

L'indagine sulla psicologia dell'Arte e della Letteratura, cui il presente volume aspira a dare un contributo, ha raggiunto negli ultimi venti anni traguardi conoscitivi ragguardevoli ed una solida intelaiatura concettuale di riferimento, che testimoniano la raggiunta maturità scientifica della disciplina. Il testo raccoglie i contributi e le riflessioni maturate nell'ambito del Convegno Internazionale di Psicologia dell'Arte e della Letteratura svoltosi nell'ottobre del 2018 presso l'Università degli studi di Cassino in memoria del Prof. Antonio Fusco, pioniere nello studio di questa disciplina e punto di riferimento per la comunità scientifica. I lavori presentati, frutto dell'impegno di autorevoli studiosi italiani e stranieri, compongono un quadro sfaccettato e multidimensionale del tema in oggetto, suggerendo anche nuove ed originali prospettive di indagine che arricchiscono la feconda eredità culturale lasciata dal Prof. Fusco.



Antonio Fusco già Professore Ordinario di Psicologia dell'Arte e della Letteratura presso l'Università degli Studi di Cassino, Accademico del Parnaso e Professore a vita dell'Università di Lima e di Creta, Professore a vita di Letteratura greca presso l'Istituto Nazionale Ellenico per la Letteratura greca, Membro dell'Accademia Russa delle Scienze Umane, socio onorario dell'Associazione Ellenica delle Nazioni Unite (O.N.U.), ha ricevuto due nomination per il premio Nobel per la Letteratura.

Rosella Tomassoni (curatrice) è Professore Ordinario di Psicologia Generale dell'Università degli Studi di Cassino e del Lazio Meridionale, già direttore del Dipartimento di Scienze Umane e Sociali e di Scienze Umanistiche, Senatore Accademico e Presidente Vicario del Consiglio di Amministrazione. Componente della Giunta della Psicologia Accademica Italiana, membro dell'Accademia Russa delle Scienze Umane, socio della I.A.E.A, della A.I.P e della I.A.A.P. È autrice di numerosi saggi e articoli di Psicologia Generale e di Psicologia dell'Arte e della Letteratura e di Psicologia della creatività, tradotti in varie lingue.



€ 34,00

Collana SCIENZE UMANE E SOCIALI



5

Creatività, Risorse Umane, Formazione: nuove prospettive integrate

Creatività, Risorse Umane, Formazione

nuove prospettive integrate

Contributi in onore
del Prof. Antonio Fusco

A cura di Rosella Tomassoni



Creatività, Risorse Umane, Formazione

nuove prospettive integrate

Contributi in onore
del Prof. Antonio Fusco

A cura di Rosella Tomassoni



PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

© 2020 Istituto Teseo Alta Formazione e Ricerca

ISBN 9788896476963

A norma della legge sul diritto d'autore e del codice civile
è vietata la riproduzione di questo libro o di parte di esso con qualsiasi mezzo,
elettronico, meccanico, per mezzo di fotocopie, microfilms o altro.

Finito di stampare nel mese di febbraio 2020

Printed in Italy

Quando le Risorse Umane divengono Risorse... “biologiche”: alcuni dilemmi etici impliciti nella diagnosi di morte cerebrale

Federica Madonna

209

In una quotidianità lavorativa e privata, sempre più pervasa dalla tecnologia, prestare attenzione alle Risorse Umane significa non perdere di vista il valore epistemologico ed ontologico che l'uomo, o per meglio dire la *persona*, può offrire.

Se ciò rappresenta, oramai, una prospettiva fenomenica sempre più presente nel discorso formativo della società attuale, è altrettanto vero che, per certi ambiti e per certi aspetti, le Risorse Umane sono interpretate non in senso metaforico, ma reale, pragmatico, quale fonte di “Risorse biologiche”, contribuendo alla trasformazione ed alla trasmigrazione dei concetti di vita e di morte che, ineluttabilmente, fanno parte della vita stessa.

Sul finire degli anni '30 del secolo scorso, infatti, la comparsa delle nuove tecniche rianimatorie, quali il ventilatore artificiale o il defibrillatore cardiaco, comportarono, *sine dubio*, la salvezza di molti pazienti che, dopo una breve parentesi, tornarono alle loro vite. Fu, però, proprio nei reparti di terapia intensiva che si assistette, per la prima volta, ad un fenomeno impreveduto: pazienti con gravissime lesioni cerebrali, sottoposti a ventilazione artificiale, anziché morire rapidamente, rimanevano in uno stato di completa incoscienza con assenza totale o parziale dell'attività ner-

vosa¹. Furono due medici francesi sul finire degli anni '50, Pierre Mollaret e Meurice Goulon, che, descrivendo per primi le condizioni cliniche di tali pazienti in *coma dépassé*² (“stato al di là del coma” o “coma oltrepassato”) – sinteticamente denominati “cerebralmente morti” – osservarono sia l’irreversibilità del quadro clinico sia la necessità costante di assistenza per preservare le primarie funzioni vegetative allo scopo di evitare un immediato arresto cardio-circolatorio.

Gli stessi Mollaret e Goulon, nonostante le notevoli difficoltà riscontrate nella gestione dei pazienti in *coma dépassé*, non si spinsero mai ad identificare la morte cerebrale con la morte “reale” del paziente. Mentre si assisteva alle prime controversie bioetiche se staccare o meno i supporti artificiali necessari per la prosecuzione “in vita”, il 3 dicembre 1967 il cardiocirurgo Christiaan Barnard eseguì il primo espianto di cuore da una donatrice in morte cerebrale, che, per il mondo, fu identificata quale prima donatrice a “cuor battente”³. Ciò diede inizio, quale data simbolo, a quell’articolato e controverso dibattito giuridico ed etico sulla eventuale liceità della pratica adottata dal chirurgo, tanto che, solo dopo pochissimi mesi – febbraio '68 – fu istituito dalle massime autorità della medicina statunitense il Comitato *ad hoc* dell’*Harvard Medical School*⁴.

Nato dall’esigenza di far fronte ad una realtà biomedica sempre più complessa e sempre più presente negli ospedali statunitensi, il Comitato dichiarò l’esigenza, oramai irrimandabile, dell’adozione di nuovi criteri per la definizione di morte, poiché

¹ Eugenio Lecaldano, *Prima lezione di filosofia morale*, Laterza, Roma-Bari, 2010.

² Pierre Mollaret e Maurice Goulon, *Le coma dépassé (mémoire préliminaire)*, in “Revue Neurologique”, 101 (1), 1959, pp. 3-15.

³ Carmine A. Curcio, *Christian Barnard. 50 anni dopo il primo trapianto. Luci e ombre*, Adda, Bari, 2017.

⁴ AA. VV., *A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine Brain Death*, in “Journal of the American Medical Association”, 205, 1968, pp. 337-340.

“criteri obsoleti nella definizione di morte possono portare a controversie nelle procedure per ottenere organi per il trapianto”⁵. “Nacque”, in tal modo, la *Whole Brain Death*, ossia la morte per cessazione o distruzione dell’intero encefalo; una definizione di morte che, stando a molti, fu il primo *escamotage* giuridico e medico per soddisfare un “mercato organi” di ostica saturazione⁶: accusa dovuta anche alla poca rigorosità scientifica nell’individuazione degli stessi criteri per la constatazione del decesso⁷.

211

Fu solo dopo tre anni dalla pubblicazione del documento che due medici di Minneapolis, Anavankot Mohandas e Shelley Nien-Chun Chou, proposero una nuova definizione di morte: la *Brain Stem Death*⁸, ossia il decesso per la cessazione o la distruzione delle funzionalità del tronco encefalico, ritenuto dai due medici e dagli studi all’era contemporanei, come possibile “sede” delle funzioni coscienti. Inutile dire che con i *Criteri del Minnesota* il reperimento di organi vitali e la candidatura a donatori a cuor battente crebbero in maniera esponenziale, ma mai in maniera sufficiente a soddisfare una domanda in altrettanta crescita.

Fra il 1968 ed il 1981, negli Stati Uniti, si assistette a dei veri e propri “miracoli”: un paziente dichiarato morto in uno Stato tornava “in vita” superati gli stessi confini nazionali. Ciò dipese dal fatto che non esisteva una legislazione che potesse garantire una uniformità di vedute, almeno sotto il profilo giuridico, fino

⁵ *Idem*, p. 338.

⁶ Paolo Becchi e Rosangela Barcaro (a cura di), *Questioni Mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2004.

⁷ Cicero Galli Coimbra, *Il test d'apnea: un "disastro" letale al capezzale del malato per evitare un "disastro legale in sala operatoria*, in Roberto De Mattei (a cura di), *Finis Vitae: La morte cerebrale è ancora vita?*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli (CT), 2007, pp. 143-190.

⁸ Anavankot Mohandas e Shelley Nien-Chun Chou, *Minnesota Medical Association Criteria Brain Death. Concept and criteria*, in “Minnesota Medical Association”, 61 (9), 1978, pp. 561-63.

a quando – proprio nel 1981 – non fu promulgato l’*UDDA*: l’*Union Declaration of Death Act*⁹.

È facile intuire che all’avvicinarsi storico-giuridico della diagnosi di morte cerebrale si è accompagnato quello in campo etico, poiché interrogarsi sulla morte dell’essere umano significa, inevitabilmente, individuare gli elementi “essenziali” che costituiscono l’uomo in quanto *uomo* o, per meglio dire, in quanto *persona* negli “stadi di confine”¹⁰. A seconda, infatti, della risposta fornita all’interrogativo “che cos’è la morte?”, come visto, ci si potrebbe trovare di fronte ad un paziente vivo, per alcuni, defunto, per altri; proprio in tale “zona d’ombra” in cui le credenze, l’interpretazione e la suggestione si mescolano ai timori ed agli interessi è tangibile uno dei grandi interrogativi al cospetto di un paziente in *Brain Death*: è o non è da ritenersi ancora in vita? Ne consegue, allora, che la risposta di cui ci si fa interpreti orienti il dibattito o verso la liceità, presunta o immorale, dell’*eutanasia passiva*¹¹ – perché il decesso è scelto dal medico – oppure verso la riflessione se un defunto possiede ancora diritti e *dignitas*.

Uno stadio di confine, allora, che già lascia presagire riflessioni, posizioni ed interrogativi che, a tratti generali, si potrebbero sintetizzare in una sola onnicomprensiva domanda: che cos’è la vita?¹²

Da un punto di vista etico, *essere una persona* ed *agire come persona*¹³ sono due espressioni che addensano in loro filosofie dia-

⁹ AA. VV., *Defining Death: A Report on Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of death*, ed. by President’s Commission for *The Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, U. S. Government Printing Office, Washington D. C., 1981.

¹⁰ Carlo Alberto Defanti, *Soglie. Medicina e fine della vita*, Bollati-Boringhieri, Torino, 2007.

¹¹ Umberto Veronesi, *Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza*, Mondadori, Milano, 2005.

¹² Maurizio Mori, *Un’introduzione alla bioetica. 12 temi per capire e discutere*, Espress Edizioni, Torino, 2011.

¹³ James Rachels, *Quando la vita finisce. La sostenibilità morale dell’eutanasia*, traduttore P. Garavelli, Sonda, Casale Monferrato (AL), 2007.

metralmente opposte da cui discendono, ovviamente, sistemi morali altrettanto diversi e, soprattutto, risposte ed atteggiamenti contrapposti al cospetto del paziente in *Brain Death*. Nel primo caso, infatti, ritenere l'essere una persona quale elemento ontologico dell'uomo già presente dalla nascita significa condividere l'*etica della sacralità della vita*; viceversa, ritenere l'acquisizione delle capacità cognitive nel corso della crescita dell'individuo durante la sua vita quale “essenza” dell'uomo stesso significa condividere l'*etica della qualità della vita*. Una scelta che prediligerà la salvaguardia dell'uno o dell'altro aspetto negli “stadi di confine”.

—
213

Da un punto di vista medico, invece, il discorso morale si traduce nella ricerca di criteri “certi ed incontrovertibili” dell'attività biologica residua e spontanea nei pazienti in morte cerebrale, poiché stabilire la morte reale o la sua prosecuzione in vita, *sui generis*, è sempre una risposta etica, lontana dagli interessi economici e sanitari del reperimento di “materie prime”.

L'assegnazione dell'etichetta “vivente”, però, non deve lasciar pensare che il paziente stesso sia percepito, unanimemente, ancora come *persona umana*, poiché la diagnosi di morte cerebrale implica, necessariamente, un dibattito più ampio sul concetto stesso di *persona*, designante, a seconda della sua accezione, o tutti gli esseri umani (per restringere la riflessione solo alla specie *Sapiens*) o, al contrario, solo coloro in possesso di determinate caratteristiche¹⁴.

È in tale ottica, allora, che si devono interpretare l'avvicinarsi di nuovi criteri di morte necessari a convalidare le diverse definizioni di *Brain Death*, a cui hanno fatto seguito, il più delle volte, gravi incoerenze fra la definizione di morte adottata; i criteri sottesi; i *test* indispensabili alla convalida¹⁵. L'unica certezza che resta costante, indipendentemente da nuovi studi medici volti a constatare e ad interpretare residue attività vitali dell'or-

¹⁴ Guido Giarelli (a cura di), *La persona ai confini della vita e della morte. Questioni di bioetica tra medicina e società*, FrancoAngeli, Milano, 2011.

¹⁵ Cfr. Roberto De Mattei, *Finis Vitae*, op. cit.

ganismo, è l'impossibilità fisica di qualsiasi paziente in *Brain Death* di ritornare alla vita cosciente proprio per la distruzione o la cessazione del funzionamento sinaptico che interessa "la coscienza".

214

Joseph Seifert, fautore dell'etica della sacralità della vita, sostiene che l'*essere una persona* sia una qualità ontologica intrinseca all'essere umano e qualsiasi individuo, consapevole di sé o manchevole delle capacità cognitive, deve ritenersi *persona*¹⁶: non esisterebbero, quindi, esseri viventi appartenenti all'*Homo Sapiens Sapiens* che siano delle *non-persone*, perché deficitari di alcuni requisiti fondanti; non si è ciò che si fa o non si riesce a fare. Ne consegue, così come già avanzato da Hans Jonas, una definizione massimale di morte¹⁷: dato che l'uomo, trovandosi in una "zona" di fondamentale incertezza, deve sempre considerare il paziente in stato di incoscienza come vivo, come fosse ancora l'uomo o la donna che si è amato. Ciò significherebbe che "lasciar morire" un paziente cerebralmente morto sarebbe l'unico comportamento ammissibile a differenza del mantenimento in vita indotta per la salvaguardia degli organi utili per l'espianto¹⁸.

Contrario a queste posizioni è il filosofo australiano Peter Singer, fautore di un cambio di paradigma etico: il nuovo assunto da cui la nuova morale dovrà essere ripensata sarà la garanzia che il soggetto possa riuscire, grazie alle sue capacità coscienti, a costruirsi una vita secondo propri progetti, aspirazioni e desideri non subendo le decisioni altrui. Ne consegue, allora, che non tutti gli esseri umani sono definibili quali *persone*, poiché l'incapacità ad essere *padroni di sé* implica l'annullamento del principio di individualità, ossia la volontà del singolo di predisporre tanto della propria vita quanto della propria morte, decidendo, se perfetta-

¹⁶ Jhon Seifert, *La morte cerebrale non è più la morte di fatto. Argomentazioni filosofiche*, in Paolo Becchi e Rosangela Barcaro, *Questioni mortali*, op. cit.

¹⁷ Hans Jonas, *Controcorrente*, in "Daedalus", 98, 1968, pp. 171-181.

¹⁸ Hans Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*, Biblioteca Einaudi, Torino, 1997.

mente consapevole, di porre fine anticipatamente alla propria vita biografica¹⁹.

Ciò, quindi, renderebbe lecito l’espianto da donatori a cuor battente, aggirando, *in toto*, la discussione medica sulla constatazione di residue attività vitali nel corpo del paziente, poiché si assumerebbe, implicitamente, che con la cessazione delle capacità coscienziali si comprometterebbe, in maniera irreversibile, la *mente* della *non* più *persona*, aprendo l’ulteriore interrogativo sul controverso rapporto fra la *res cogitans* e la *res extensa*.

Indipendentemente dal dibattito in sé, i sostenitori dell’etica della qualità della vita pongono, come detto, quale requisito essenziale l’*agire come persona* piuttosto che *essere una persona* e, di conseguenza, sposano tutti quei filoni monisti che individuano la mente quale risultato della complessa inter-relazione neurale dell’encefalo o parte di esso, equiparando la distruzione del tessuto neurale alla distruzione della mente dell’individuo e, quindi, della *persona*. Al contrario, i sostenitori della sacralità della vita sono dualisti ed equiparano la mente all’anima: finché il corpo continuerà – anche solo biologicamente – a “vivere”, sarà presente anche l’anima, l’essenza immateriale della persona stessa, giacché la valutazione biologica della “vita residua” del paziente rimane controversa. Alcuni studi, infatti, hanno sostenuto che nei pazienti cerebralmente morti, mantenuti artificialmente in vita “come un tutto organico”, una residua attività cosciente permanga nel donatore e che il suo organismo, tolte le prime instabilità del primo periodo in cui il corpo “cade” in morte cerebrale, possa mantenersi funzionale e reattivo agli stimoli esterni in maniera integrata anche per molti anni²⁰.

I sostenitori dell’etica della qualità della vita, al contrario, sostengono che come negli esperimenti del medico ottocentesco Luigi Galvani – il quale, irrorando con sangue ossigenato e sti-

¹⁹ Peter Singer, *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, Il Saggiatore, Milano, 1994.

²⁰ Roberto De Mattei, *Finis Vitae*, op. cit.

molando con una pila voltaica gli arti di un impiccato – constatò la presenza di alcuni “riflessi residui”, mostrando la possibilità di “far tornare in vita” una parte di quel tutto organico corpo, allo stesso modo, nei pazienti in morte cerebrale il mantenimento della vita biologica assomiglierebbe alla stimolazione dei “segni vitali” nell’arto di Galvani. In che modo, infatti, si potrebbe sostenere che l’arto, così come il corpo intero, siano segno tangibile di vita? Di quale vita, sarebbe poi da chiedere. Il medico Tim Troug, ad esempio, sostiene che, indipendentemente dalla dicotomia e possibile ermeneutica vita/morte, ci si dovrebbe domandare se l’espianto di organi vitali da un possibile donatore possa procurargli un *danno*, ossia se ciò possa impedire al paziente in *Brain Death* di essere protagonista attivo della propria vita quale *agire come una persona*²¹.

Forse, allontanarsi dalla riflessione sulla domanda principe del dibattito etico (che cos’è la vita?) per approcciarsi a nuovi interrogativi potrebbe non essere sbagliato; si è certi che, nonostante la comparsa di nuovi *incipit*, il *focus* latente ed incontrovertibile rimarrà il medesimo.

Definire la vita significa, *de facto*, definire la morte: un ripensamento della vecchia morale o del vecchio paradigma è sicuramente auspicabile; ma ciò servirà solo a trovare nuove strade per affrontare gli agghiaccianti e controversi dilemmi che la diagnosi di morte cerebrale implica.

Si spera che la riflessione etica ed il progredire delle neuroscienze possano, insieme, gettar luce su un problema tanto complesso quanto intricato, quale quello della constatazione della morte *de facto*, eventualmente, in un paziente in *Brain Death*.

²¹ T. Troug, *È venuto il momento di abbandonare la morte cerebrale?*, in Paolo Becchi e Rosangela Barcaro (a cura di), *Questioni Mortali*, op. cit.

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV., *A Definition of Irreversible Coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine Brain Death*, in “Journal of the American Medical Association”, 205, 1968, pp. 337-340.
- AA. VV., *Defining Death: A Report on Medical, Legal and Ethical Issues in the Determination of death*, ed. by President’s Commission for *The Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research*, U. S. Government Printing Office, Washington D. C., 1981.
- ANAVANKOT MOHANDAS E SHELLEY NIEN-CHUN CHOU, *Minnesota Medical Association Criteria Brain Death. Concept and criteria*, in “Minnesota Medical Association”, 61 (9), 1978, pp. 561-63.
- CARLO ALBERTO DEFANTI, *Soglie. Medicina e fine della vita*, Bollati-Boringhieri, Torino, 2007.
- CARMINE A. CURCIO, *Christian Barnard. 50 anni dopo il primo trapianto. Luci e ombre*, Adda, Bari, 2017.
- CICERO GALLI COIMBRA, *Il test d’apnea: un “disastro” letale al capezzale del malato per evitare un “disastro legale in sala operatoria*, in ROBERTO DE MATTEI (A CURA DI), *Finis Vitae: La morte cerebrale è ancora vita?*, Rubbettino Editore, Soveria Mannelli (CT), 2007, pp. 143-190.
- EUGENIO LECALDANO, *Prima lezione di filosofia morale*, Laterza, Roma-Bari, 2010.
- GUIDO GIARELLI (A CURA DI), *La persona ai confini della vita e della morte. Questioni di bioetica tra medicina e società*, FrancoAngeli, Milano, 2011.
- HANS JONAS, *Controcorrente*, in “Daedalus”, 98, 1968, pp. 171-181.
- HANS JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*, Biblioteca Einaudi, Torino, 1997.
- JAMES RACHELS, *Quando la vita finisce. La sostenibilità morale del*

l'eutanasia, traduttore P. Garavelli, Sonda, Casale Monferrato (AL), 2007.

MAURIZIO MORI, *Un'introduzione alla bioetica. 12 temi per capire e discutere*, Espress Edizioni, Torino, 2011.

PAOLO BECCHI E ROSANGELA BARCARO (A CURA DI), *Questioni Mortali. L'attuale dibattito sulla morte cerebrale e il problema dei trapianti*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2004.

—
218 PETER SINGER, *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, Il Saggiatore, Milano, 1994.

PIERRE MOLLARET E MAURICE GOULON, *Le coma dépassé (mémoire prélininaire)*, in "Revue Neurologique", 101 (1), 1959, pp. 3-15.

UMBERTO VERONESI, *Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza*, Mondadori, Milano, 2005.