti, che si discosta da quella universalmente riconosciuta e che contempla la perdita irreversibile della capacità di coscienza e di respiro. A tal fine è sufficiente, dal punto di vista neuro fisiopatologico, la perdita di funzionalità del tronco encefalico, e non dell'intero encefalo, dimostrabile con l'esecuzione di un accurato esame neurologico con studio dettagliato dei riflessi tronco-encefalici. Trattasi di un criterio che *«risponde alle tradizionali definizioni di morte, basate su considerazioni di ordine filosofico o religioso, che la descrivono come la “separazione dell'anima dal corpo” o la “perdita del soffio vitale”»*<sup>69</sup>. La relatività circa la definizione, l'incertezza e le variabili scientifiche nonché culturali, rendono del tutto peculiare il criterio adottato dal Giappone, nella cui ottica medica è stato messo in rilievo come la strumentazione scientifica odierna non fosse sufficiente per affermare con certezza la cessazione irreversibile di proprio tutte le cellule encefaliche ed essendo la cultura giapponese molto attenta al culto del corpo e della morte, ha rigettato il criterio cerebrale come criterio unico di accertamento, *“[...] la legge lascia all'individuo la facoltà di scegliere fra due differenti criteri di morte, uno tradizionale (cardiocircolatorio) e uno cerebrale e stabilisce che si possa procedere con il prelievo degli organi solo da quei pazienti che in precedenza abbiano espresso per iscritto la propria disponibilità a diventare donatori di organi e ad essere sottoposti all'iter per l'accertamento della morte cerebrale”*<sup>70</sup>. Importante

---

<sup>68</sup> Per una dettagliata analisi delle differenze intercorrenti tra i vari ordinamenti giuridici circa la definizione legale di morte vedasi: Lorenzo Chieffi, *Bioetica e diritti dell'uomo*, Paravia Editore, 2000;

<sup>69</sup> AA.VV, (a cura di) de Ceglia Francesco Paolo, *Storia della definizione di morte*, FrancoAngeli, 2014;

<sup>70</sup> *Ibidem*;

sottolineare il ruolo di rilievo garantito alla famiglia “allargata” in Giappone, che ha forte potere decisionale in tale scelta<sup>71</sup>.

Furono poi gli organismi internazionali come The Transplantation Society e l’OMS che raccomandando a tutti gli stati l’adozione di norme favorevoli trapianti, spinsero il governo giapponese ad iniziare un processo di revisione legale che prende avvio nel 2009 e si conclude con l’adozione delle modifiche nel 2010. Si decide di consentire il prelievo degli organi anche da quei pazienti che non avevano espresso indicazioni in merito purché sussista il consenso dalla famiglia, al fine di favorire l’espanto di organi per trapianto<sup>72</sup>.

Una logica giuridica simile a quella giapponese, ma a criteri invertiti, è rinvenibile in un contesto culturale differente: il New Jersey. Il New Jersey Declaration Act stabilisce che il criterio di accertamento della morte sia quello della cessazione irreversibile delle funzioni dell’encefalo e che, solo eccezionalmente, si possa ricorrere al criterio cardiocircolatorio quando ad esempio si possa ragionevolmente supporre che il criterio dell’arresto delle funzioni encefaliche possa essere in contrasto con la credenza religiosa del defunto, o vi siano disposizioni dettate in tal senso. L’esistenza di criteri differenti potrebbe generare un evento paradossale, ossia “*una persona dichiarata cerebralmente morta nel Bronx, stato di New York, potrebbe ‘giuridicamente resuscitare’ se trasportata oltre il ponte George Washington in New Jersey ancora ventilata*”. E’ proprio in casi simili che il diritto paia sfidare ogni legge ‘naturale’ nel momento in cui dispone che la morte dello stesso soggetto possa

---

<sup>71</sup> Carlo Casonato, *Introduzione al biodiritto*, Terza Edizione, G. Giappichelli Editore, Torino, 2012;

<sup>72</sup> Come ampiamente specificato in: Carlo Casonato, *Introduzione al biodiritto*, Terza Edizione, G. Giappichelli Editore, Torino, 2012;

avvenire in tempi e luoghi diversi a seconda della presenza o meno di una firma su un documento<sup>73</sup>.

Possiamo dedurre che, benché l'evento morte sia unico, la definizione e l'accertamento della stessa possono non coincidere a causa di riflessi culturali, religiosi o morali che inducono ad accogliere criteri differenti, pur partendo dalle medesime cognizioni in ambito medico e scientifico. La teoria dell'integratore centrale al proposito, non risulta esente da critiche, le quali contribuiscono ad evidenziarne due livelli di incoerenza<sup>74</sup>:

Il primo livello di incoerenza è di carattere formale in quanto nella definizione del criterio della morte encefalica si richiede la cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche mentre gli esami realizzati effettivamente prendono in considerazione soltanto alcune di esse;

Il secondo livello di incoerenza è relativo al divario tra teoria e realtà: in alcuni casi clinici, a seguito della dichiarazione di decesso mediante il criterio neurologico della morte encefalica, è stata individuata ad esempio attività elettrica cerebrale organizzata, presenza di parametri vitali fisiologici nell'ipotalamo mediante regolazione della secrezione endocrina, persistenza della stabilità cardiocircolatoria, risposte emodinamiche come tachicardia e ipertensione durante l'incisione per il prelievo di organi<sup>75</sup> e

---

<sup>73</sup> Come ampiamente specificato in: Carlo Casonato, *Introduzione al biodiritto*, Terza Edizione, G. Giappichelli Editore, Torino, 2012, *Ivi* pp. 18-21;

<sup>74</sup> Le critiche a cui è esposta la teoria dell'integratore centrale, di cui per esigenza di sintesi esporrò solo i tratti salienti, sono minuziosamente trattate in: AA.VV., *Percorsi tra Bioetica e Diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Lorenzo Chieffi, Pasquale Giustiniani (a cura di), G. Giappichelli Editore, Torino, 2010, p.p. 120-129;

<sup>75</sup> R. D. Truog, J. C. Fackler, *Rethinking brain death*, in "Critical Care Medicine", 20, 1992, 12, p.p. 1705-1713; A. Halevy, B. Brody, *Brain Death: Reconciling*

circolazione intracranica con minima irrorazione dei vasi sanguigni<sup>76</sup>.

A porre maggiormente in discussione tale teoria risultano le cosiddette gravidanze *post mortem*, che si verificano in pazienti assistite per settimane o mesi fino alla nascita dei neonati<sup>77</sup>, nonostante l'encefalo risulti privo di funzioni. Come può dunque affermarsi che pazienti privi di funzioni encefaliche, in condizioni di sopravvivenza prolungata<sup>78</sup> o in stato di gravidanza non sono più un organismo, anzi sarebbero cadaveri? Alla luce di tali incertezze i Paesi occidentali, tra cui l'Italia, sembrano non aver contemplato la possibilità di rinunciare al criterio neurologico della morte encefalica, probabilmente per una necessità pragmatica essendo tali criteri "troppo incardinati nella pratica per essere abbandonati"<sup>79</sup>.

Incetee sono riscontrabili probabilmente in un punto ancora antecedente a quello relativo ai criteri di accertamento della morte ossia sul piano altamente sismico della definizione medica di

---

*Definitions, Criteria and Tests*, in "Annals of Internal Medicine", 119, 1993, 6, p.p. 519- 525;

<sup>76</sup> W. M. Flowers, B. R. Patel, *Persistence of cerebral blood flow after brain death*, in "Southern Medical Journal", 93, 2000, 4, p.p. 364-370;

<sup>77</sup> Per un'analisi sistematica dei casi registrati in letteratura si veda: M. Esmaeilzadeh *et al.*, *One life ends, another begins: Management of a brain-dead "pregnant" mother. A systematic review*, in "BMC Medicine", 8, 2010, 74 (pubblicato online 2010 Novembre 18);

<sup>78</sup> Shewmon ha descritto alcuni casi di pazienti sopravvissuti per periodi variabili in condizioni di "morte encefalica", un caso in particolare è quello relativo ad un giovane la cui sopravvivenza ha superato i 14 anni, durante i quali il ragazzo ha superato la pubertà e raggiunto l'età adulta, attraversando le fasi di crescita e sviluppo propri dell'essere umano. D. A. Shewmon,

*Recovery from "Brain Death": A Neurologist's Apologia*, in "Linacre Quarterly", 64, 1997, p.p. 30-96;

<sup>79</sup> AA.VV., *Percorsi tra Bioetica e Diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Lorenzo Chieffi, Pasquale Giustiniani (a cura di), G. Giappichelli Editore, Torino, 2010, p. 129;

morte da coniugarsi con l'accezione culturale e sociale della stessa, al fine di poter acclarare con unanimità di vedute quale possa considerarsi la "perdita" irreversibile derivante dall'evento morte.

Giungiamo al terzo punto di riflessione, la percezione sociale dell'evento morte che, come quella giuridica, risulta essere una definizione altamente relativa e mutevole, costituendo probabilmente il suo mutare il motivo cardine del continuo mutare del paradigma giuridico.

### ***3.3. La morte proibita: Il progresso medico-scientifico e l'approdo alla medicalizzazione della morte.***

*«La morte [...] ha cessato di essere l'istante che era diventata a partire all'incirca dal seicento, mentre prima non aveva quel carattere puntuale [...]. Dal seicento in poi la credenza più diffusa nella dualità dell'anima e del corpo e nella loro separazione all'atto della morte ha eliminato il margine di tempo. Il trapasso è divenuto istantaneo. La morte come la intende la medicina d'oggi ha recuperato questo margine, ma spostandolo verso l'al di qua, non più verso l'aldilà. Il tempo della morte si è insieme allungato e suddiviso [...]. C'è la morte cerebrale, la morte biologica, la morte cellulare»<sup>80</sup>.*

A mutare non è solo la definizione di morte e il relativo paradigma giuridico, a mutare è anche l'atteggiamento della società di fronte alla morte. Lo storico Philippe Ariès analizza tale mutamento evidenziando quattro differenti modalità di relazione alla morte succedutesi nel tempo.

---

<sup>80</sup> Philippe Ariès, *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*, Roma-Bari, Laterza (ed. 1977);

La prima di esse è quella che Ariès chiama la ‘*morte addomesticata*’ che, come riferisce, costituì la percezione di morte durante una lunga serie di secoli, la cui principale caratteristica era la consapevolezza del morente di essere giunto al termine del processo vitale. La mancanza di tale consapevolezza avrebbe denotato al contrario, la ‘*morte terribile*’ “ [...] *come la peste o la morte improvvisa, e allora occorre presentarla come eccezionale, non parlarne*”<sup>81</sup>.

Il morente dunque possedeva piena consapevolezza della morte prossima che era accettata naturalmente in quanto parte integrante della vita. Era lo stesso morente ad organizzare la fase finale della propria esistenza che in ogni caso avveniva “nel proprio letto”. Aveva così la possibilità di prendere le ultime disposizioni, congedarsi dalle persone care, dalle quali rimaneva circondato fino all’ultimo istante di vita. Riceveva l’assunzione religiosa ed organizzava la propria cerimonia funebre che aveva carattere pubblico. Difatti la casa del morente brulicava di persone e non vi sono cenni storici che lascino intendere che qualcuno ne fosse escluso: anche i bambini acquisivano familiarità con la morte. Morire era uno spettacolo edificante e i riti mortuari erano privi di enfasi e drammaticità.

Tra l’XI e il XII secolo, muta tale relazione con la morte. Stavolta Ariès parla della ‘*morte di sé*’. I nuovi fenomeni culturali comportano, nel secondo Medioevo, una riconsiderazione della morte che non risulta più accettata passivamente ma percepita con maggior timore. Aumenta l’amore per le cose terrene e per la stessa vita, con atteggiamento di attaccamento possessivo anche nei confronti delle persone che ne avevano fatto parte. La camera del moribondo è percepita come ‘luogo del giudizio’, il morente vive un’incertezza personale circa la sua sorte poiché solo i “buoni”

---

<sup>81</sup> Phillippe Ariès, “*Storia della morte in occidente*”, 1975, Ed. BUR saggi 1998;

saranno assolti. Caratteristica principale sarà il ritorno all'identificazione delle sepolture e all'epigrafia funeraria.

A partire dal XVIII secolo muta ulteriormente tale relazione, la morte assume un senso nuovo, è drammatica, impressionante e dominante. Trattasi della denominata '*morte romantica*' che, come evidenzia Ariès, non è intesa più come morte di sé, bensì come morte dell'altro, se ne teme la separazione e il dolore inconsolabile e tale timore è espresso con manifestazioni esagerate del lutto, che doveva essere rispettato seppure non fosse realmente sentito: «[...] *Questa esagerazione del lutto nel XIX sec., [...] vuole dire che i sopravvissuti accettano con più difficoltà di un tempo la morte dell'altro. La morte temuta non è dunque la propria morte, ma quella dell'altro: la morte del tu [...]*»<sup>82</sup>.

È a partire dal XX secolo che comincia a farsi largo il rapporto di relazione con la morte esistente ai nostri giorni, '*la morte proibita*': essa diventa un 'fatto privato' da affrontare in maniera silente, quasi inosservata, come fosse un tabù. Percepita come un fallimento di cui evitare lo scalpore. I progressi in campo medico e scientifico e il prolungarsi delle aspettative di vita, hanno contribuito a far radicare nell'inconscio collettivo un'idea quasi di immortalità: arricchendosi le capacità dell'uomo di controllare la dimensione biologica e di scrutare i segreti del corpo, la conseguenza che ne deriva è la volontà di controllare la morte stessa. Della morte non si parla se ne prendono le distanze, e al contempo si dà avvio ad una vera e propria lotta contro tale evento, per restringerne la portata, per negarne gli effetti. Si riduce progressivamente la drammaticità con cui in precedenza era vissuta, ciò al fine di arginare qualsiasi forma di commozione o sentimentalismo che sembra lecito vivere solo nella propria sfera privata. Ancora, si tende a mentire al morente che

---

<sup>82</sup> Da "*Storia della morte in Occidente*" di Philippe Ariès, 1975 (Ed. BUR saggi, 1998, pag 58);

spesso non è a conoscenza delle effettive condizioni cliniche in cui versa, scopo di ciò è anestetizzarne il dolore. L'individuo dunque non è più protagonista di questa fase finale, ma solo pedina di quel processo di 'ospedalizzazione' a cui assistiamo con sempre maggiore frequenza: sarà una camera di ospedale lo scenario in cui affronterà la degenza e la malattia, non ha quasi per nulla potere decisionale, è il medico, con l'equipe ospedaliera, che tecnicamente si impossessa del processo del morire. Assistiamo ad un fenomeno di "snaturamento" della morte, fenomeno che è divenuto oggi giorno la culla di nobili dibattiti etici che pongono in rilievo questioni che la cultura vigente della morte pare tenti di arginare. Tali dibattiti, e le relative discordanze di opinioni in merito, si sono erette a protagoniste indiscusse a partire dal secondo dopoguerra, cominciando a varcare le soglie dei tribunali. Ciò ha dato luogo a pronunce giurisprudenziali spesso contrapposte o all'impossibilità di pervenire ad una decisione in assenza di previsioni normative su tali tematiche. La magistratura italiana chiamata ripetutamente a pronunciarsi su problematiche etiche prive di definizione e disciplina legale, ha tentato di sopperire alle lacune ordinamentali attraverso l'applicazione di principi costituzionali o giurisprudenziali. Se da un lato l'intervento giurisprudenziale "*si è rilevato un provvido rimedio all'inerzia del legislatore*"<sup>83</sup>, d'altro canto tale funzione "creatrice di diritto" è pur sempre estranea alle funzioni che l'ordinamento attribuisce al giudice, il quale dovrebbe limitarsi ad interpretare le norme vigenti nell'ordinamento ed applicarle al caso di specie. Eppure sembrerebbe che con riferimento a casi di difficile risoluzione "[...] questo assordante silenzio del legislatore è apparso pure esprimere una «consapevole» volontà «di affidare» proprio alla «magistratura lo

---

<sup>83</sup> AA.VV, *Percorsi tra Bioetica e Diritto. Alla ricerca di un bilanciamento*, Lorenzo Chieffi, Pasquale Giustiniani (a cura di), G. Giappichelli Editore, Torino, 2010, p. 43;

*scioglimento di nodi problematici che, per problemi di consenso e di equilibrio di maggioranza, non si voleva dipanare in sede parlamentare»<sup>84</sup>. La stessa Corte Costituzionale ha dichiarato imprescindibile in siffatte circostanze, l'opportunità di ricorrere « all'apprezzamento da parte del giudice della situazione concreta [...] per costituire l'unico rimedio per consentire il bilanciamento di diverse esigenze costituzionali»<sup>85</sup>.*

Alcuni ordinamenti hanno provveduto a dotarsi di norme *ad hoc* che disciplinassero i fenomeni oggetto di discussione e numerose sono le proposte di legge avanzate laddove, invece, non si è ancora giunti ad una legiferazione, dove i tribunali continuano a fare da cernita tra ciò che è vietato dalla legge, ciò che non è oggetto di legge e l'insieme dei valori e principi che si auspica che la legge provveda a tutelare.

---

<sup>84</sup> M. Luciani, *Funzioni e responsabilità della giurisdizione. Una vicenda italiana (e non solo)*, 3 luglio 2012, in *Rivista AIC*, n. 3/2012, in Lorenzo Chieffi, *La Medicina nei Tribunali*, Cacucci Editore, Bari, 2016, p.p. 11-12;

<sup>85</sup> Corte Cost. sent. n. 253 del 18 luglio 2003, in *www.giurcost.org*, in Lorenzo Chieffi, *La Medicina nei Tribunali*, Cacucci Editore, Bari, 2016, p.p. 11-12;