

La discussione sull'eutanasia e sul cosiddetto testamento biologico

di Luciano Eusebi

1. L'ampio consenso possibile sulla garanzia delle cure «paliative» e sulla rinuncia a terapie sproporzionate o attuate in fase terminale. I temi proposti dal dibattito sulle dichiarazioni anticipate di trattamento e sull'eutanasia potrebbero essere suscettibili di aggregare un ampio consenso intorno ai seguenti punti¹:

a) In democrazia ogni individuo umano *conta*, pure nel caso in cui non potrà più essere economicamente produttivo e la sua assistenza rappresenta un costo. Dev'essere dunque tutelata quanto più possibile la qualità della vita di tutti i malati, vale a dire anche dei malati che non hanno prospettive di guarigione. In particolare, dev'essere garantito il c.d. diritto

di non soffrire, rendendo effettivamente disponibile in tutte le situazioni che ne abbiano necessità la terapia del dolore, entro il contesto più vasto degli interventi propri della c.d. medicina palliativa.

Tale impegno esige di riflettersi sul piano legislativo, costituendo un dovere irrinunciabile per un'attuazione sostanziale del principio di uguaglianza.

b) Può del pari essere riconosciuto che non sono dovuti trattamenti terapeutici sproporzionati o inerenti a contesti patologici ormai terminali, ferma una definizione corretta di tali condizioni.

Il giudizio di proporzionalità, infatti, non va riferito al superamento di soglie standard, come accadrebbe se si

1) Per più ampie argomentazioni di chi scrive circa le problematiche presupposte dal tema in oggetto si consenta il rinvio ai contributi: *Il principio di autonomia. Prospettive di una ricostruzione non orientata in senso eutanasiaco*, relazione svolta al convegno per il XV anniversario di istituzione del Comitato Nazionale per la Bioetica, Roma, 2005, in *Medicina e Morale*, 2006, 6, 1147-1161; *L'eutanasia come problema giuridico*, in *Ragion pratica*, 19/2002, p. 99 ss.; *Il diritto penale di fronte alla malattia*, in L. FIORAVANTI (a cura di), *La tutela penale della persona. Nuove frontiere, difficili equilibri*, Milano, 2001, p. 119 ss.; *L'autonomia delle decisioni mediche*, in *L'Arco di Giano*, 25/2000, p. 11 ss.; *Tra indisponibilità della vita e miti di radicale disponibilità soggettiva della medicina: il nodo dell'eutanasia*, in C. VIAFORA (a cura di), *Quando morire? Bioetica e diritto nel dibattito sull'eutanasia*, Padova, 1996, p. 233 ss.; *Sul mancato consenso al trattamento terapeutico: profili giuridico-penalistici*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 1995, 3, p. 727 ss.

affermasse, per esempio, che in tutti i casi di tumore metastatico sarebbe a priori sproporzionato eseguire più di un dato numero di cicli chemioterapeutici, bensì va riferito (sulla base pur sempre di regolarità scientifiche note) a ciascun singolo paziente con riguardo al momento in cui si debba prendere la decisione, valutando in rapporto alla sue condizioni se risulti eventualmente sproporzionato il rapporto fra i benefici prevedibili derivanti dall'applicazione di una data terapia e le menomazioni, i danni o le sofferenze a loro volta prevedibili come conseguenza dell'applicazione di quella medesima terapia.

La fase terminale, per parte sua, va individuata nell'instaurarsi irreversibile del processo di morte (condizione pre-agonica e agonica).

Il giudizio di proporzionalità non esclude il rilievo, ai suoi fini, di considerazioni inerenti alla personalità e alla vicenda esistenziale del malato²: secondo l'espressione utilizzata nella *Dichiarazione sull'eutanasia* della Congregazione per la dottrina della fede (1980), simile giudizio è in tal

senso effettuato «tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali»³. Ciò che caratterizza quel giudizio, peraltro, è di essere condotto secondo criteri suscettibili di essere argomentati e condivisi, cioè non nell'ottica di una mera presa d'atto di manifestazioni della volontà individuale⁴.

Pur essendo diffuso, poi, circa la problematica in esame il rimando alla nozione di rifiuto dell'«accanimento terapeutico», appare senza dubbio più corretto e socialmente comprensibile, dal punto di vista terminologico, parlare di rinuncia a terapie *sproporzionate*. Di per sé, infatti, non è per nulla un male che la medicina si adoperi con tutte le forze, nella misura in cui ciò non avvenga attraverso interventi inappropriati, al fine di contrastare una patologia, ed è proprio questo che i malati, in realtà, richiedono. Si tratta di evitare l'idea, corrispondente a ben precisi interessi economici, secondo cui la medicina, e in ispecie quella pubblica, abbia solo il dovere di offrire standard minimali di assistenza.

2) Si tratta altresì di evitare, d'altra parte, che in situazioni particolari, nelle quali non risultasse possibile fissare il criterio della proporzione in modo sufficientemente condiviso, il paziente finisca per vedersi privato di determinate terapie *contro* la sua volontà.

3) «In ogni caso, si potranno valutare bene i mezzi mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni del malato e delle sue forze fisiche e morali» (n. 15).

4) Sovente si osserva che non è semplice definire con precisione che cosa sia da ritenersi oggettivamente sproporzionato nel caso concreto. Tuttavia, da sempre le diverse branche della medicina elaborano, in realtà, criteriologie comportamentali di proporzionalità degli atti terapeutici, che è bene rendere trasparenti e discusse in modo aperto, secondo il metodo democratico, nella comunità medica e nella società.

Del resto, non appare coerente eludere la complessità del problema affidandone la soluzione a mere manifestazioni soggettive di volontà che quasi mai potrebbero fondarsi su competenze idonee a considerare tutti gli elementi in gioco e che pertanto, quando non volessero risultare puramente emotive, presupporrebbero la richiesta al medico delle informazioni necessarie proprio per stabilire se un determinato intervento terapeutico sia o meno da ritenersi adeguato, cioè *proporzionato*, rispetto alla situazione concreta di malattia.

Non si vede, inoltre, come scelte terapeutiche da cui dipenda la tutela della vita, per esempio, di un bambino potrebbero essere affidate alla pura e semplice decisione di un rappresentante legale, svincolata dall'ancoramento a criteriologie di proporzionalità obiettiva riferite all'intervento di cui si discute.

2. L'inaccettabilità del diritto di richiedere una relazione inter-soggettiva orientata alla morte e di una configurazione del rapporto medico riducibile al modello contrattualistico. Ciò che invece, come già si accennava, non può ritenersi accettabile – e che avrebbe effetti ben più radicali sullo statuto dell'attività medica e sul rapporto tra medico e paziente di quanto a prima vista potrebbe apparire – è il trasferimento della risposta ai temi summenzionati sul piano di una radicale soggettivizzazione decisionale, quale si realizzerebbe:

a) attraverso il riconoscimento del «diritto» a esigere che la relazione col medico – in contesti nei quali non vengano affatto in gioco interventi sproporzionati – possa essere orientata (in modo attivo o astensivo) non già alla tutela della salute, ma al realizzarsi della morte;

b) attraverso una definizione giuridica dell'attività medica di tipo puramente contrattuale, che trasformerebbe la medicina da disciplina portatrice di criteriologie d'intervento non derogabili definite nell'ambito della comunità medica, a mera tecnica applicabile in base all'incontro della volontà di un richiedente e della disponibilità di un sanitario a una determinata prestazione.

In particolare, appare necessaria molta attenzione nel momento in cui s'intenda definire legislativamente l'attività medica, posto che il limi-

tarsi a menzionare profili pur fondamentali del rapporto tra medico e paziente come quelli riguardanti il consenso informato conduce ad accogliere la prospettiva di una radicale disponibilità, per qualsiasi fine, dell'abilità medica. Il sussistere del consenso non rende lecita qualsivoglia forma dell'intervento medico; piuttosto, la caratteristica *generale* di liceità dell'atto medico che lo distingue da altre condotte incidenti sulla sfera individuale, fermi gli ulteriori requisiti di volta in volta rilevanti, è dato dal suo risultare idoneo alla tutela della salute del paziente.

In molteplici settori della vita economica e civile, d'altra parte, l'ottica puramente contrattualistica non è stata ritenuta conforme ai principi dello *stato sociale di diritto* proprio perché non in grado di tutelare adeguatamente le posizioni più deboli.

3. I rischi di una radicale soggettivizzazione del rapporto medico rispetto alla tutela dei soggetti più deboli. Anche una radicale soggettivizzazione del rapporto medico, implicante l'apertura a prassi eutanasiche, finisce per indebolire la tutela *effettiva* del malato. Esistono in questo senso molte ragioni – la cui considerazione appare imprescindibile proprio in un contesto laico, democratico e pluralista – che orientano a non rendere giuridicamente disponibile il bene vita. Questi alcuni dei nodi più delicati:

a) la previsione del «diritto a morire»

si converte facilmente nella colpevolizzazione dei malati e dei loro congiunti che dovessero richiedere ulteriori investimenti di risorse socio-sanitarie, una volta superate – pur in assenza di sproporzione dell'intervento – soglie relative alle condizioni di salute oltre le quali si proponesse come giustificata la rinuncia alla tutela;

b) parallelamente, la presentazione della medicina in veste di attività senz'altro aggressiva, dalla quale il malato, a un certo punto, dovrebbe comunque difendersi utilizzando il diritto all'autodeterminazione, favorisce, in concreto, spontanee uscite di scena dei sofferenti – anche quando non sia in gioco alcuna forma di sproporzione – molto vantaggiose dal punto di vista dei costi economici, e che nessuno (*nessun potere politico*) potrebbe esporsi a sollecitare in modo esplicito;

c) la configurazione come *diritto* dell'intento di vedere realizzata la propria morte impedirebbe, una volta espressa la volontà di rinunciare alle terapie da parte del paziente, qualsiasi atto inteso anche sul piano del dialogo e della persuasione a contrastare simile intento, imponendone la pura presa d'atto; esito, questo, tanto più insoddisfacente se si considera, alla luce della letteratura psicologica, che...

d) ...la dichiarazione di voler morire da parte del malato, ben lungi dal rappresentare una manifestazione di

libertà, cela quasi sempre un contesto di *abbandono terapeutico* e rappresenta un appello (non di rado il malato ha solo la sua vita da mettere in gioco) alla presa in carico della sua situazione esistenziale attraverso la vicinanza umana e gli interventi di sostegno palliativo, anche quando non sia ormai possibile contrastare l'evolversi di una data patologia: realtà, questa, di cui l'ordinamento giuridico non può non tener conto, privilegiando una formalizzazione deresponsabilizzante dei rapporti;

e) la totale soggettivizzazione dei problemi afferenti alla tutela della vita carica il malato e il suo contesto familiare, venuto meno il riferimento a criteri giuridicamente condivisi, di un onere psicologico enorme, il quale risulta angoscioso e destabilizzante, nonché foriero di gravosi rimorsi;

f) appare in ogni caso alquanto equivoco il fatto che il diritto, costituente per sua natura una risorsa a sostegno degli individui più deboli o in difficoltà, possa di fatto esonerarsi dall'intervento in favore dei medesimi consentendo il venir meno della loro esistenza, cioè della situazione stessa che si configura come appello al suo attivarsi;

g) del pari, appare non privo di equivocità, ma anche discutibile sotto il profilo della laicità, un diritto il quale, piuttosto che limitarsi a garantire il massimo impegno in favore dei più deboli, si avventuri nell'individuare

D O S S I E R

situazioni – lasciando intendere un giudizio di minor valore della vita quando esse si manifestino – in cui consentire, anche quando non vengano in gioco terapie sproporzionate, la collaborazione all'altrui proposito di lasciar intervenire la propria morte;

h) rimettere giuridicamente alla (auto)determinazione delle parti coinvolte la stessa salvaguardia della vita significa aprire, come già osservavamo, a una visione contrattualistica del rapporto medico, che favorisce ben noti atteggiamenti di natura cautelativa, intesi a minimizzare i rischi di responsabilità medica per eventuali eventi avversi, piuttosto che a perseguire il miglior interesse del malato;

i) ammessa la disponibilità del bene vita nell'ambito del rapporto medico diviene molto labile il confine – lo testimoniano, tra l'altro, le recenti proposte olandesi concernenti i minori e la fase neonatale – con logiche di eutanasia *tout court* involontaria.

4. L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sul principio di autonomia. Si consideri, inoltre, che sarebbe scorretto ricondurre, come talora avviene, il riconoscimento del «diritto di morire» al principio di autonomia. Se infatti quel principio impone il mutuo rispetto fra gli esseri umani quali *soggetti morali* dotati di autonomia, appare del tutto contraddittorio, com'è ampiamente evidenziato in sede filosofica, giustificare in rapporto a tale prin-

cipio l'intento di vedere realizzata la soppressione del proprio stesso esistere in quanto soggetto morale, e con ciò della propria stessa autonomia.

Significativamente, del resto, la sentenza 29-4-2002 della Corte Europea per i diritti dell'uomo (caso *Pretty*) chiarifica come l'art. 2, parte prima, della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali – secondo cui «il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge» – non esprima un intento di tutela riferito, e con ciò suscettibile di poter essere circoscritto, alla *volontà di vivere* dell'individuo, bensì abbia riguardo alla vita di un individuo umano quale bene giuridico autonomo.

Autorizzare una relazione intersoggettiva orientata alla morte significherebbe – anzi – incidere sul cardine stesso della democrazia, vale a dire sulla circostanza ai sensi della quale la tutela della vita di ciascun individuo costituisce presupposto del reciproco riconoscimento fra gli esseri umani come soggetti eguali in dignità, riconoscimento il quale esige di essere sottratto a qualsivoglia giudizio sulle caratteristiche di una data esistenza (foss'anche al giudizio di taluno *contro* la sua stessa vita).

Non a caso, l'ordinamento giuridico non autorizza, oggi, alcuna forma di relazione intersoggettiva che sia programmaticamente orientata al prodursi della morte di uno dei soggetti coinvolti (salva solo forse, ma confidando che anche questa deroga possa essere superata, l'uccisione del nemico in guerra).

5. L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sulla non coercibilità di determinati interventi nei confronti della persona cosciente.

Talora la richiesta che sia riconosciuto il c.d. diritto a morire viene riferita alla non coercibilità di una relazione terapeutica implicante interventi diretti sull'intimità della sfera corporea di una persona che consapevolmente si opponga. Si tratta, tuttavia, di questioni non sovrapponibili.

Riconoscere la non coercibilità, salva autorizzazione legale, dell'instaurazione di un rapporto terapeutico nei confronti di una persona cosciente non implica che sussista il diritto di morire e di richiedere che la relazione col medico, una volta instaurata, si orienti alla morte.

Se un simile diritto venisse riconosciuto ne deriverebbe addirittura, come già si evidenziava, il venir meno del diritto/dovere per il medico di attivarsi, nel quadro della posizione di garanzia di cui è titolare rispetto alla salute del malato, con tutti i mezzi di persuasione e di sostegno necessari affinché una relazione terapeutica non sproporzionata possa instaurarsi.

Ciò implica altresì che l'eventuale instaurazione futura di un rapporto terapeutico non può essere sottoposta alla condizione che, in presenza di talune circostanze, essa venga ad assumere un orientamento alla morte del paziente, sebbene tali circostanze non individuino contesti implicanti forme sproporzionate d'intervento.

Ne deriva, del pari, che non può essere richiesto al medico di agire per interrompere una terapia salvavita già in atto, ove la prosecuzione di tale terapia non sia riconoscibile, secondo l'insieme dei criteri sopra richiamati, come un intervento sproporzionato.

6. L'interpretazione dell'art. 32² della Costituzione.

Nulla cambia, in questo senso, ove si faccia riferimento all'art. 32² della Costituzione, il quale afferma che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge», precisando altresì che «la legge non può in alcun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Quanto abbiamo sostenuto si pone, piuttosto, in totale continuità con tale norma, che non istituisce affatto il diritto di morire, né fonda il diritto a relazioni mediche orientate al prodursi della morte (le quali risulterebbero, del resto, tutt'altro che irrilevanti con riguardo al richiesto *rispetto* della persona umana). Eventualmente, dalla sua lettera potrebbe dedursi la summenzionata incoercibilità dell'attivazione di una terapia su una persona cosciente, sebbene quell'articolo, dal punto di vista storico, sia stato redatto con riguardo a potenziali interventi coattivi prescritti dall'autorità politica o amministrativa.

Simile norma, infatti, fu inserita nella Costituzione, avendo riguardo agli abusi disumani avvenuti nei campi

di sterminio, non per affrontare le problematiche del rapporto terapeutico tra medico e paziente, bensì per precisare che nessun potere – lo Stato, ma anche il datore di lavoro, la compagnia con cui si abbia stipulato una polizza assicurativa, l'allenatore in ambito sportivo, ecc. – può pretendere di imporre a un individuo un intervento rilevante in rapporto alla salvaguardia della sua salute, al di fuori della sua relazione personale col medico di cui abbia fiducia (la discussione in Assemblea Costituente si soffermò soprattutto sulla problematica della sterilizzazione coatta). L'art. 32² Cost. vuole che la salute sia materia riservata al rapporto del paziente col proprio medico, senza che alcun potere possa pretendere di compiere atti incidenti, per l'appunto, sulla sfera dell'integrità psicofisica: tale articolo, invece, non dice né innova alcunché circa le caratteristiche del rapporto terapeutico.

7. L'oggetto delle dichiarazioni anticipate.

Nel quadro che abbiamo descritto eventuali dichiarazioni anticipate non potranno avere per oggetto vincoli di carattere eutanasi-co (secondo l'espressione utilizzata nelle conclusioni del parere approvato in materia nel 2003 dal Comitato Nazionale per la Bioetica), cioè tali da comportare l'orientamento del rapporto terapeutico alla morte del dichiarante in contesti nei quali non si tratti della rinuncia a strumenti terapeutici sproporzionati. Simili dichiarazioni – circa le quali,

dunque, non appare necessaria un'apposita legislazione, salvo che l'intento effettivo della medesima sia quello di modificare l'attuale assetto giuridico del rapporto tra medico e paziente – appaiono invece legittimate a fornire indicazioni utili per tutti quei contesti in cui siano in gioco alternative terapeutiche non riconducibili a una scelta tra la vita e la morte del malato, come pure per lo stesso giudizio concernente, secondo quanto più sopra si precisava, la proporzionalità dell'intervento terapeutico.

Esse, inoltre, sono in grado di dar conto, con palesi riflessi tranquillizzanti per i contesti familiari e per il personale sanitario, del fatto che il dichiarante accetti serenamente la non instaurazione di terapie sproporzionate, peraltro non dovute: salvo, sussistendo certe condizioni, un opposto desiderio esplicito del malato stesso.

Non può non segnalarsi, in ogni caso, come un'eventuale normativa sulle dichiarazioni anticipate di trattamento la quale faccia ricorso al modello privatistico del testamento, che costituisce un atto vincolante (addirittura) unilaterale, finirebbe per prestarsi all'introduzione esplicita o implicita della logica contrattualistica nell'attività medica e, per questa via, a condotte di natura eutanasi-ca.

Ciò premesso, sarà necessario che la pertinenza delle dichiarazioni anticipate rispetto alla situazione concreta – in rapporto alla prevedibilità di quest'ultima all'epoca delle medesi-

me, all'attendibilità di indicazioni rese in un contesto psicologico diverso da quello di una malattia in atto o avanzata, come pure al possibile evolversi del quadro delle terapie praticabili – resti rigorosamente affidato al medico⁵: il che implica – come indicato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica, in conformità alla norma corrispondente della Convenzione di Oviedo – la natura *non vincolante* delle eventuali dichiarazioni, natura la quale non esclude il dovere di motivazione da parte del medico.

Ogni diversa soluzione (anche nel caso in cui si prevedesse che le dichiarazioni siano comunque effettuate con l'assistenza di un sanitario) priverebbe il medico dell'aspetto più essenziale della sua professionalità, che consiste nell'essere chiamato a conformare la sua condotta terapeutica al giudizio in scienza e coscienza circa l'attualità della situazione del malato.

È del tutto ovvio, infine, che l'espressione di dichiarazioni anticipate dovrà rimanere totalmente libera e discrezionale⁶. Il cittadino non può essere paradossalmente privato, in nome dell'autodeterminazione, del diritto di affidarsi ai criteri ordinari di diligenza e perizia che devono informare la prestazione dell'attività

sanitaria, venendo in tal senso obbligato a prevedere rispetto a una situazione futura e incerta (quale che sia il suo livello di preparazione in ambito medico) specifiche modalità dell'intervento sanitario. Ciò finirebbe davvero per ledere il diritto costituzionale alla tutela della salute. La garanzia degli strumenti proporzionati alla salvaguardia della salute, dell'integrità fisica e, pertanto, della vita non può essere condizionata, infatti, a obblighi di dichiarazione.

8. La garanzia delle condizioni ordinarie dell'esistenza (idratazione ed alimentazione).

Va infine precisato che non potrà mai essere richiesta l'interruzione di quelle cure, sempre dovute, le quali garantiscono ciò che è necessario per vivere a ogni individuo, sia egli sano o malato, come l'idratazione e l'alimentazione: salvo eventualmente valutare se le condizioni complessive del malato siano tali ormai da non consentire l'assimilazione delle stesse o se, in casi particolari, non risultino proporzionate le modalità d'intervento, ad esempio chirurgiche, necessarie per renderle praticabili (cfr. in proposito il parere approvato nel 2005 dal Comitato Nazionale per la Bioetica su *L'alimentazione e l'idra-*

5) Resta, d'altra parte, il problema costituito da dichiarazioni generiche, aperte a esiti molto discrezionali. In tal senso risultano preoccupanti, tanto più ove mutassero i principi giuridici vigenti, le formulazioni predefinite cui alcuni moduli riconnettono la richiesta di interruzione delle terapie (ad esempio, il modulo della Fondazione Veronesi ha riguardo al concetto di «malattia che mi costringa a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione»).

6) Anche in rapporto al rischio che moduli di c.d. testamento biologico proposti alla firma, secondo formulazioni generali, nel momento dell'ingresso in una struttura ospedaliera – che non è il più consono a una decisione psicologicamente libera – finiscano per assumere il ruolo di una sorta di *liberatoria*, per la struttura medesima, da interventi ulteriori, nel caso di esiti terapeutici difforni da quelli sperati.

D O S S I E R

tazione dei pazienti in stato vegetativo persistente).

Ciò non può non valere anche con riguardo ai malati in stato vegetativo c.d. permanente che, seppur nella loro condizione particolare, vivono in modo del tutto autonomo, e non in forza di terapie giudicabili sproporzionate (deve del resto considerarsi che in sede sperimentale è emerso come il loro cervello possa rispondere a determinate immagini visive e, altresì, che nessuno può dire l'ultima parola su stati profondi della coscienza o sul confine tra non comunicabilità e incoscienza; come pure devono considerarsi i casi di «risveglio» avvenuto dopo molti anni). Valgano in ogni caso come monito le parole, frequentemente citate, di uno dei maggiori bioeticisti contemporanei, Daniel Callahan, dell'*Hasting Center* di New York: «Il rifiuto della nutrizione può diventare, nel lungo termine, il solo modo efficace per assicurarsi che un largo numero di pazienti biologicamente resistenti venga a morte. Considerato il crescente serbatoio di anziani resi disabili dall'età, cronicamente ammalati, fisicamente emarginati, la disidratazione potrebbe diventare a ragione il non trattamento di elezione».

9. Sull'accertamento della morte.

Si consenta una precisazione finale sull'accertamento della morte, del quale frequentemente (e anche in questo fascicolo) si discute.

Il criterio di morte dell'individuo vi-

vente di una data specie non può che essere dato dalla cessazione della sequenza esistenziale continua e autogovernata secondo le caratteristiche genetiche di tale specie (e dunque del «sistema» unitariamente coordinato) con cui il sussistere stesso della vita si identifica (tale sequenza è in atto dalla fecondazione, ma potrebbe eccezionalmente instaurarsi anche con modalità differenti, come avviene per uno dei gemelli monozigoti o nell'ipotesi della clonazione).

Simile criterio *non è convenzionale*, ma corrisponde a una riflessione razionale sui dati provenienti dalle scienze di base. Ne deriva che l'identificazione stessa del momento nel quale la summenzionata condizione si realizza non può essere convenzionale, ma deve dar conto di come in tale momento si realizzino le condizioni di cui sopra. Quel momento è stato da tempo identificato, com'è noto, nella morte cerebrale e il giudizio sull'attendibilità di tale parametro, nonché sui relativi criteri di accertamento, spetta, ovviamente, ai tecnici: in ogni caso, l'eventuale smentita della sua validità richiederebbe riferimenti precisi e ripetuti, cioè non solo aneddotici.

Di certo risulterebbe fuorviante, comunque, se la discussione movesse a suggerire l'idea che la definizione stessa del sussistere o meno della vita, al suo inizio o alla sua fine, abbia natura convenzionale (con tutte le conseguenze immaginabili), vale a dire svincolata dal confronto con gli apporti delle conoscenze biologiche.