

# LA MORTE: QUESTIONE ONTOLOGICA O VALORIALE?

MARCO TUONO

*Dipartimento di Filosofia e Beni Culturali*  
*Università "Ca' Foscari", Venezia*  
tuono@unive.it

## ABSTRACT

Death is not simply a matter concerning scientific debates, but also a topic of ethical interest. In the present article we outline how transplants are deeply rooted in philosophical Modernity. On one hand, transplants in general and the concept of brain death have both been possible because of a philosophical way of thinking opposing mind and body. On the other, transplant medicine shows us, through facts such as "brain dead survivors" and "brain death pregnancies", that the premise on which philosophical Modernity is grounded (i.e. the human being as characterized by the opposition between mind and body) has to be considered wrong.

## KEY WORDS

Transplant medicine, brain death criterion, philosophy of medicine, Postmodernism.

## INTRODUZIONE

Il presente lavoro si propone di valutare lo stato della questione in merito al criterio di morte cerebrale: “la diagnosi di morte cerebrale deve essere considerata una definizione di *fatto* o deve essere piuttosto considerata una questione di *valore*? Una questione *biologica* o una questione *assiologica*?”<sup>1</sup> Detto altrimenti, indagheremo se la morte dell’essere umano chiami in causa l’ontologia (come sostiene per es. Shewmon), oppure l’etica (come affermano, a diverso titolo, Jonas e Singer). Inoltre, nel dare una risposta al quesito che guida la nostra indagine, andremo a considerare quali ricadute vi siano, per i trapianti, nel far propria ciascuna posizione.

<sup>1</sup> C. Viafora, *Introduzione alla bioetica*, FrancoAngeli, Milano 2006, p. 338.

Un'ulteriore analisi che porremo in essere sarà quella che interroga il legame tra i trapianti e la definizione di morte cerebrale. Vi è chi sostiene che la morte cerebrale ha avuto l'impatto che si conosce - la sua diffusione planetaria a livello legislativo - proprio in virtù del suo permettere la pratica dei trapianti. Una volta che il criterio cerebrale di morte sia entrato in una condizione di crisi sul piano teorico (e presenteremo i principali esponenti che hanno condotto a tale crisi), non si incontra - nella sfera delle decisioni mediche - quel decremento dei trapianti che, forse, ci si sarebbe potuti aspettare, proprio pensando al legame di dipendenza rilevato, da alcuni studiosi, tra la morte cerebrale ed i trapianti.

Da parte nostra, porremo l'accento su di una lettura in chiave filosofica del rapporto tra i trapianti e la morte cerebrale, mostrando che entrambi i concetti sono, da un lato, il prodotto della Modernità filosofica (ne costituiscono, probabilmente, dei vertici), ma, dall'altro, ne chiamano in causa il superamento.

## HANS JONAS

Il percorso di pensiero, che ha condotto Jonas a criticare il criterio di morte cerebrale, ha come punto di partenza la costitutiva impossibilità di identificare il momento esatto della morte: tale incapacità non è, per l'Autore, un qualcosa di transitorio, che, quindi, proprio in quanto tale, possa essere superato nell'arco del tempo. Al contrario, "trovandoci in" quella "zona di fondamentale incertezza" che corrisponde al "confine tra la vita e la morte"<sup>2</sup> (il quale, e non potrebbe essere altrimenti vista la premessa, è indeterminato)<sup>3</sup> non rimane che offrire delle indicazioni improntate alla "vaghezza". È a questa vaghezza argomentativa che occorre, dunque, tenere a mente per comprendere le ragioni per le quali non si possa avere, rispetto alla morte, una conoscenza maggiore - nella direzione cioè dell'esattezza - di quella di cui, a dire di Jonas, si dispone. Attraverso un argomentare che, esplicitamente, prende le mosse da Aristotele, la conoscenza del reale viene divisa in due regioni: vi sono degli ambiti nei quali si dà l'esattezza conoscitiva, da un lato, ma non mancano ambiti nei quali tale caratteristica manca, dall'altro. Al filosofo non rimane che accettare questo dato di realtà: e, dunque, si tratta di "non pretendere una conoscenza dell'oggetto più precisa" [...] "di quanto l'oggetto stesso non

<sup>2</sup> H. Jonas, *Morte cerebrale e banca di organi umani: sulla ridefinizione pragmatica della morte*, in Rosangela Barcaro; Paolo Becchi (a cura di) *Questioni mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, ESI, Napoli 2004, pp. 47-67, p. 51.

<sup>3</sup> *Ibid.*

consenta”<sup>4</sup> - e questo in quanto “Certe forme del reale - tra cui forse l’ambito vita-morte - possono essere in se stesse ‘imprecise’ o può esserlo la conoscenza che di esse si può raggiungere.”<sup>5</sup> Del resto, secondo l’Autore, una maggiore conoscenza non configurerebbe dei giovamenti; al contrario, sarebbe semplicemente superflua: infatti, “di fronte a una concezione cerebrale negativa chiaramente definita il medico può consentire al paziente di morire la sua morte secondo qualsiasi definizione, essa attraverserà da sé lo spettro di tutte le definizioni possibili.”<sup>6</sup>

Detta vaghezza, inerente il piano conoscitivo, si riproduce, pensiamo, anche per quanto attiene alla misurazione della capacità del paziente cerebralmente morto di sentire il dolore: come vi è incertezza in merito al momento della morte, vi è, altresì, un’incertezza in merito alla percezione che il paziente ha - o che comunque, potrebbe avere - di se medesimo. La soggettività profonda di tale paziente risulta quindi essere insondabile; ma che egli possa ancora esperire dolore, non viene escluso dal filosofo. Così, infatti, Jonas: “Chi può sapere se, quando il bisturi comincia a tagliare, non si causi uno shock, un ultimo trauma a una sensibilità diffusa, non cerebrale, ancora in grado di sentire il dolore, che noi, con le funzioni organiche, teniamo in vita?”<sup>7</sup> Si badi che, attraverso quest’ultima affermazione, fa la sua comparsa una connotazione “olistica” del paziente cerebralmente morto - tema, questo, di grandissimo interesse sia filosofico (perché un dolore non connotabile come cerebrale configura un’incrinatura della concezione moderna della soggettività come intrinsecamente, ed inesorabilmente, caratterizzata dalla dimensione mentale), che di tipo pratico (inerente il comportamento etico da tenersi nei suoi confronti). Tale “sensibilità diffusa” - va precisato - non è, secondo Jonas, la sola esemplificazione di un piano globale, che interessa cioè la corporeità nel suo insieme: le attività artificialmente indotte della respirazione e della nutrizione ne rappresentano il caso più emblematico.

Sottosistemi locali - singole cellule o tessuti - possono benissimo continuare a funzionare per un certo lasso di tempo (per esempio la crescita dei capelli e delle unghie) senza che questo influisca sulla determinazione della morte secondo i criteri più ampi. Ma respirazione e circolazione sanguigna non rientrano in questa classe, perché l’effetto della loro attività, benché espletata da sottosistemi,

<sup>4</sup> H. Jonas, *op. cit.*, p. 55.

<sup>5</sup> H. Jonas, *loc. cit.*

<sup>6</sup> H. Jonas, *op. cit.*, p. 49.

<sup>7</sup> H. Jonas, *op. cit.*, p. 51.

si estende all'intero sistema e assicura il mantenimento sia funzionale che sostanziale di tutte le altre parti.<sup>8</sup>

Da parte nostra, occorre, dunque, focalizzarci sulla curvatura globale che hanno assunto le funzioni artificiali (respirazione e nutrizione) con riferimento al corpo del paziente, per coglierne le ricadute per il pensiero stesso dell'Autore. Vi è, anzitutto, un'implicazione decisiva, in quanto è proprio il rilievo di queste componenti diffuse a fare la differenza in materia della morte dell'essere umano. Se, come detto, non vi è modo di discernere - sul versante conoscitivo - la vita e la morte, possiamo, tuttavia, pervenire a delle definizioni di che cosa sia l'una e di che cosa, invece, sia l'altra. Non vi è, certamente, un confine di natura epistemologica (quantificabile) tra le due. Eppure, vita e morte possono essere distinte sul piano concettuale, con la conclusione che i pazienti nella condizione di morte cerebrale non possono essere ritenuti dei cadaveri, poiché non vi è una discontinuità tale, tra loro e gli altri esseri umani, da richiedere che siano definiti attraverso un cambiamento di status.

Naturale ed artificiale qui si ibridano, al punto da essere, a ben vedere, indistinguibili.

Di fronte alla stratificazione e all'interdipendenza delle funzioni dell'organismo, così pare alla mia mente di profano, la spontaneità si *distribuisce* su molti livelli e luoghi, e ogni livello superiore consente a quelli a esso inferiori di funzionare in modo naturale e spontaneo, sia che la propria attività sia naturale o artificiale.<sup>9</sup>

La discontinuità che abbiamo richiamato, vi sarebbe, invece, in due casi distinti e, tuttavia, convergenti nel considerare cruciale la distinzione tra naturale ed artificiale: ovvero, da un lato, per chi ritenesse che l'autentica vita umana sia solamente quella descrivibile come "naturale", oppure (come vogliono i corticalisti) quella "personale". Ma è lo stesso Jonas ad informarci che qui una separazione di questo tipo non ha alcun motivo di sussistere:

[...] la vecchia concezione, per quanto ne so, non specifica affatto che l'attività organica, la cui irreversibile cessazione costituisce la morte, dev'essere *spontanea* e che non si debba considerare vita se è indotta e sostenuta artificialmente [...]. Per essere precisi, l'"irreversibile" di questa cessazione può riferirsi a due cose: alla funzione stessa o alla sua spontaneità. Una cessazione può essere irreversibile in quanto a spontaneità, ma ancora reversibile rispetto all'attività in quanto tale, nel qual caso un attivatore esterno dovrebbe subentrare costantemente a quello interno, ovvero alla spontaneità perduta. È

<sup>8</sup> H. Jonas, *op. cit.*, p. 56.

<sup>9</sup> H. Jonas, *op. cit.*, pp. 57-58.

questo il caso dei movimenti respiratori e delle contrazioni cardiache del paziente in coma (e anche, di recente, del cuore artificiale!).<sup>10</sup>

Per continuare nella ricostruzione del pensiero di Jonas, dobbiamo affermare che, sebbene egli insista a più riprese sulla mancanza di un confine certo tra la vita e la morte, non vi è alcun modo di pensare che i pazienti in morte cerebrale siano, in realtà, dei cadaveri. L'argomento dell'interdipendenza tra naturale ed artificiale - diretta conseguenza, del resto, di quello dell'"interdipendenza delle funzioni dell'organismo" - non può lasciar dubbi in merito: qui si esclude a chiare lettere che la loro condizione sia diversa da quella della vita. Eppure, i ragionamenti di Jonas prendono una coloritura particolare: egli, nonostante abbia bene a mente la condizione di vita dei pazienti in morte cerebrale, non considera la morte come una questione ontologica - come, invece, sarà il caso di Shewmon -, quanto come una questione etica.<sup>11</sup> Questa soluzione teorica - che può apparire, ad un lettore distratto, come un punto critico nell'economia delle argomentazioni del filosofo (semplicemente una virata o un paradosso) - è, tuttavia, comprensibile, se solamente si consideri il quadro teorico di fondo dell'Autore. Jonas non è qui in contraddizione rispetto a se stesso; al contrario, il suo ragionamento è del tutto coerente: è la stessa premessa, su cui poggiano tutti i suoi rilievi in merito alla morte, ad escludere la posizione che ravvisa nella morte una questione di carattere ontologico. Allora - ecco la conclusione - poiché la morte non può essere quantificata o misurata, non resta che affidarla alle considerazioni etiche. Così Jonas:

E qui, a mio giudizio, la domanda giusta non è: «È morto il paziente?», ma: «Che fare di lui», che resta pur sempre un paziente? A *questa* domanda non si può certo rispondere con una definizione di morte, ma con una 'definizione' dell'uomo e di che cos'è una vita umana. In altre parole, non si può aggirare la questione decretando che la morte è già avvenuta e perciò il corpo rientra nell'ambito delle semplici cose; bensì la risposta che la questione richiede può essere, ad esempio, che non è umanamente giusto - e meno che mai necessario - prolungare artificialmente la vita di un corpo privo di cervello.<sup>12</sup>

Alla luce di quanto abbiamo appena ascoltato, bisogna, quindi, riconsiderare il confine tra la vita e la morte: queste non devono più essere intese, quindi, come delle questioni di fatto; se non sul terreno epistemologico,

<sup>10</sup> H. Jonas, *op. cit.*, p. 57.

<sup>11</sup> Si instaura così un inaspettato parallelismo tra le posizioni di H. Jonas e quelle di P. Singer, *Rethinking Life & Death* (1994), tr. it., *Ripensare la vita*, il Saggiatore, Milano 2000 (per es. alle pp. 66-67).

<sup>12</sup> H. Jonas, *op. cit.*, p. 58.

esse sono, tuttavia, separabili dall'analisi etica che ha nel paziente stesso (e non per es. nella società, nella figura dei possibili riceventi) il termine ultimo di giudizio. Cercando di portare a coerenza l'implicito dell'Autore che andiamo analizzando, si tratta di riscontrare che proprio il confine vita-morte viene ora a precisarsi lungo la linea di separazione tra mezzi ordinari e mezzi straordinari<sup>13</sup> di trattamento. In ciò va riscontrata la profonda attualità di Jonas. "Grazie a questa motivazione filosofica difficilmente contestabile - l'assurdità per un essere umano di continuare a vegetare in modo incosciente -, il medico può, o addirittura deve staccare il respiratore e rimettere alla morte il compito di definire se stessa attraverso ciò che inevitabilmente accade."<sup>14</sup>

La ricostruzione che finora abbiamo effettuato, ci ha permesso di cogliere gli aspetti che riteniamo essere di maggior rilievo della posizione di Jonas. E questi sono:

1. l'individuazione di componenti olistiche nei pazienti in morte cerebrale; le più importanti delle quali sono la respirazione e nutrizione artificiale, ma non si dimentichi la stessa possibilità, almeno ipotetica, di sentire il dolore;
2. il fatto che l'Autore sottragga la morte al terreno dell'ontologia, facendola rientrare nel campo dell'etica.

Il primo punto ci permette di valutare le ricadute del discorso di Jonas sul tema della morte umana - che saranno proprie anche, come vedremo, di Shewmon -, mentre il secondo sancisce una distanza tra il filosofo, come detto a favore della curvatura etica della morte, ed il neurologo, che, invece, la considera su base ontologica.<sup>15</sup>

## D. ALAN SHEWMON

Ci accingiamo ora a ricostruire il pensiero di Shewmon per quanto attiene alla morte cerebrale; nel far questo, teniamo a mente gli aspetti che abbiamo sottolineato del lavoro di Jonas: così facendo, mostreremo, in altri termini, i punti di contatto - e di frizione - tra questi due autori, certamente molto simili.

<sup>13</sup> Per un inquadramento di questo tema, si cfr. F. Tuoldo, *L'etica di fine vita*, Città Nuova, Roma 2010; S. Bartoccioni, *et al.*, *Dall'altra parte*, Rizzoli, Milano 2008.

<sup>14</sup> H. Jonas, *op. cit.*, p. 58. Cfr., inoltre, p. 49.

<sup>15</sup> D.A. Shewmon, "'Brain-stem Death', 'Brain Death' and Death: a A Critical Re-Evaluation of the Purported Equivalence", *Issues in Law & Medicine*, 1998, 14(2), pp. 125-145, tr. it. *'Morte del tronco cerebrale', 'morte cerebrale' e morte: un riesame critico della loro presunta equivalenza*, in R. Barcaro; P. Becchi (a cura di), *Questioni mortali*, cit., pp. 177-204, p. 182.

La parabola di Shewmon è particolarmente significativa in quanto, da iniziale sostenitore del criterio di morte cerebrale, è andato via via distanziandosi da esso - passando per l'adesione alla morte corticale -, concludendo tale percorso con il fornire una propria definizione di morte e proponendo, inoltre, dei criteri corrispondenti. Egli sostiene che la morte cerebrale rappresenti l'equivalente di una "vacca grassa", che, in quanto tale, viene "presevata a tutti i costi"<sup>16</sup> dalla comunità dei bioeticisti, prescindendo completamente dal fatto che "La principale giustificazione fisiologica per la 'morte cerebrale' è diventata progressivamente insostenibile"<sup>17</sup>, in quanto non più proponibile perché sconfessata da una serie di casi - su cui diremo. La conclusione cui l'Autore giunge è allora quella di decretare l'equivalenza tra la "morte corporea" e la morte cerebrale come "logicamente e fisiologicamente incoerente".<sup>18</sup>

Fin qui abbiamo descritto le conclusioni cui è pervenuto il neurologo, andiamo a considerare, le ragioni che lo hanno condotto ad abbandonare tale "dogma":<sup>19</sup> si tratta, allora, di riconoscere come il suo affrancarsi dalla morte cerebrale<sup>20</sup> sia dipeso, in prima istanza, da osservazioni - indirette e dirette - cui è stato condotto dalla sua stessa professione di neurologo. Egli, infatti, viene a conoscenza di un ventaglio di casi, connotabile sotto il segno della "sopravvivenza" nella condizione di morte cerebrale: ecco che vi sono due categorie di esseri umani - pazienti pediatrici e donne in stato di gravidanza - i quali, pur essendo cerebralmente morti - vengono mantenuti alle apparecchiature di sostegno vitale. Ebbene, ne risulta che detti pazienti - piuttosto che andare incontro, come ci si aspetterebbe, all'"imminente arresto cardiaco"<sup>21</sup> - sono in grado di svolgere funzioni complesse come, da un lato, portare a termine una gravidanza (con successo, oppure no)<sup>22</sup>, e, dall'altro, semplicemente continuare a "vivere" e, inoltre, a crescere: circostanza, questa, che significa, per alcuni, anche raggiungere la pubertà. La casistica oggetto di

<sup>16</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 202.

<sup>17</sup> *Ibid.*

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 204.

<sup>20</sup> E' lo stesso D.A. Shewmon, del resto, a sostenere di essere "guarito" dalla morte cerebrale (Id., "Recovery from 'brain death'. A neurologist's apology", *The Linacre Quarterly*, 1997; 64(1), pp. 30-96).

<sup>21</sup> Tale è, infatti, la convinzione già di Mollaret e Goulon, cfr. R. Barcaro, "Ai confini della vita. Riflessione critica sulla nozione di morte cerebrale", *Humana.Mente* 3 (Novembre 2007), pp. 19-37, p. 19.

<sup>22</sup> Si ricordi, in proposito, quanto sostenuto da H. Jonas, *Una madre morta con un feto vivo in corpo? Due lettere*, in Rosangela Barcaro; Paolo Becchi (a cura di) *Questioni mortali*, cit., pp. 69-76.

studio da parte di Shewmon comprende circa 175 casi, nei quali è riscontrabile una sopravvivenza oltre la settimana: di questi, 159 sono presenti nella letteratura medica, 10 casi sono stati riportati dai media, mentre di 4 casi, l'Autore è venuto a conoscenza attraverso dei colleghi, ed, infine, egli ha potuto analizzare direttamente 2 casi<sup>23</sup> - tra i quali va ricordato quello di TK,<sup>24</sup> paziente pediatrico con una sopravvivenza in morte cerebrale (di 14 anni e mezzo nel momento in cui Shewmon scrive)<sup>25</sup> dai quattro ai ventitre anni.<sup>26</sup>

La casistica che abbiamo, poc'anzi, richiamato porta l'Autore a concludere che "il corpo cerebralmente morto" è un organismo umano vivente";<sup>27</sup> attraverso la disamina di detti casi, quindi, è possibile vedere la mancanza di tenuta per quanto concerne il prerequisito stesso del criterio di morte cerebrale. Non pare, infatti, più sostenibile quella concezione che guardava al cervello come all'"organo critico" dell'integrazione corporea: "Pertanto una lesione cerebrale può paralizzare le facoltà intellettuali e volitive dell'anima - può prevenire la loro attivazione o realizzazione - senza necessariamente causare che l'anima cessi di guidare il corpo in quanto suo principio vitale."<sup>28</sup> Del resto, "Se l'unità integrativa del corpo dipendesse dal funzionamento cerebrale, allora il corpo dovrebbe sicuramente cadere a pezzi per una separazione funzionale dal cervello così come per la distruzione del cervello stesso."<sup>29</sup>

Forse - e questa è la nostra ipotesi -, il ruolo di integrazione del cervello nei confronti del corpo vi è stato nel passato, agli esordi della ventilazione meccanica - si pensi alle osservazioni cliniche di Mollaret e Goulon, attraverso le quali veniva rilevata la vicinanza cronologica tra il *coma dépassé* e l'arresto cardiaco - tuttavia, successivamente ai rilievi di Shewmon, non rimane che constatare che "se c'è un corpo umano vivo, c'è ipso facto una persona umana viva"<sup>30</sup>. Successivamente alle sopravvivenze in morte cerebrale, ci sui Shewmon ci informa, non è più possibile guardare alla morte cerebrale come in precedenza: qui è il campo pratico a presentare dei fatti che conducono, necessariamente, a modificare quello teorico. "Sebbene coloro i quali riducono

<sup>23</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 190.

<sup>24</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 191.

<sup>25</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 192.

<sup>26</sup> Cfr. P. Becchi, "I segni della morte e la questione dei trapianti", *i-lex. Scienze Giuridiche, Scienze Cognitive e Intelligenza Artificiale*, Novembre 2011; 12, pp. 1-20, p. 6, in rete: [www.i-lex.it](http://www.i-lex.it).

<sup>27</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 198.

<sup>28</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 191.

<sup>29</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 198.

<sup>30</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 183.



la persona alla coscienza possano provare ad argomentare che questi non sono *persone* umane, nessuno può seriamente pretendere che non siano *organismi* umani viventi, *esseri* umani viventi.”<sup>31</sup>

È, quindi - riassumendo -, del tutto contestabile che “Il ‘sistema critico’ del corpo sia il cervello”, ma, per richiamare un’ulteriore aspetto del lavoro di Shewmon, occorre riconoscere che “addirittura” è sconfessata nettamente l’idea che “il corpo possieda anche un ‘sistema critico’ localizzato.”<sup>32</sup> Nelle battuta che abbiamo ascoltato è racchiusa tutta la distanza di Shewmon rispetto alla definizione di morte sancita dalla scienza (almeno in un primo momento) e dalla maggior parte delle legislazioni mondiali - si badi: con alcune eccezioni significative (il Giappone ed il New Jersey).

Le analisi di Shewmon sono tali da richiedere un’attenta considerazione di alcune domande:

1. “Ma se la ‘morte cerebrale’ non è la morte, che cosa è?”;<sup>33</sup>
2. Quale ruolo assume il cervello nella mutata cornice di riferimento?;
3. Se non è la morte cerebrale, che cos’è, allora, la morte dell’essere umano?

Vediamo meglio: quanto alla morte cerebrale, occorre riconoscere il duplice ordine di considerazioni che la attraversa: 1) essa non viene più riconosciuta come la morte dell’essere umano (e questo vale tanto per Jonas che per Shewmon), tuttavia, 2) continua a mantenere un ruolo di tutto rilievo per quanto attiene all’espianto degli organi. La morte cerebrale viene, dunque, intesa come il momento dell’interruzione dei mezzi straordinari, diviene perciò lecito il prelievo degli organi con la finalità di trapianto.

In merito al cervello, invece, dobbiamo notare che viene - e di molto - ridimensionata la sua importanza in riferimento alla vita dell’essere umano: le attività che esso svolge sono - e non potrebbe essere altrimenti - ora descrivibili semplicemente come un supporto dato al resto del corpo. L’apporto del cervello passa, quindi, dall’essere fondamentale - in quanto ciò che conferisce

<sup>31</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 191. Un ragionamento analogo viene posto in essere da Shewmon (*op. cit.*, p. 203) riguardo all’embrione: “Sebbene l’idea della ‘vita cerebrale’ sia contraddetta da considerazioni fisiologiche dell’unità integrativa (niente è un ‘organismo come un tutto’ più chiaramente di un embrione in fase di sviluppo, nonostante l’assenza di un cervello)”. E ancora: “Le piante e gli embrioni non hanno un organo di integrazione centrale; l’integrazione è piuttosto un fenomeno emergente chiramente non localizzabile che coinvolge l’interazione reciproca tra tutte le parti.” (Id., *Disconnessione tra encefalo e corpo: implicazioni per il fondamento teorico della morte cerebrale*, in R. De Mattei, *Finis Vitae. La morte cerebrale è ancora vita?*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2007, pp. 277-331, p. 306).

<sup>32</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 177.

<sup>33</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, p. 199.

al corpo quell'indirizzo che, esso, da solo, non sarebbe mai in grado di darsi -, all'essere, piuttosto, un qualcosa di relativo. Il cervello è ora nient'altro che ciò che segue (ciò che mima, verrebbe quasi da dire) la coordinazione dei vari organi: si presti la massima attenzione - quella coordinazione che il corpo ha già precedentemente raggiunto.<sup>34</sup> Se nella prima ipotesi era il corpo ad uniformarsi al cervello, ora le parti si sono invertite. Così Shewmon:

Lungi dal costituire un 'integratore centrale', senza il quale il corpo si ridurrebbe ad una mera collezione di organi, il cervello serve come modulatore, regolatore di precisione, ottimizzatore, esaltatore, protettore di una unità somatica implicitamente *già esistente, intrinsecamente mediata*. L'unità integrativa *non* è un'imposizione *dall'alto* di un 'integratore centrale' ad un conglomerato di organi altrimenti non integrato. (Se lo fosse, anche il corpo in salute sarebbe privo di una *vera* unità, ma consisterebbe piuttosto di un cervello portato in giro e tenuto vivo da parti corporee microgestite in modo dittatoriale). Invece, è una *caratteristica non localizzata, olistica* fondata sulla mutua interazione di tutte le parti del corpo.<sup>35</sup>

Non rimane, a questo punto dell'indagine, che considerare la proposta dell'Autore quanto alla morte dell'essere umano: qui l'impianto è ancora di carattere aristotelico; quanto cerchiamo deve ancora soddisfare - come oramai risulta chiaro - il prerequisito della globalità: "La transizione tra la vita e la morte è caratterizzata invece da segni empirici per cui il 'corpo' non è più in effetti un corpo, cioè un tutto dinamicamente integrato."<sup>36</sup> Lo stadio olistico al quale risulta possibile far corrispondere - tanto per Jonas che per Shewmon - la morte, non può - anche in virtù delle ragioni che vedremo nel paragrafo successivo - che essere la corporeità medesima. "Il *criterio anatomico* [della morte] si sposta da un singolo *locus* (il cervello) all'intero corpo e consiste in un grado critico di danno a livello molecolare (non ancora ampiamente individuabile) in tutto il corpo, oltre un 'punto di non ritorno' termodinamico."<sup>37</sup> Senza che ciò configuri, tuttavia, un ritorno alla morte tradizionale (a base cardiopolmonare): e qui tocchiamo un altro punto di convergenza tra Jonas e Shewmon. È comune ad entrambi, infatti, una concezione per la quale l'ingresso della tecnica nell'area della fine della vita umana non può essere ignorato.<sup>38</sup> Così, dunque, Shewmon:

Sebbene l'espressione 'circolatorio-respiratorio' suoni in modo simile alla vecchia frase 'cardiopolmonare', non sono sinonimi. Né il battito cardiaco

<sup>34</sup> Il riferimento all'embrione è qui decisamente illuminante, cfr. *supra* la cit. alla nota 31.

<sup>35</sup> D.A., Shewmon, *op. cit.*, pp. 197-198.

<sup>36</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 183.

<sup>37</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 199.

<sup>38</sup> Per Jonas, cfr. *supra* la nota n. 12.

spontaneo, né la respirazione polmonare sono essenziali per la vita (come effettivamente probano le macchine per il *bypass* cardiopolmonare, ma la circolazione e la respirazione chimica (il processo respiratorio) lo *sono*.<sup>39</sup>

## LE FUNZIONI INTEGRATIVE

La prospettiva di Shewmon sulla “*litania*” - l’Autore impiega tale termine con un intento critico verso coloro che considerano ancora il cervello come l’organo critico del corpo - “*delle funzioni integrative*”<sup>40</sup> è già presente nell’articolo di Jonas che abbiamo considerato. I due autori constatano, come detto a più riprese, un’integrazione a livello autenticamente olistico presente nel corpo privo delle funzioni del cervello - andando (come abbiamo visto per Jonas, e come vedremo, per Shewmon) a dare un’interpretazione di come debbano essere intese la respirazione e la nutrizione artificiale. Ma prima, facciamo un passo indietro, per osservare come Shewmon caratterizza un organismo integrato:

L’ ‘unità integrativa’ è posseduta da un presunto organismo (cioè, è realmente un organismo) se quest’ultimo possiede almeno una proprietà emergente, di livello olistico. Una proprietà di un corpo composto è detta ‘emergente’ se deriva dalla reciproca interazione delle parti, e ‘olistica’ se non è riferibile a qualche singola parte o sottoinsieme di parti ma soltanto all’intero corpo composto.<sup>41</sup>

Si noti come sia bastevole la presenza di “almeno una proprietà emergente” per configurare un organismo vivente; ci pare che questa considerazione sia improntata all’insegna di una prospettiva prudentiale - e che, quindi, possa esservi, anche se più tenue rispetto ad altre somiglianze, un altro punto di incontro tra gli autori che stiamo trattando.<sup>42</sup> Può essere di interesse rilevare che, nel caso di Shewmon, le “proprietà emergenti” non rappresentano, solamente, un fattore chiave nella separazione tra la vita e la morte, ma che sono, altresì, centrali con riferimento alle situazioni e della salute e della malattia. “Gli organismi viventi in buona salute possiedono molte di tali proprietà [integrative] laddove un organismo malato potrebbe possederne meno. Ma una soltanto è sufficiente perché *sia* un organismo, in quanto se la proprietà è veramente al livello del tutto, ci deve essere un tutto a cui essa sia

<sup>39</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 200.

<sup>40</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 192.

<sup>41</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 193.

<sup>42</sup> Delle ragioni prudentiali ispirano, come noto, la filosofia di Jonas sia in generale che, nello specifico, le sue considerazioni riguardanti la morte umana.

riferita.”<sup>43</sup> Vogliamo sottolineare quella che riteniamo sia la grande coerenza del discorso di Shewmon: qui egli sta trattando della malattia, all'interno della quale, a ben vedere, si tratta di far rientrare, a suo avviso, la stessa morte cerebrale: detto altrimenti, la morte cerebrale non può più essere confusa con la morte dell'essere umano, ma va intesa come una forma di disabilità - e, dunque, di vita. Così Shewmon a supporto di questa tesi:

Non c'è dubbio che molti corpi 'cerebralmente morti' nelle unità di terapia intensiva richiedono meno supporto tecnologico di molti altri pazienti malati in modo grave o morenti in quegli stessi reparti, e che ciononostante sono considerati da tutti come vivi. [...] Allora i pazienti 'cerebralmente morti', che presentano *maggiore* integrazione del soggetto dell'esempio, devono essere vivi.<sup>44</sup>

Si consideri come, da quanto appena ascoltato, il confine vita-morte vada affidato alle funzioni integrative; ma trattiamo ora alle esemplificazioni probabilmente più paradigmatiche di queste (respirazione e nutrizione artificiale). L'analisi è tesa a discernere una modalità erronea ed una corretta di considerarle: sottolineiamo che lo snodo centrale tra tali differenze interpretative consiste nel considerare, - in riferimento alla morte - nutrizione e respirazione come dei fenomeni del tutto naturali (secondo il modo sbagliato), o come artificiali a pieno titolo (per quanto concerne la corretta interpretazione).

Se 'respirare' è concepito come spostare l'aria dentro e fuori dei polmoni, è una funzione del diaframma coordinata dal tronco cerebrale. Se, invece, è concepita come 'respirazione' nel senso tecnico di scambio dell'ossigeno e di anidride carbonica (più rilevante per l'unità integrativa), allora è una funzione chimica dei mitocondri in ogni cellula del corpo. (Infatti, la serie finale delle macromolecole coinvolte nella produzione di energia dal processo ossidativo del combustibile chimico è conosciuta come 'catena respiratoria').<sup>45</sup>

E lo stesso dicasi per quanto attiene alla nutrizione:

Similmente, se 'nutrizione' è inteso come mangiare, è una funzione della bocca e della faringe coordinate dal cervello. Se, invece, è compreso come la scissione e l'assimilazione di sostanze nutritive per fornire energia e materia prima per l'organismo (il solo senso rilevante per la integrazione comatica) allora è sia una funzione del tratto gastrointestinale sia una funzione chimica di ogni cellula del corpo.<sup>46</sup>

<sup>43</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 194.

<sup>44</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 194.

<sup>45</sup> D.A. Shewmon, *op. cit.*, p. 195.

<sup>46</sup> D.A. Shewmon, *loc. cit.*

Detto altrimenti, ci troviamo ancora davanti alla domanda che indaga quale sia il contributo della tecnica per quanto riguarda la fine della vita umana. Siamo giunti così ad un bivio: se imbocchiamo la prima strada, se cioè l'intervento tecnico fosse tale da non incidere sulla condizione del paziente - ovvero sulla sua integrazione corporea -, allora, potremmo tranquillamente considerare tali pazienti come dei cadaveri a pieno titolo. Eppure - sia per Jonas che per Shewmon -, non è questo il caso. Ed eccoci così giunti al secondo tragitto: la tecnologia non configura qui un mero apporto quantitativo, ma qualitativo - dove con tale termine, lo precisiamo, è da intendersi un intervento che non incide sull'integrazione corporea, mentre è "qualitativa", a tutti gli effetti, quella modificazione che coinvolge il piano globale della coordinazione dell'organismo.

Si presti la massima attenzione: la stessa tecnica, come sopra abbiamo richiamato, è - probabilmente - passata da uno stadio iniziale nel quale essa era sì incapace, per così dire, di procedere oltre il piano che abbiamo descritto come quantitativo (e questo è il caso almeno di Mollaret e Goulon), ad uno nel quale, questa volta, ne va del piano qualitativo. Detto altrimenti, modificandosi la strumentazione tecnologica, cambiano altresì di segno le analisi etiche: ecco che, alla fine degli anni Cinquanta, la morte poteva essere intesa come morte cerebrale - e, quindi, era etico procedere, senza presentare ulteriori giustificazioni teoriche, all'espianto degli organi, ecc. (lo stesso si potrebbe affermare per es. in riferimento a Barnard). Ma dei miglioramenti sul versante della ventilazione artificiale hanno fatto mutare la stessa nozione di morte - che non può più essere accettata nella sua versione "cerebrale", né in quella "corticale" -, ed hanno portato ad una concezione etica che chiede siano espresse ulteriori motivazioni per procedere ai trapianti. Con ciò non si vuol dire che lo scenario dei trapianti sia escluso - tutt'altro-, ma che occorre fornire loro una giustificazione che non passi, questa volta, per il criterio di morte cerebrale. Riassumendo, l'elemento tecnico ora - ovvero con le analisi di Jonas e Shewmon - ha a che fare con l'integrazione dell'organismo, mentre agli esordi, la sua incidenza non poteva estendersi a tanto.

In realtà è proprio questo il punto fondamentale: una cosa era parlare di morte quando la medicina non possedeva alcun mezzo per intervenire efficacemente nel processo del morire, una cosa è parlarne oggi, quando un numero crescente di funzioni è sostituibile. D'altro canto è proprio il progresso tecnologico che ha fatto nascere questi nuovi problemi concettuali.<sup>47</sup>

<sup>47</sup> C.A. Defanti, *Riflessioni sul concetto di morte cerebrale*, in M. Mori (a cura di), *La bioetica. Questioni morali e politiche per il futuro dell'uomo*, Bibliotechne, Milano 1991, pp. 230-237, p. 233.

Pensiamo si possa dire che tali casi di sopravvivenze in morte cerebrale non vi sarebbero state senza i progressi nella ventilazione meccanica e nelle tecnologie di supporto vitale. A partire da questo rilievo, se guardiamo alla questione in un'ottica diacronica, non possiamo non riconoscere che 1) vi è stato - almeno - un tempo nel quale dette sopravvivenze non si verificavano, pur in presenza della ventilazione artificiale (ancora una volta, il riferimento d'obbligo è rappresentato da Mollaret e Goulon); mentre 2) vi sono state, diversi anni dopo, delle sopravvivenze in morte cerebrale - le quali non si verificavano, invece, nel primo caso: una tecnologia, forse ancora rudimentale, non era, infatti, in grado di evitare l'arresto cardiaco. Diviene, quindi, necessario distinguere tra due fasi dello sviluppo delle tecnologie di sostegno vitale: una prima, nella quale la tecnica non forniva al corpo un'integrazione autenticamente olistica, ed una, invece, nella quale questa era fornita.<sup>48</sup>

### LA MORTE UMANA: QUESTIONE ASSIOLOGICA O ONTOLOGICA?

Da quanto andiamo dicendo, sono emersi due scenari distinti per quanto attiene alla considerazione di come vada intesa la morte: da un lato, abbiamo una posizione che esordisce con il dichiarare che siamo consegnati ad una "vaghezza" invalicabile, quando ci proponiamo di accertare la morte, per terminare con il consegnare i pazienti cerebralmente morti alle analisi di carattere etico (Jonas). Dall'altro, vi è chi, connotando la morte come una questione ontologica - e, quindi, ritenendo che questa possa essere determinata, se non con esattezza, quantomeno caso per caso -, cerca lo sganciamento dei trapianti dalla morte cerebrale (Shewmon). A queste posizioni ne aggiungiamo una terza, quella di Singer,<sup>49</sup> per il quale vi sono diverse condizioni a partire dalle quali diviene lecito il prelievo degli organi (e tali condizioni sono la morte cerebrale, quella a sua volta corticale - ovvero lo stato vegetativo - e l'anencefalia).

Se disponiamo la gamma delle posizioni possibili lungo una linea retta, che parta da quella "conservatrice", per giungere alla posizione maggiormente radicale, abbiamo i seguenti scenari:

1. Attraverso la morte cerebrale non si viene ancora a configurare il momento del sì all'espianto degli organi, mentre vi è la possibilità di rimuovere il paziente dalla ventilazione meccanica (verso la quale lo

<sup>48</sup> Queste affermazioni non possono che avere una valenza parziale, ipotetica, in quanto si deve tenere a mente che le sopravvivenze di cui parliamo non sarebbero state possibili senza le richieste provenienti dai genitori e dai coniugi.

<sup>49</sup> Cfr. per es. P. Singer, *supra*, alla nota 11.

stesso Jonas pare, in parte propendere, anche se non mancano, altresì, nel suo lavoro, delle aperture ai trapianti);

2. Risulta possibile tanto scollegare il paziente in morte cerebrale che espianare gli organi;<sup>50</sup>
3. Viene radicalizzata la posizione precedente, e, quindi, altri soggetti fanno la loro comparsa in quanto donatori.

## IL RAPPORTO TRA I TRAPIANTI E LA MORTE CEREBRALE

I trapianti, per quanto concerne la pratica clinica, sono stati giustificati - inizialmente<sup>51</sup> - attraverso una strategia che ha inteso stabilire la morte dell'essere umano su base cerebrale, con la conclusione che, trattandosi di un cadavere, non sono stati sollevati dei problemi etici per l'espianare degli organi. L'argomento della morte cerebrale - che possiamo definire a pieno titolo come "ontologico" - è stato, quindi, l'anticamera per gli esordi gli stessi trapianti, come per il loro consolidamento. Dato questo quadro di riferimento, si sarebbe portati a pensare che i trapianti abbiano proprio nella definizione di morte cerebrale (e nel suo accertamento) la principale condizione di possibilità: parrebbe, infatti, che, una volta che la morte cerebrale sia attraversata da dubbi - che ne incrinano, se non la validità, quantomeno, per così dire, l'autorevolezza - non vi sia alcuno spazio per la pratica dei trapianti. Eppure, le cose stanno diversamente: niente pare scalfire la medicina dei trapianti: neppure la gamma dei critici - sempre più numerosi - del criterio di morte cerebrale si spinge fino al punto di compiere il passo della messa in discussione dei trapianti (è bene richiamare questo aspetto). E questo fatto sembrerebbe dire che, in fondo, non vi sia alcuna relazione (nelle versioni più radicali) o che detta relazione sia, a ben vedere, debole, tra i trapianti e la morte cerebrale. Ma vi è un'ulteriore scenario, per il quale i trapianti configurerebbero dei vantaggi tali che non pare saggio procedere ad una loro critica.

Vi è, allora, chi sostiene una prospettiva che privilegia l'indipendenza dei trapianti rispetto alla questione della morte cerebrale, affermando che i trapianti sono una questione di carattere etico (Jonas e Singer); tale tesi può,

<sup>50</sup> Tale posizione, oltre che proposta da Shewmon, è condivisa da C.A. Defanti ("La morte cerebrale come paradigma della bioetica", in R. Barcaro; P. Becchi, *Questioni mortali*, cit., pp. 231-250) e dal Danish Council of Ethics.

<sup>51</sup> Non può certo essere un caso che il primo documento successivo al trapianto di cuore ad opera di Barnard abbia sancito l'equivalenza tra la "morte cerebrale" e la morte dell'essere umano.

tuttavia, essere affermata in una duplice direzione: rilevando, da un lato, un'incoerenza per quanto attiene all'accertamento della morte cerebrale totale (Singer) e procedendo verso una connotazione utilitaristica dei trapianti. Dall'altro, è la morte medesima a non poter essere identificata; stando a questa premessa, si sostiene che il morire consiste di una processualità<sup>52</sup> - della quale non è però possibile identificare la conclusione (Jonas).

Da parte nostra, ci sembra improponibile sostenere che non vi sia una relazione tra i trapianti e la morte cerebrale - non si può sostenere, detto altrimenti, che questa non sia stata deducibile per gli stessi trapianti. Tuttavia, il senso in cui intendiamo la dipendenza dei trapianti dalla morte cerebrale non è in linea né con la formulazione utilitaristica (per la quale la facilità con cui la morte cerebrale è stata accolta risiede nella sola volontà di effettuare i trapianti), né con quella - di matrice corticalista - che considera l'affermarsi della morte cerebrale come dipeso dal fatto che il cervello rappresenta la sede della personalità. Riteniamo, come detto poc'anzi, che sia innegabile il legame tra i trapianti e la morte cerebrale, ma che questo sia ancor più profondo rispetto alla posizione che scorge nella morte cerebrale nient'altro che una morte corticale mascherata. Inoltre, certamente la morte cerebrale ha rappresentato un grande vantaggio per la pratica dei trapianti; eppure - anche qui - vi è un aspetto ancor più radicale che bisogna mettere in luce. Vediamo meglio.

## MORTE CEREBRALE E TRAPIANTI: LORO RELAZIONI CON LA MODERNITÀ FILOSOFICA

L'argomento che cerchiamo è di tipo filosofico: senza la separazione moderna dell'essere umano come composto di due realtà eterogenee - la *res cogitans* e la *res extensa* - la chirurgia dei trapianti non avrebbe intrapreso il corso che conosciamo, e neppure vi sarebbero state le premesse per gli stessi trapianti. Aver dato una lettura del corpo come "meccanismo" ha reso possibile una conoscenza del corpo - e, non lo si dimentichi, lo sviluppo di una capacità operativa su di esso - che, in altri universi culturali, non vi sono state. Si può dare, quindi, una lettura della stessa morte cerebrale in linea con il pensiero moderno, ma senza che con essa ci si riferisca - più o meno implicitamente guardando al peso conferito alla *res cogitans* - all'adesione al criterio di morte corticale (o della persona). Prendiamo, come punto di partenza, il "dualismo delle sostanze": la morte cerebrale è un degno frutto del

<sup>52</sup> La tesi della distinzione tra la morte (come fenomeno istantaneo) ed il morire (come processo) è propria, del resto, tanto di Jonas (scelta etica) che di Shewmon (ontologica).



terreno della Modernità, in quanto essa fa propria una determinata concezione dei rapporti tra il cervello (luogo fisico che esprime la coscienza) ed il corpo. Si noti come, nella nostra interpretazione, sono le relazioni tra le sostanze a costituire l'argomento decisivo, mentre passa in secondo piano la considerazione della soggettività o del pensiero. Pensare al cervello come all'organo critico dell'integrazione corporea, non è altro, quindi, che attribuire - per definizione - al cervello delle funzioni di indirizzo su quella tipologia di meccanismo che corrisponde al corpo. Tutto ciò è eminentemente moderno: il criterio di morte cerebrale dev'essere, dopo l'analisi che abbiamo condotto, riconosciuto come un prodotto stesso del pensiero moderno - del dualismo che oppone ambiti tra loro irriducibili. Seguendo questa direzione, occorre, allora, rovesciare il rapporto tra morte cerebrale e morte corticale: generalmente, si è portati a far dipendere la prima dalla seconda - quando si afferma cioè che il criterio di morte cerebrale è stato scelto in virtù del fatto che nel cervello vi sono le caratteristiche più importanti per la persona. Come detto, occorre invertire i termini della questione - tralasciando, quindi, la soggettività, i tratti cruciali della personalità, ecc. - per restare, ancora, sul terreno del dualismo delle sostanze. Vediamo meglio: i criteri di morte altro non sono se non la chiarificazione di che cosa sia da intendere per *res cogitans* - dove centrale qui non è tanto, come detto poc'anzi, la componente di pensiero che la *res cogitans* esprime, quanto la sua capacità di indirizzare il corpo, o, riferendoci espressamente alla morte cerebrale, di tenerlo assieme.

Ecco che, per stendere una brevissima disamina dei criteri della morte dell'essere umano, la *res cogitans* viene, dapprima, intesa come l'intero cervello; ma tale definizione dev'essere abbandonata per l'impossibilità di accertare la cessazione di "tutte le funzioni" del cervello (Singer). Il passaggio successivo è, dunque, quello di collocare nel tronco encefalico (ora riconosciuto come il sistema critico del cervello) la *res cogitans*; e con ciò siamo arrivati al punto di non ritorno - ci si passi l'espressione - dei criteri di morte. La definizione di morte incentrata sul tronco cerebrale viene, dunque, meno, non perché vi siano delle incoerenze sul piano per es. concettuale, ma poiché sono gli stessi dati clinici a sancire che la funzione di controllo - di coordinazione del corpo - va cercata altrove che a livello dell'encefalo. La relazione tra cuore e cervello, infatti, non è più di dipendenza: le osservazioni mostrano che il cuore si trova, per così dire, in quella che può essere definita a pieno titolo come una posizione autonoma rispetto al cervello: "il cuore ha il suo pacemaker interno [...] che può battere perfettamente (sebbene non modulato nella frequenza) senza alcuna influenza dell'encefalo. I cuori

prelevati per i trapianti continuano a battere spontaneamente per qualche tempo anche fuori dal corpo.”<sup>53</sup>

Al termine di questa carrellata sulle definizioni di morte, notiamo che la *res cogitans* ha assunto via via differenti connotazioni, fino a non poter più essere identificata soltanto nel cervello, per essere, quindi, fatta coincidere con la corporeità medesima. Con ciò, il cerchio si chiude.

I trapianti, quindi, sono l'epifenomeno, per così dire, della scienza moderna - la quale è tale, non lo si dimentichi, in virtù di un preciso orientamento che si è avuto nel campo del pensiero. Ma, dicendo che una posizione filosofica è efficace, non si sostiene ancora nulla quanto alla sua veridicità. I trapianti, infatti, hanno il precipuo significato nella medicina contemporanea, proprio in quanto poggiano, per quanto attiene al livello filosofico di indagine, su delle argomentazioni che sono false, le quali, inoltre, sono state sconfessate - e questo è lo snodo decisivo - proprio dallo stesso sviluppo dei trapianti. Ci riferiamo qui, ancora una volta, alle sopravvivenze in morte cerebrale, le quali hanno mostrato 1) che la separazione tra *res cogitans* e *res extensa* non ha motivo d'essere; in quanto 2) la *res extensa* mostra dei tratti che sono stati - erroneamente - ritenuti esclusivi della *res cogitans*. Portare a conclusione una gravidanza, oppure soltanto crescere, quando si è cerebralmente morti, fuoriesce dalle possibilità esercitabili - per definizione - dalla mera *res extensa*. Ecco che i trapianti rappresentano un paradosso per la filosofia: certamente, da un lato, essi sono il compimento del pensiero moderno - se considerati, come detto, quanto alla filosofia implicita che esprimono -, ma rappresentano, altresì, il superamento della Modernità filosofica - una volta che li si consideri sotto il segno di quanto la pratica (ovvero la casistica) ha da offrire alla filosofia medesima. Nella Modernità oltre la Modernità: così possiamo, quindi, esprimere il percorso dei trapianti d'organo

<sup>53</sup> D.A. Shewmon, “Disconnessione tra cervello e corpo”, cit., p. 296.