

---

# La morte nella riflessione bioetica: il diritto a morire, il criterio di morte e la speranza dell'immortalità

*Maurizio Balistreri*

---

**Abstract:** The essay discusses the main moral questions relating to death and dying tackled by bioethics, by comparing the positions of mainstream paradigms. The starting point will be the moral right to die; then the definition of death and the theme of immortality will be covered. These are very complex issues at the center of wide-ranging literature that we will refer to in the hope of giving the reader the opportunity to delve into the discussion.

**Keywords:** bioethics, ethics, death, euthanasia, immortality

## 1. Introduzione

È stato affermato che la riflessione bioetica avrebbe un'attenzione particolare per la morte, in quanto il morire – anche molto di più della nascita e di altri momenti della vita – sembrerebbe caratterizzare, nella sua dimensione più profonda, la nostra umanità. La morte, del resto, si presenterebbe come un ambito di possibilità e di scelta che la nascita non sembrerebbe, per sua natura, possedere o poter possedere.

Possiamo superare – sostiene Virginia Held – le nostre paure e morire coraggiosamente. Possiamo morire per cause nobili e morire coraggiosamente. Possiamo morire per lealtà, per dovere, per una promessa. Possiamo morire per un futuro migliore, per noi stessi, per i nostri figli, per il genere umano. Possiamo morire per dar vita a una nazione, oppure alla democrazia, o per porre fine alla tirannia e alla guerra. Possiamo morire per Dio, per la civiltà, per la giustizia, per la libertà. Gli animali non umani non possono morire per alcuna di queste cose; il fatto che gli esseri umani possano è una parte importante e forse essenziale di ciò che significa esseri umani<sup>1</sup>.

Completamente diversa sarebbe la nostra immagine della nascita, che non sarebbe riconosciuta come un ambito autentico di possibilità di scelta e per questo di umanità. La nascita – scrive ancora Virginia Held – viene descritta anche dalla filosofia “come un processo naturale, biologico. Il fatto di dare alla luce un bambino renderebbe le donne, dicono, ‘essenzialmente’ vicine alla natura, simili ad altri mammiferi in questo processo cruciale della loro vita. Le cure materne prestate da una madre umana sono viste come una sorta di estensione dell'evento ‘naturale’, biologico del parto. Si pensa che le donne si impegnino nell'attività di accudire il bambino perché gli hanno dato la vita e che la cura materna dovrebbe essere inserita nell'ambito di “naturale”<sup>2</sup>.

È vero, cioè, che è attraverso la nascita e quindi la scelta di una donna che veniamo al mondo, ma non è il mettere al mondo che permetterebbe di esprimere e realizzare la nostra umanità, in quanto nella riproduzione saremmo più simili agli animali che agli umani. Nella nascita non si mostrerebbe la nostra capacità di sollevarci sulla natura, piuttosto la nostra dipendenza da una natura che sembrerebbe minacciare la nostra umanità. “Quando è stata vista come qualcosa di diverso da una manifestazione della volontà di Dio, la nascita umana è stata rappresentata quasi sempre come un evento naturale, biologico, piuttosto che specificamente umano. Nel corso dei secoli i filosofi e i creatori della cultura maschile hanno sempre presentato la morte come un evento umano”<sup>3</sup>. Anche se possiamo non condividere la tesi di Virginia Held che gli uomini come genere e il pensiero filosofico “sono eccessivamente occupati dal pensiero della morte”<sup>4</sup>, non c'è dubbio che il tema della morte è da sempre al centro della riflessione bioetica.

In questo breve lavoro non abbiamo l'ambizione di presentare una ricostruzione esauriente di come la questione del morire viene affrontata dalla bioetica o di ricostruire il dibattito di bioetica per ogni singolo problema morale collegato al morire. Rivolgeremo, invece, la nostra attenzione alle principali questioni che riguardano la morte sulle quali la riflessione bioetica si è interrogata e continua ad interrogarsi, mettendo a confronto, per ogni questione, le linee di pensiero più significative e cercando di fare emergere le ragioni di contrapposizione tra i diversi paradigmi. Incominceremo dal diritto morale a morire, per poi passare alla questione della definizione di morte e alla fine ci confronteremo con il dibattito sull'immortalità.

Si tratta naturalmente di questione estremamente complesse intorno alle quali è ormai disponibile una ricca letteratura che richiameremo soltanto parzialmente nella speranza, comunque, di offrire al lettore interessato l'opportunità di un approfondimento.

## 2. Le questioni morali alla fine della vita

Il dibattito bioetico si confronta con il tema della morte all'interno di una riflessione di carattere più generale sulle pratiche e gli interventi che riguardano e caratterizzano la cura e la medicina a seguito dello sviluppo scientifico e tecnologico degli ultimi decenni. Le innovazioni introdot-

te nell'ambito della medicina a partire dalla seconda metà del Novecento hanno permesso non soltanto di sviluppare nuovi trattamenti terapeutici e di garantire la sopravvivenza a persone affette da patologie un tempo incurabili, ma hanno anche cambiato profondamente la dimensione del nascere e del morire. Come all'inizio della vita disponiamo ormai di tecnologie che consentono di avere un figlio o di portare avanti una gravidanza anche a persone che naturalmente non potrebbero farlo, così alla fine della vita le nuove tecnologie consentono di prolungare la sopravvivenza del paziente, vicariando le funzioni del suo corpo e trasformando, in questo modo, il morire in un "processo lunghissimo e innaturale"<sup>5</sup>.

La riflessione bioetica ha ampiamente affrontato e discusso le questioni morali che emergono da questa nuova dimensione del morire a partire da alcuni casi emblematici che nel corso degli anni sono stati al centro del dibattito pubblico e di controversie giuridiche<sup>6</sup>. Il nucleo di questa riflessione è la possibilità di riconoscere o meno un diritto a morire ai pazienti che chiedono la sospensione o interruzioni delle cure o di essere aiutati da altri, direttamente o indirettamente, a porre termine alla propria esistenza. Mentre negli ultimi anni appare sempre più evidente, non soltanto a livello morale ma anche giuridico, l'accettabilità morale della richiesta del paziente di rifiutare le cure o di chiedere la loro sospensione anche quando ciò dovesse comportare la sua morte, la questione dell'aiutare una persona a morire attraverso il passaggio di sostanze letali o un'azione eutanasi è ancora uno dei temi più dibattuti della riflessione bioetica.

Il dibattito morale vede protagonisti i sostenitori di due diverse concezioni dell'etica: da una parte ci sono coloro che "ritengono che la vita umana non sia disponibile alle persone e quelli che invece ritengono che le persone ne possano disporre"<sup>7</sup>. Secondo coloro che difendono un'etica dell'indisponibilità della vita aiutare un'altra persona a morire (suicidio assistito) o darle la morte attraverso un'azione eutanasi sarebbe un atto gravemente lesivo della dignità di quella persona e, di conseguenza, sempre moralmente inaccettabile, a prescindere dal grado di sofferenza che può accompagnare il processo del morire e dalle richieste che vengono espresse. Chi sostiene una concezione ontologica o sostantiva di dignità arriva a questa conclusione affermando che il suicidio assistito e l'eutanasi priverebbe la persona della possibilità di vivere il morire come una parte fondamentale della sua vita e aggiungendo che la morte dovrebbe essere affrontata sempre con serenità o coraggio<sup>8</sup>: "Dare dignità alla morte implica non nasconderla, non mistificarla, non burocratizzarla, non sanzionarla, ma lasciare che si manifesti per tutti e per ciascuno nella sua terribile, naturale, ineluttabile epifania. *Produrla* [...] è indegno al di là della crudeltà che pur l'esecuzione di necessità veicola; è indegno quanto è indegna la pretesa – per riprendere il tema della morte come debito dal quale eravamo partiti – che il debitore paghi il anticipo il suo debito, prima della sua 'naturale' scadenza"<sup>9</sup>. L'idea che il suicidio assistito e l'eutanasi offendano la dignità del morente viene, però, giustificata anche attraverso una concezione non ontologica ma filosofica di dignità, a partire dall'idea che l'aiutare a morire sarebbe incompatibile con il rispetto che meritano le persone che sono in grado, in quanto razionali, di essere legislatori di se stessi e con il valore intrinseco dell'umanità

che caratterizzerebbe ogni persona razionale<sup>10</sup>. Questa posizione di principio contro l'accettabilità morale del diritto a morire può essere, poi, ulteriormente motivata mettendo in dubbio le capacità razionali e, di conseguenza, la competenza della persona che chiede di essere aiutata a morire<sup>11</sup>. Si afferma, infatti, che nessuna persona razionale potrebbe mai veramente desiderare e, quindi, chiedere di essere privata della vita, che è la "cosa" più preziosa che abbiamo<sup>12</sup>. Ma anche quando si ammette che la richiesta eutanasi possa essere avanzata da persone razionali e, in questi termini, ancora in grado di intendere e di valutare il loro bene si esclude che, in questo caso, il vero desiderio della persona sia quello di morire. La richiesta eutanasi non sarebbe altro che un grido di dolore e di disperazione lanciato da un paziente che, vicino alla morte, si sente abbandonato dai propri familiari e, di conseguenza, semplicemente un pretesto per ricevere da loro maggiori attenzioni e cure<sup>13</sup>. A prescindere, inoltre, da quali siano le reali motivazioni della richiesta eutanasi, non si potrebbe comunque chiedere ad un medico di praticarla, in quanto compito della medicina è di salvaguardare la vita, non di dare la morte. Il paziente "non può chiedere nulla al medico che non sia a favore della vita e il medico, a sua volta, ha il dovere di non compiere alcun atto che vada contro di essa: il carattere *terapeutico* della medicina, per quanto debba essere inteso in senso estremamente lato, trova qui il suo fondamento e la sua unica legittimazione"<sup>14</sup>. In questo senso, il problema del morire non dovrebbe essere affrontato con l'eutanasi e, così facendo, pretendendo dagli operatori sanitari di snaturare il loro ruolo professionale, ma rendendo più accessibili al morente i trattamenti che leniscono il dolore. La richiesta di essere aiutato a morire, infatti, sarebbe motivata soltanto dalla paura del dolore e della sofferenza che possono accompagnare il processo del morire e, pertanto, verrebbe meno con la possibilità per il paziente di accedere alle cure palliative<sup>15</sup>. Un argomento diverso, che può essere avanzato anche da coloro che non hanno una posizione di principio contro il suicidio assistito e l'eutanasi, è invece quello che fa riferimento alle conseguenze negative che l'introduzione dell'eutanasi produrrebbe. In questo caso, cioè, non si rifiuta necessariamente la legittimità del diritto a morire, ma si paventa che questa pratica, una volta legalizzata, possa attivare, a livello sociale, delle pressioni a chiederla nei confronti dei pazienti terminali o incurabili o rendere moralmente accettabile l'eutanasi, anche contro la volontà del paziente<sup>16</sup>.

A fronte di queste posizioni e preoccupazioni nei confronti dell'aiuto a morire, coloro che difendono l'etica della disponibilità della vita negano che esista un'incompatibilità di principio tra il diritto a morire (suicidio assistito ed eutanasi) e l'etica. Innanzitutto, si contesta che l'appello alla dignità del morente possa rappresentare una giustificazione per negare questo diritto e quindi la libertà delle persone: "non si può condividere – scrive Eugenio Lecaldano – un'impostazione che in nome di una pretesa dignità assoluta – spesso ontologicamente fondata – della natura umana pretenda di limitare la libertà individuale di ciascuna persona di dare senso e dignità in modo del tutto autonomo alla propria vita. Non vi sono basi metafisiche per riconoscere un unico modo di dare contenuto alla dignità della natura umana"<sup>17</sup>.

Diversamente, cioè, da quanto affermano i sostenitori dell'indisponibilità della vita, non è imponendole un modello di vita e di morte che rispettiamo la dignità di una persona, ma prendendo atto del modo in cui quella persona, anche di fronte al morire ed eventualmente anche attraverso scelte eutanasiche, dà valore e senso alla propria vita<sup>18</sup>. Per quanto riguarda, invece, la preoccupazione che il paziente che chiede la morte possa essere incapace di intendere e di volere o mancare, più in generale, delle capacità razionali, si sottolinea la possibilità di distinguere caso per caso e di verificare, anche attraverso specialisti in materia, se la richiesta della persona possa essere accettata o no. In altri termini, escludere che la richiesta eutanastica possa essere sincera e, oltre a questo, motivata da ragioni moralmente accettabili significa assumere una posizione di principio che giudica, *a priori*, come irrazionali e inautentiche alcune scelte che le persone fanno, in maniera responsabile, quando la loro vita diventa insopportabile. Se, poi, "fragilità, ansia, vulnerabilità fossero condizioni ostantive alla manifestazione di un valido consenso informato ai fini dell'autorizzazione di un trattamento medico-chirurgico, anche molto complesso, almeno la metà dei casi concreti in cui un paziente autorizza tali trattamenti sanitari con il suo consenso dovrebbe essere considerato estorto con la violenza, con l'inganno o comunque viziato. Anche perché decidere se autorizzare determinati trattamenti medico-chirurgici è una scelta molto complessa, che implica il soppesare numerosi pro e contro, come il rischio di effetti collaterali significativi"<sup>19</sup>.

Per altro, la posizione dei sostenitori dell'etica dell'indisponibilità della vita sarebbe incoerente, in quanto essi, da una parte, accettano come moralmente accettabili tutta una serie di trattamenti che abbreviano la vita del paziente, ma, d'altra parte, rifiutano come inaccettabili altri interventi che hanno le stesse conseguenze<sup>20</sup>. Chi giustifica, cioè, la sospensione delle cure o particolari trattamenti contro il dolore (che, di fatto, con l'aumentare, progressivamente, del dosaggio abbreviano la vita del paziente) non sembra avere ragioni veramente convincenti per non "ammettere la legittimità di interventi attivi in certe condizioni per abbreviare la vita del malato"<sup>21</sup>. Sulla questione, poi, che riguarda i compiti e l'eventuale ruolo degli operatori sanitari nell'eutanasia, i sostenitori della disponibilità della vita non vedono alcuna contraddizione tra la medicina e una pratica che promuove il bene e gli interessi del paziente. Tra la pratica eutanastica e la professione medica ci sarebbe un'incompatibilità di principio se per il paziente fosse sempre meglio continuare a vivere. Tuttavia, anche a seguito dei numerosi casi che sono emersi negli ultimi decenni, sappiamo ormai che la vita può diventare per la persona che la vive una condizione così infernale da rappresentare uno scenario molto peggiore della morte. Un medico, pertanto, che aiuta una persona a morire non tradisce la propria professione, ma agisce in linea e nel pieno rispetto dei propri doveri e dei propri compiti, in quanto, anche in una situazione così drammatica, non interrompe la sua cura<sup>22</sup>.

La preoccupazione che l'introduzione dell'eutanasia aprirebbe le porte e legittimerebbe pratiche moralmente inaccettabili, come ad esempio la soppressione dei malati incurabili o terminali, viene considerata con attenzione, ma si riconosce la possibilità di distinguere, anche in questo caso, tra pratiche ammissibili e non ammissibili. La

maggioranza degli autori favorevoli all'eutanasia delle persone competenti – come ricorda Giorgio Maniaci – prevede procedure molte complesse, scandita da diversi passaggi e finalizzate ad accertare se sussiste veramente la volontà del paziente e se

tale volontà soddisfi quattro requisiti fondamentali: razionalità e/o capacità di intendere e di volere, conoscenza dei fatti rilevanti, stabilità nel tempo del consenso e sufficiente libertà da pressioni coercitive, come ad esempio, l'assenza di grave minacce da terze persone. Ora, il caso di una persona che non voglia sottoporsi al trattamento della "dolce morte" e che, pur essendo soddisfatti i requisiti di cui sopra, vi venga ugualmente sottoposta è un'ipotesi altamente improbabile, quasi paranoica, perché dipende dal verificarsi di quattro condizioni congiuntamente necessarie e sufficienti<sup>23</sup>.

Coloro che rifiutano l'accettabilità dell'eutanasia avrebbero, pertanto, una visione unilaterale di fronte alla possibilità di riconoscere nuovi diritti, in quanto immaginano "come unica alternativa futura necessaria che tutti i nostri timori si realizzino"<sup>24</sup>. "laddove sono in azione grandi numeri di esseri umani, invece, quando cerchiamo di anticipare il futuro è molto più probabile e affidabile il ragionamento che (come spiegava Hume) ci porta a prevedere una condotta sociale non molto lontana da quella su cui nel passato e nel presente gli esseri umani hanno già realizzato una convergenza"<sup>25</sup>. Inoltre, l'esperienza maturata da quei paesi che hanno legalizzato l'eutanasia è la migliore conferma circa l'infondatezza di quelle posizioni che collegano un eventuale riconoscimento di un diritto a morire ad un'inevitabile deriva morale. L'argomento del pendio scivoloso può essere, cioè, confutato su basi empiriche: anche se la legalizzazione dell'eutanasia "sembra evocare gli spettri dell'eliminazione selettiva di determinati individui o categorie di individui socialmente deboli", le ricerche condotte mostrano che, dove l'eutanasia è praticata, questo non è avvenuto<sup>26</sup>.

La contrapposizione tra sostenitori dell'etica dell'indisponibilità della vita e sostenitori della disponibilità della vita si ripropone anche in merito a quegli strumenti, come le direttive anticipate (o testamento biologico) e la nomina di un fiduciario, che mettono le persone nella condizione di poter scegliere sulla propria vita e sulla propria morte, anche prima o nell'eventualità di non avere più la capacità di intendere e di volere. Anche chi difende un'etica dell'indisponibilità della vita può riconoscere il valore delle direttive anticipate e il diritto del paziente di negare, anche attraverso volontà anticipate, il proprio assenso a trattamenti medici già iniziati o proposti dal medico. Quello che si contesta è ancora una volta che possa essere riconosciuto al paziente un diritto, anche attraverso le direttive anticipate, di chiedere la sospensione delle cure salvavita o di avanzare una richiesta di essere aiutato a morire da altre persone: "il diritto alla rinuncia e al rifiuto delle cure – afferma Francesco D'Agostino – va riconosciuto, ribadito, tutelato e promosso. È necessario orientare, nel processo della loro formazione biogiuridica, le coscienze dei medici ad acquisire un profondo rispetto verso l'esercizio, da parte dei malati, di un simile tragico diritto». Tuttavia, la «rinuncia e il rifiuto delle cure salvavita da parte di un paziente vanno interpretati non come l'esercizio di un diritto, ma come il segno di una situazione psicologica ed esistenziale tragicissima (a volte prodotta da un colpevole abbandono terapeutico). È necessario

orientare, nel processo della loro formazione biogiuridica, le coscienze dei medici ad acquisire questa consapevolezza e ad operare costantemente per la difesa della vita<sup>27</sup>.

Ma i sostenitori di un'etica dell'indisponibilità della vita negano anche che le direttive anticipate possano essere uno strumento veramente valido per conoscere la volontà del paziente e che, di conseguenza, i medici siano obbligati a rispettarle, in quanto non si potrebbe mai avere la certezza che il paziente, prima di essere ricoverato o, comunque, di diventare incompetente, non abbia cambiato idea. Non soltanto, poi, il paziente potrebbe non aver avuto il tempo o l'occasione di modificare le direttive precedentemente espresse in linea con il nuovo atteggiamento maturato, ma potrebbe anche non aver immaginato la condizione in cui si sarebbe trovato<sup>28</sup>. Si sostiene, inoltre, che chiedere al medico di rispettare le volontà del paziente significherebbe ridurlo al ruolo di mero esecutore delle richieste di terzi e mettere, in questo modo, in discussione il modello di alleanza terapeutica che caratterizza la prassi medica e che vede l'operatore sanitario partecipare da protagonista alle scelte del paziente, tenendo sempre presente, comunque, quello che è il fine della medicina: "medico e paziente – scrive Francesco D'Agostino – più che uniti da un vincolo contrattuale sono *partners* di una alleanza il cui stesso oggetto, il cui stesso orizzonte di legittimità e di senso, non sono però nella compiuta disponibilità degli 'alleati', perché trovano un limite di principio, che è costituito dalla natura (*medicus curat, natura sanat*)<sup>29</sup>. Ancora una volta, poi, come nel caso dell'eutanasia, viene paventata la possibilità che con l'introduzione delle direttive anticipate i pazienti siano "costretti", a causa delle pressioni sociali o dei familiari, a rinunciare alle cure mediche, in quanto – sostiene Adriano Pessina – non andrebbe trascurato che "i malati terminali, sempre più emarginati in strutture anonime, pesano sull'esistenza di coloro che debbono assisterli e comportano, come già ricordava Lamb, oneri economici. Queste paure possono incrociarsi con possibili 'attese' che condizionano il desiderio dell'accelerazione della morte, sia in ordine all'eventuale utilizzo degli organi da espantare, sia in vista di una rimozione psicologica della nostra condizione di esseri mortali"<sup>30</sup>.

Diversa è la posizione dei sostenitori dell'etica della disponibilità della vita. Essi sostengono che le direttive anticipate estendono l'autonomia delle persone, consentendo loro di avere un controllo sulla propria vita e, in particolare, sul lunghissimo processo del morire anche quando esse non sono più nella condizione di farlo<sup>31</sup>. A seconda, infatti, della situazione in cui si trova e del momento in cui le sottoscrive, con queste direttive una persona può dare indicazioni più o meno specifiche riguardo allo spettro di interventi e di trattamenti cui altrimenti potrebbe essere sottoposti e che possono allungare una condizione di sopravvivenza non desiderata. Ovviamente, almeno fino a quando è competente, la persona interessata può sempre modificare le proprie volontà (e, insieme a queste, eventualmente nominare un altro fiduciario) e in ogni modo, se è ancora in grado di farlo, può sempre scegliere se accettare o no un trattamento, a prescindere dalle richieste che ha precedentemente indicato. Per le stesse ragioni viene valutata positivamente anche la possibilità di nominare un fiduciario ovvero sia di delegare le scelte sui trattamenti medici ad un'altra persona, la quale dovrà

comunque conformarsi, nelle diverse situazioni che possono presentarsi, alle volontà precedentemente espresse e ai valori di chi rappresenta. Dal momento che non possiamo prevedere in maniera precisa il nostro futuro, la nomina di un fiduciario che può decidere al nostro posto, se noi non abbiamo più la possibilità di farlo, viene presentata come il modo migliore per tutelare i propri interessi. Ma la nomina del fiduciario e le direttive anticipate vengono descritte come strumenti complementari, in quanto attraverso le volontà precedentemente espresse in forma scritta anche la persona che curerà i nostri interessi potrà avere la possibilità di avere una traccia di riferimento più oggettiva circa le nostre volontà e le nostre preferenze. La questione, poi, dell'autenticità e delle conformità delle volontà precedentemente espresse con la posizione e le preferenze reali della persona viene ridimensionata, ricordando la possibilità di revocarle o, comunque, modificarle in ogni momento. In assenza, inoltre, di indicazioni diverse, le direttive anticipate (o le volontà precedentemente espresse) restano il punto di riferimento migliore – sia per gli operatori sanitari che per i familiari – per rispettare la volontà e quindi la dignità di una persona. Chi sostiene un'etica della disponibilità della vita difende, infine, anche la possibilità di stabilire, in assenza di direttive anticipate, la volontà di una persona circa i trattamenti medici sulla base di ciò che questa persona sceglierebbe se fosse competente. In altri termini, come è emerso anche recentemente con il noto caso di Eluana Englaro<sup>32</sup>, "si è fatta strada l'idea che quel che è lecito fare per il bene di questi pazienti deve comunque tener conto di quel che presumibilmente essi, se fossero competenti, sceglierebbero per se stessi. Si tratta di ricorrere a forme di 'giudizio sostitutivo', quale può essere quello dei familiari o di un tutore legale, di concerto con il medico"<sup>33</sup>.

Per quanto riguarda, invece, quelle situazioni in cui sono coinvolte persone che non hanno mai avuto la possibilità di essere consapevoli o di avere una vita biografica "sembra del tutto impraticabile una qualche consapevole proiezione sulla morte della concezione della vita e della morte che la persona ha sviluppato nel corso della sua biografia"<sup>34</sup>. In questi casi, nel dibattito di bioetica, accanto a coloro che riaffermano un diritto alla vita per tutti fin dal momento del concepimento, troviamo coloro che, invece, ritengono che, in particolari situazioni, sia giusto aiutare queste persone a morire, non soltanto sospendendo le cure ma anche attraverso vere e proprie azioni eutanasiche. Chi discute scenari eutanasiche di questo tipo ritiene, poi, che la scelta dovrebbe essere fatta dai genitori di queste persone o, comunque, dalle persone che si prendono cura di loro oppure sulla base di criteri oggettivi circa la loro qualità della vita. Entrambe le soluzioni presentano limiti che sembrano condizionare la loro applicabilità: da una parte, le persone chiamate a decidere possono avere punti di vista diversi circa il bene della persona e se quindi per quella persona sia meglio morire, dall'altra, è discutibile che esistano criteri oggettivi e assoluti circa la qualità della vita. In alternativa la soluzione che viene proposta per superare questi problemi è, in questi casi, quella di valutare la qualità della vita (e, di conseguenza, i criteri per eventuali scelte eutanasiche) "sulla base di criteri formulati in modo chiaro e discussi pubblicamente e non dati per intuitivamente condivisi e in modo tale che una loro eventuale applicazione non venga sottratta alla

critica pubblica. In questa situazione [...] può risultare di aiuto per trovare una soluzione moralmente coscienziosa e largamente condivisa una discussione pubblica delle diverse alternative da parte di un comitato bioetico (ovviamente un comitato legato ad una qualche struttura sanitaria)<sup>35</sup>.

### 3. Il dibattito sul momento della morte

Il tema della morte è affrontato dal dibattito bioetico anche nella riflessione sul momento della morte, ovvero sia su quando si può affermare che una persona cessa di esistere. Attualmente il criterio di morte accettato a livello internazionale è quello di morte cerebrale: una persona, cioè, viene considerata morta quando non ha più attività cerebrale<sup>36</sup>. Anche la legge italiana del 29 dicembre 1993 n. 578 afferma all'articolo 1 che "la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo". Il nuovo criterio di morte ha incominciato ad affermarsi alla fine degli anni Sessanta, con la pubblicazione, da parte della Commissione della Scuola medica di Harvard, di un breve documento in cui veniva sottolineata la necessità di abbandonare il tradizionale criterio di morte incentrato sul venir meno dell'attività cardiopolmonare. Nel passato – scrivevano i medici di Harvard – il venir meno dell'attività cerebrale avrebbe provocato la cessazione del battito cardiaco e della respirazione, oggi, invece, il "cuore e i polmoni possono continuare a funzionare in virtù della stimolazione elettrica del cuore e della respirazione artificiale, 'anche quando non vi è la più remota possibilità che l'individuo recuperi la coscienza (*even when there is not the remotest possibility of an individual recovering consciousness*) in seguito a un danno cerebrale massivo"<sup>37</sup> o torni ad avere qualche forma di attività cerebrale.

In altri termini – afferma la Commissione della Scuola medica di Harvard – i miglioramenti delle misure di rianimazione e di sostegno vitale hanno un successo soltanto parziale, in quanto il "risultato è un individuo il cui cuore continua a battere, ma il cui cervello è danneggiato in modo irreversibile. L'onere è grande per i pazienti che hanno perso definitivamente l'intelletto, per le loro famiglie, per gli ospedali e per coloro che abbisognano di un letto ospedaliero già occupato da questi pazienti comatosi"<sup>38</sup>. Per questo serve una nuova definizione di morte che superi criteri obsoleti. La ragione per considerare la cessazione dell'attività cerebrale con la morte della persona è che il cervello garantirebbe la sopravvivenza del corpo come organismo: "è stato anche in genere affermato – sottolinea Jeff McMahan – che la nostra univoca nozione di morte è la cessazione permanente del funzionamento integrato in un organismo e che il criterio per determinare quando questo avviene negli animali che hanno un cervello è la morte completa del cervello, cioè la morte cerebrale. La ragione più comunemente data per sostenere questa posizione è che il cervello è il centro di controllo per eccellenza e insostituibile dell'integrazione dell'organismo"<sup>39</sup>.

In altri termini, attraverso tecnologie come la ventilazione meccanica e il defibrillatore, è anche possibile mantenere nell'individuo il battito cardiaco e l'attività polmonare anche in assenza di attività cerebrale, ma con il venir

meno di quest'attività non avremmo più un corpo in cui i diversi organi sono integrati come parti di un sistema. Dal momento, cioè, che sarebbe il cervello e, più precisamente, il tronco encefalico, e non il cuore, l'area specifica che regola tutti i processi vitali, ne segue che dopo la morte del cervello (ovvero sia, la cessazione completa della sua attività) l'individuo è morto. Nella riflessione bioetica degli ultimi decenni accanto a coloro che giustificano il nuovo criterio di morte proposto dalla Commissione della Scuola medica di Harvard troviamo altre posizioni che, invece, mettono in evidenza i suoi limiti sia scientifici che filosofici, proponendo, allo stesso tempo, il passaggio ad una nuova definizione di morte. Una prima posizione mette in discussione l'"oggettività" del criterio di morte cerebrale a favore di un criterio che identifica la morte con la cessazione dell'attività corticale, ovvero sia di quella parte del cervello da cui dipende la coscienza di una persona. A rendere il criterio di morte cerebrale poco attendibile dal punto di vista scientifico sarebbe innanzi tutto il fatto che esso viene giustificato con l'idea che la cessazione dell'attività cerebrale porrebbe fine alla vita del corpo come organismo<sup>40</sup>. È vero, infatti, che con il venir meno dell'attività cerebrale, il battito cardiaco e la respirazione non sono più spontanee o naturali ma sono mantenute dalla ventilazione artificiale, ma proprio per questo abbiamo ancora il funzionamento del corpo come organismo, in quanto ci sono ancora i processi che assimilano l'ossigeno, metabolizzano il cibo, eliminano le scorie e mantengono l'organismo in relativa omeostasi<sup>41</sup>. Obiettare che questi processi non sono più spontanei non avrebbe alcun senso, in quanto ci sono molte persone i cui processi vitali sono vicariati da macchine, anche estremamente tecnologiche, ma non pensiamo che per questo esse siano già morte: "pensiamo infatti ad un esempio concreto: alcuni soggetti, in passato a seguito di poliomielite e oggi soprattutto a causa di altre malattie, come la sclerosi laterale amiotrofica, perdono parzialmente o completamente la capacità di respirare in modo spontaneo. Fino a circa quarant'anni fa questi soggetti morivano per asfissia e conseguente arresto cardiocircolatorio. Oggi possiamo invece farli vivere anche per molti anni"<sup>42</sup>. Orbene, se identifichiamo la morte di una persona con il venir meno delle funzioni spontanee che assicurano l'esistenza del corpo come organismo si dovrebbe giungere "al paradosso di dire che questi soggetti, pur coscienti e manifestamente vivi, in quanto privi di respirazione e di circolazione spontanea, in realtà sono morti"<sup>43</sup>.

Oppure immaginiamo, seguendo ancora McMahan, un altro caso in cui

il cervello è ancora capace di avere soltanto una funzione critica di controllo (*critical regulatory function*). Tutte le altre funzioni sono vicariate con l'impiego di tecnologie di sostegno vitale. Supponiamo ora che proprio al momento in cui il cervello è vicino a perdere la capacità di controllare l'unica funzione critica che ancora gli resta, rimpiazziamo la sua attività con una strumentazione meccanica e con perfetta efficienza. Potremmo veramente credere che questa è la differenza tra la vita e la morte? Nota che, dal momento che la strumentazione vicariante garantisce le funzioni esattamente nello stesso modo in cui faceva il cervello, la condizione dell'organismo non cambierebbe, ad eccezione di questo piccolo cambiamento nel cervello stesso. È molto difficile credere che un tale cambiamento farebbe la differenza tra la vita e la morte in un organismo<sup>44</sup>.

Inoltre, anche ammettendo che l'organismo muoia con la morte del cervello, questo non sarebbe ancora sufficiente per accettare il criterio di morte cerebrale, in quanto non è vero che noi, come persone, siamo identici con il nostro organismo: noi persone siamo associate al nostro organismo, ma non siamo un organismo<sup>45</sup>. Possiamo immaginare, infatti, che una parte del nostro cervello (il cervelletto) sia trapiantata nel corpo del nostro fratello gemello e nel suo tronco cerebrale. In questo caso il mio corpo originario potrebbe continuare a vivere perché avrebbe ancora un tronco cerebrale funzionante ed essere mantenuto in uno stato vegetativo. Oppure, dopo un certo periodo di tempo, potrebbe smettere di funzionare. Ma io continuerei a sopravvivere a prescindere da quello che accade a questo organismo. Che, però, noi come persone non siamo organismi può essere sostenuto e dimostrato anche senza ricorrere a casi immaginari o scenari fantascientifici e improbabili. Pensiamo, infatti, ai gemelli siamesi: essi condividono lo stesso corpo (e possiamo dire, lo stesso organismo), ma, malgrado questo, sono due diverse persone. Se, invece, noi come persone fossimo il nostro organismo, essi sarebbero una stessa persona.

Ma se noi, come persone, non siamo il nostro organismo, che cosa siamo? E se la morte dell'organismo non coincide con la nostra morte, dove fissare questo punto? La risposta è che noi siamo di fatto la nostra mente che è necessariamente incorporata (*embodied*): "Se ho ragione – scrive Jeff McMahan – che tu non sei un organismo umano e che non ci sarebbe più niente di te lì, allora sembra corretto affermare che tu devi aver cessato di esistere quando il tuo cervello ha perso la capacità per la coscienza"<sup>46</sup>. Se noi, cioè, siamo menti incorporate, cessiamo di esistere quando perdiamo irreversibilmente la capacità di essere coscienti ovvero sia quando c'è una perdita irreversibile delle funzioni in quelle aree del cervello che assicurano la coscienza. Il criterio di morte più corretto, in altri termini, è quello che fa riferimento non alla cessazione di tutte le funzioni cerebrali, ma alla morte della corteccia cerebrale. Noi, del resto, come persone possiamo anche morire prima che il nostro organismo (o il nostro corpo come organismo integrato) cessi di funzionare e di esistere: "infatti – come scrive Defanti – il cadavere continua a esistere per qualche tempo dopo la morte della persona, prima di andare incontro al processo di dissoluzione finale"<sup>47</sup>. Per questa ragione, quando cioè le funzioni superiori del cervello vengono meno, può essere moralmente accettabile non soltanto lasciar morire l'organismo che sopravvive, ma anche l'espanto dei suoi organi e anche prima che esso cessi di funzionare. Anzi, continuare a prendersi cura di organismi che non sono più persone rappresenta una scelta morale irresponsabile perché implica uno sperpero delle risorse e perché impedisce a tante persone di ricevere un organo che potrebbe salvare loro la vita.

Un'altra prospettiva contesta il criterio di morte come cessazione di tutte le funzioni cerebrali non da un punto di vista scientifico, ma da una prospettiva filosofica. Anche gli autori che sostengono questa posizione sono d'accordo circa i limiti scientifici di una definizione di morte che fa riferimento alla cessazione dell'attività cerebrale. Anche secondo loro, infatti, è evidente che il corpo come organismo può continuare a sopravvivere anche quando le funzioni cerebrali sono state perse irreversibil-

mente. Per altro, una volta che è stata accertata la morte cerebrale, avremmo ancora un organismo anche in assenza di tecnologie che assicurano l'attività cardiaca e la respirazione, in quanto in questo corpo resterebbe comunque ancora una qualche attività cerebrale, sufficiente a garantire il funzionamento del corpo come un sistema integrato:

Negli ultimi dieci anni [...] i medici, nel mettere a punto le tecniche di trattamento per i pazienti affetti da morte cerebrale, con l'intento di tenere in vita più a lungo i loro organi (e, in qualche caso, le loro gravidanze), si sono resi conto che certe funzioni del cervello continuano, anche quando i test di routine attestano la morte cerebrale. Noi pensiamo al cervello principalmente come l'organo deputato a elaborare le informazioni fornite dai sensi e dal sistema nervoso: ma esso ha anche altre funzioni. Una di esse è quella di produrre vari ormoni, che contribuiscono a regolare diverse funzioni corporee (per esempio, l'ormone antidiuretico, che i medici giapponesi sono riusciti a introdurre nei loro pazienti per fleboclisi). Oggi sappiamo che in molti casi alcuni di questi ormoni continuano a essere prodotti, anche quando il cervello, sulla base di test standard, risulta morto. Inoltre, quando i pazienti affetti da morte cerebrale vengono incisi per procedere all'espanto di organi, a volte la loro pressione arteriosa aumenta e il battito cardiaco accelera. Queste reazioni dimostrano che il cervello svolge ancora alcune sue funzioni, per esempio quella di regolare le risposte del corpo. Di conseguenza, la definizione giuridica di morte cerebrale e la pratica medica corrente di certificare come morte le persone in stato di morte cerebrale hanno ricevuto un duro colpo<sup>48</sup>.

Inoltre, anche secondo questi critici del criterio di morte come morte cerebrale, la morte delle persone coincide con la perdita irreversibile della coscienza e, di conseguenza, con il venir meno, in maniera irreversibile, dell'attività della corteccia cerebrale, in quanto le persone sono "essenzialmente" esseri pensanti ed intelligenti, dotati di ragione e consapevoli di sé come esseri esistenti nello spazio e nel tempo.

Tuttavia, le ragioni per identificare la morte delle persone con la perdita irreversibile della coscienza e dell'attività della corteccia cerebrale non sono scientifiche, ma morali. Quando, cioè, ci interroghiamo su quando una persona muore non ci poniamo un interrogativo scientifico ma una domanda di tipo morale ovvero sia vogliamo comprendere quando è moralmente giusto considerare e trattare una persona come morta: "dovrebbe essere ormai chiaro che il dibattito sulla definizione di morte è di fatto un dibattito sulla rilevanza morale degli esseri umani. È un dibattito su quando gli esseri umani dovrebbe essere trattati come membri a tutti gli effetti della comunità umana. Quando gli esseri umani sono vivi, meritano pieni diritti umani morali e giuridici. Dire che le persone sono vive è solamente un modo più semplice per dire che essi sono portatori di tali diritti. Per questo la definizione di morte è così importante"<sup>49</sup>. Affermare, in altri termini, che una persona è morta, significa semplicemente sostenere che non abbiamo più il dovere di garantirgli quella cura e attenzione che dobbiamo alle persone. Non c'è bisogno, in altri termini, di interrogarsi su cosa sono le persone e su se le persone sono essenzialmente il loro organismo e qual è il rapporto tra mente e corpo. La domanda che dobbiamo porci è come dobbiamo relazionarci a questi individui che non hanno più e non possono più ritornare ad avere coscienza e autocoscienza. Per questa ragione può essere moralmente accettabile interrompere l'alimentazione e la nutrizione artificiali a un individuo privo di attività corticale. Anzi, non farlo, – come afferma Robert M. Veach – potrebbe essere un'offesa alla sua di-

gnità. Oppure, come nel caso dei bambini anencefalici, possiamo anche moralmente giustificare l'espianto dei loro organi, anche nell'ipotesi che essi non siano ancora morti: "alcuni ritenevano – scrive Peter Singer in *Ripensare la vita* – che gli infanti anencefalici e quelli affetti da morte corticale dovevano essere dichiarati legalmente morti; altri sostenevano che essi non erano morti e, quindi, non potevano diventare donatori di organi altri ancora, e tra questi ultimi c'ero anch'io, affermavano che questi bambini non erano morti, ma potevano diventare ugualmente donatori di organi"<sup>50</sup>. Naturalmente se la morte è una questione di scelta morale è facilmente immaginabile che possano sorgere contrasti profondi tra le persone chiamate a decidere su casi concreti, in quanto le persone hanno punti di vista molto diversi su ciò che è giusto fare. Tuttavia non c'è un modo più semplice per stabilire quando una persona muore: "non c'è una soluzione scientifica per risolvere il dibattito. Determinare chi è vivo – che ha, cioè, piena rilevanza come membro di una comunità umana – è fondamentalmente una questione morale, filosofica o religiosa, e non una questione scientifica"<sup>51</sup>. Per altro, qualsiasi tentativo di stabilire il momento della morte su basi "ontologiche" o "scientifiche" è condannato problemi e discussioni anche maggiori, in quanto le nostre idee su cosa sono le persone possono essere anche meno convergenti.

#### 4. Il sogno dell'immortalità

Negli ultimi anni il tema dell'immortalità è stato al centro di un intenso dibattito bioetico. L'allungamento della vita oltre i limiti finora conosciuti e il superamento della morte rappresentano un argomento sempre più esplorato dalla riflessione sul potenziamento. Accanto a ipotesi che indicano la possibilità di un'estensione della durata della vita, troviamo posizioni che non nascondono la loro fiducia che lo sviluppo scientifico e tecnologico dei prossimi decenni possa rendere la morte un vecchio ricordo. All'immortalità si conta di arrivare soprattutto attraverso quelle ricerche che puntano a rallentare i processi di invecchiamento cellulare e a trovare una soluzione terapeutica per quelle malattie che sono le principali cause della morte degli esseri umani. La speranza, cioè, è che i progressi della scienza e della tecnologia rendano sempre più praticabili ed accessibili trattamenti capaci di curare e prevenire qualsiasi malattia, con il risultato di garantire una durata maggiore della vita, se non l'immortalità<sup>52</sup>. Tuttavia, anche le nuove tecnologie riproduttive, e in particolare la clonazione, appaiono una risorsa importante per coloro che coltivano i sogni dell'immortalità. Da molti decenni, ormai, la clonazione viene presentata sia nei romanzi di fantascienza che nella riflessione filosofica come la tecnologia che, in prospettiva, avrebbe le migliori possibilità di assicurare un'esistenza non segnata dalla morte. Vengono immaginati soprattutto tre modi per raggiungere questo ambizioso risultato. Un primo modo è il trasferimento dei propri contenuti mentali in un organismo precedentemente clonato a partire da una cellula somatica del proprio corpo. In questo maniera, il nostro corpo muore, ma noi continuiamo a vivere in un altro organismo. In alternativa – e questo rappresenta un altro modo di usare la clonazione per raggiungere l'immortalità –,

quando invecchiamo, il nostro cervello viene trapiantato in un altro corpo, precedentemente clonato a partire da una nostra cellula somatica. Il risultato non sarebbe diverso da quello che si potrebbe raggiungere con il trasferimento dei contenuti mentali, ma forse richiederebbe una tecnologia meno avanzata. Le altre soluzioni prospettate rasentano ancora di più il mondo della fantascienza. Una è quella di produrre un clone, al momento della nostra morte, e ricostruire intorno a lui l'ambiente e le stesse identiche condizioni in cui siamo cresciuti. In questa maniera, il clone sarebbe una copia perfetta di noi non soltanto dal punto di vista genetico, ma anche dal punto di vista delle esperienze e del carattere che svilupperà. L'altra è quella di creare per clonazione delle copie di noi stessi, da utilizzare, poi, nel corso della vita e quando ne avremo bisogno, come deposito di organi. Così – quando invecchiamo e come condizione per raggiungere l'immortalità – non avremmo bisogno di abbandonare il nostro corpo, in quanto potremmo ringiovanirlo, sostituendo gli organi che invecchiamo e che si deteriorano con organi nuovi.

Nei confronti delle ricerche che puntano all'immortalità sono state avanzate diverse obiezioni. Le obiezioni si possono distinguere a seconda che l'immortalità venga considerata qualcosa di negativo per il soggetto che diventa immortale oppure per la società. Un primo gruppo di obiezioni che rivolge l'attenzione soprattutto alla condizione dell'essere immortale afferma che una durata senza fine dell'esistenza impedirebbe necessariamente al soggetto di apprezzare, nel modo giusto, la propria vita. La mortalità, cioè, sarebbe la condizione per riuscire a dare significato alle esperienze della vita e per riconoscere valore alle cose e alle persone che incontriamo. Una vita senza confini ci priverebbe di quell'orizzonte di senso che oggi abbiamo perché non avremmo più bisogno di aver cura, di amare e di lottare, "saremmo qualcosa di completamente differente, che ha perduto qualcosa di essenziale all'essere umano"<sup>53</sup>. Ci sono, in altri termini, cose che danno valore alla vita che sono legate alla nostra finitezza, in quanto individui con capacità e disposizioni che presentano limiti e imperfezioni: "suggerisco che vivere con la nostra finitezza e, quindi, accettandola è la condizione necessaria per godere di molte delle cose migliori nella vita umana"<sup>54</sup>. Perdiamo, pertanto, qualcosa di importante se miglioriamo le nostre disposizioni – dal gusto per l'impegno alla naturale inclinazione ad apprezzare la bellezza delle cose, dalla capacità di essere virtuosi a quella di cogliere il significato delle cose e della vita – e guadagniamo soltanto una preoccupante tendenza all'omogeneizzazione e alla mediocrità, in quanto, avendo perso la vita ogni significato, non avremmo più voglia di distinguerci: "l'omogeneizzazione, la mediocrità, la pacificazione, l'appagamento indotto dalla droghe, la trivialità dei gusti, un'anima senza amore e desiderio – afferma, ad esempio, Leon Kass in *La sfida della bioetica* – sono le inevitabili conseguenze dell'aver trasformato l'essenza della natura umana nell'ultimo progetto di dominio tecnologico"<sup>55</sup>.

Per altro, più si allunga la vita più la nostra esistenza sarebbe segnata da periodi in cui non avremmo la possibilità di svolgere attività collegate a ruoli sociali. La nostra vita, cioè, ha un senso, finché siamo inseriti all'interno di un contesto sociale produttivo e possiamo sentirci membri

di una comunità che contribuisce alla sua prosperità. Nel momento in cui, per sopraggiunti limiti di età, perdiamo questa condizione, indipendentemente dagli anni che ci restano da vivere, la vita non ha più senso:

Nella terza età qualcuno deciderà di lavorare, ma – scrive Fukuyama – l'obbligo al lavoro e al genere di rapporti sociali coatti che esso comporta sarà in larga parte sostituito da occupazioni gradite all'individuo. Chi si troverà nella quarta età non si riprodurrà, non lavorerà, e ricoprirà addirittura il ruolo di forte consumatore di risorse e beneficiario di obblighi sociali, senza corrispondere nulla in cambio. Questo non significa che le persone anziane diventeranno improvvisamente irresponsabili o sfaticate, ma piuttosto che la loro esistenza potrebbe risultare più vuota o più solitaria, dal momento che sono proprio gli obblighi sociali a rendere la vita di molte persone degna di essere vissuta. Quando il pensionamento viene considerato un breve periodo di riposo preceduto da una vita di lotte e di duro lavoro – afferma ancora Fukuyama – può sembrare un premio ben meritato, ma se si prolunga per venti o trent'anni senza che se ne veda la fine può apparire semplicemente privo di senso. E risulta anche difficile pensare come persone giunte all'ultima fase della propria esistenza possano considerare gioioso o ricco di soddisfazioni un prolungato periodo di dipendenza e di invalidità<sup>56</sup>.

All'immortalità, però, si guarda con preoccupazione anche per altre ragioni. L'incompatibilità tra l'immortalità e una condizione di felicità viene sostenuta anche da coloro che ritengono che una vita senza fine sarebbe per il soggetto un'esperienza noiosa<sup>57</sup> o, contrariamente a quanto siamo portati ad immaginare, renderebbe la vita piena di sofferenza e, pertanto, molto meno degna di essere vissuta. Fukuyama, ad esempio, ha contestato la relazione tra allungamento della vita e miglioramento della sua qualità, sostenendo che una maggiore durata della vita potrebbe portare con sé una maggiore probabilità di avere una vita insopportabile e penosa: «la professione medica – afferma Fukuyama – è votata al principio che ogni cura in grado di sconfiggere la malattia e prolungare la vita sia per definizione qualcosa di positivo. La paura di morire è uno dei sentimenti più antichi e profondi dell'uomo, quindi la celebrazione di ogni avanzamento della tecnologia medica in grado di disporre la morte è comprensibile. Le persone però si preoccupano anche della qualità della loro vita, e non solo della sua durata; idealmente non si desidera solo vivere di più, ma – conclude Fukuyama – anche conservare le proprie facoltà il più a lungo possibile, in modo da non dover attraversare un periodo di invalidità prima di morire»<sup>58</sup>. Inoltre, nota sempre Fukuyama, un soggetto con una vita più lunga dovrebbe fare i conti anche con la perdita significativa, per un maggior numero di anni, della propria autonomia, in quanto con le malattie aumenterebbe la condizione di dipendenza. Il che significa, secondo Fukuyama, che c'è il pericolo concreto che la società che ricorre alle biotecnologie migliorative diventi simile a una grande casa di riposo con cittadini che devono essere affidati alle cure di altri per un terzo delle loro vite.

Appartengono, invece, al secondo gruppo di obiezioni quelle critiche rivolte all'immortalità che puntano l'attenzione sulle conseguenze sociali negative che essa avrebbe. Il timore in questo caso è che una società composta da individui immortali possa essere una società insostenibile, in quanto ci sarebbero richieste continue di assistenza sanitaria da parte di persone che, anno dopo anno, indipendentemente dall'immortalità, invecchierebbero e, quindi, perderebbero progressivamente le loro funzioni. Inoltre, è ragionevole supporre che una vita più lunga possa favorire tensioni sociali, in quanto il mecca-

nismo del ricambio generazionale sarebbe probabilmente bloccato. Per i più giovani, cioè, non sarebbe facile farsi strada verso posizioni importanti, in quanto i più anziani – che, possiamo immaginare, hanno avuto il tempo e l'occasione per arrivare a posti importanti – non avrebbero alcuna voglia di mettersi da parte. Finora, afferma Fukuyama, la durata breve della vita e la difficoltà di mantenere le stesse capacità nel tempo, al sopraggiungere dell'invecchiamento, non permetteva ad una generazione di esercitare un potere troppo forte nei confronti delle altre. La situazione cambia radicalmente nel momento in cui le persone potranno lavorare senza problemi anche a cent'anni o, con lo sviluppo biotecnologico, anche oltre. In questo caso, i giovani avranno sempre meno occasioni e possibilità per affermarsi e prendere il posto dei vecchi:

Nelle società più democratiche e/o più meritocratiche esistono meccanismi istituzionali che consentono la rimozione di capi, leader e amministratori delegati per raggiunti limiti d'età, ma i termini della questione non cambiano. Il problema fondamentale è il fatto che le persone che si trovano in cima a una gerarchia sociale di solito non vogliono perdere il proprio status, e spesso fanno uso della propria notevole influenza per proteggerlo. È difficile – sottolinea ancora Fukuyama – che qualcuno più giovane prenda l'iniziativa di rimuovere un leader, un capo, un campione dello sport, un professore o un membro del consiglio di amministrazione, almeno fino a quando l'età non ne abbia deteriorato notevolmente le capacità<sup>59</sup>.

Le conseguenze sarebbero catastrofiche per la società non soltanto per le gravi tensioni sociali, ma anche per il rallentamento economico e culturale che si avrebbe. Sono infatti i più giovani il motore del cambiamento, gli individui che possono mettere la società nella condizione di svilupparsi con nuove idee e nuove energie. Se il ricambio generazionale si ferma, si ferma anche il rinnovamento: «c'è un detto secondo il quale la disciplina economica progredisce funerale dopo funerale. Il che purtroppo è più vicino alla realtà di quanto molti sono disposti ad ammettere. La sopravvivenza di un 'paradigma' fondamentale (per esempio il pensiero keynesiano, o il liberalismo di Friedman), che in un determinato periodo storico influenza il modo di pensare della comunità scientifica e intellettuale, non dipende solo dalla sua verifica empirica, come a qualcuno piace pensare, ma anche dalla sopravvivenza dei suoi curatori»<sup>60</sup>.

C'è, infine, il timore che il pianeta non avrebbe le risorse sufficienti per sostenere una crescita demografica continua prodotta dall'assenza o dal rallentamento del ricambio generazionale e che l'aumento della popolazione potrebbe produrre a lungo termine conseguenze devastanti sugli equilibri ecologici e sulla sopravvivenza della specie umana che sarebbe destinata a fare i conti con una crisi ambientale senza precedenti.

A fronte di queste obiezioni, i sostenitori del potenziamento delle disposizioni e delle capacità sottolineano gli importanti benefici che deriverebbero da un allungamento anche significativo della vita prodotto dallo sviluppo scientifico e tecnologico. Le generazioni future non soltanto potrebbero essere risparmiate dalla sofferenza causata dall'invecchiamento, dalle malattie e dalla perdita dei propri cari, ma potrebbero anche apprezzare le cose belle della vita per un periodo molto più lungo<sup>61</sup>. Non ci sarebbero, poi, ragioni veramente convincenti per rifiutare questa forma di miglioramento. Coloro che difendono, infatti, una posizione di principio contro l'allungamento

della vita e dell'immortalità sarebbe vittime di un pregiudizio nei confronti della scienza e della tecnologia e di qualsiasi intervento di potenziamento umano, considerato da loro, *a priori*, incompatibile con la nostra umanità e benessere<sup>62</sup>.

Le loro critiche al potenziamento, inoltre, sarebbero fondate su premesse moralmente inaccettabili. Innanzitutto, peserebbe sulla loro diffidenza nei confronti delle tecnologie la convinzione che ciò che è naturale è sempre meglio di ciò che è artificiale e che, di conseguenza, qualsiasi intervento sulla natura sia destinato a peggiorare le cose. Non sarebbe facile, tuttavia, distinguere con precisione e oggettività cosa è naturale da ciò che non lo è, in quanto si tratterebbe di una questione filosofica complessa che si presta a risposte diverse, a seconda della prospettiva che si assume. Ad esempio, anche quello che facciamo ricorrendo alla tecnologia può essere considerato naturale, in quanto, come precisava David Hume, la stessa necessità che troviamo nella natura può essere scoperta anche nei comportamenti umani che, proprio per questa ragione, non sono affatto meno naturali dei processi che caratterizzano la natura: "dimentichiamo facilmente – afferma, al riguardo, David Hume – che i piani, i progetti e le opinioni degli uomini costituiscono dei principi tanto necessari nella loro azione quanto il caldo e il freddo, l'umido e il secco, ma siccome li consideriamo come liberi e del tutto in nostro potere siamo soliti contrapporli agli altri principi della natura"<sup>63</sup>.

Inoltre, una posizione che difende una superiorità morale della natura sulla tecnologia non tiene conto del fatto che ricorriamo quotidianamente a strumenti e prodotti che, anche ammesso che non siano naturali, permettono di avere una vita migliore. Non soltanto, cioè, una cosa può essere innaturale e, allo stesso tempo, buona, ma, oltre a questo, è ingenuo affermare che ciò che produce la natura sia sempre accettabile. Vengono, pertanto, ampiamente richiamate le parole di John Stuart Mill che scriveva che "il corso dei fenomeni naturali è zeppo di azioni le quali, quando vengono commesse dagli uomini risultano degli del massimo aborrimento" che "chiunque tentasse di imitare nel proprio modo di agire il corso naturale delle cose, sarebbe universalmente considerato o riconosciuto come il più malvagio degli uomini"<sup>64</sup>.

Indipendentemente, poi, dalla posizione che difendono in merito al valore morale della natura, ci sarebbe da parte dei critici del potenziamento umano la difficoltà di immaginare che i nuovi scenari che possono essere prodotti dalle tecnologie e dalla scienza possano essere veramente migliori, per gli esseri umani, della condizione attuale: è "difficile dimostrare l'irrazionalità o la predisposizione, ma nel suo complesso, l'evidenza che è stata accumulata in molti studi scrupolosi, nel corso degli ultimi decenni, è certamente indice di un diffuso pregiudizio a favore dello status quo"<sup>65</sup>. In altri termini, il rifiuto di qualsiasi forma di potenziamento sarebbe prodotto dalla difficoltà di fare i conti con gli scenari completamente nuovi che si stanno aprendo e, pertanto, sarebbe spiegabile con il sentimento di disorientamento suscitato dalla sorpresa che, come diceva ancora Hume, getta spesso l'animo in uno stato di agitazione.

A favore, poi, del potenziamento, anche nei termini di un allungamento della vita, i sostenitori dell'*enhancement* sottolineano la capacità degli esseri umani di adattarsi alle

nuove condizioni e la tendenza di costruire la loro umanità anche attraverso i cambiamenti che introducono non solo nel mondo ma anche nella natura umana. Non ci sarebbe, cioè, un'incompatibilità di principio tra natura umana e tecnologia, al contrario la nostra umanità si definirebbe, nelle sue potenzialità e caratteristiche, nella relazione con la tecnologia che contribuirebbe a modellare i suoi contorni. Per questa ragione, è legittimo interrogarsi su come potrebbe cambiare l'esistenza delle generazioni future nell'ipotesi di un allungamento della vita per via tecnologica ed è anche giusto affrontare le questioni di giustizia che potrebbero sorgere. Ma non c'è motivo di pensare che una diversa "condizione esistenziale" prodotta dalla possibilità di vivere per un periodo di tempo anche molto più lungo getterebbe chi verrà dopo di noi in una situazione incontrollabile e, ad ogni modo, indesiderabile. Per altro, si dovrebbe anche considerare che, insieme ad un allungamento della vita, lo sviluppo scientifico e tecnologico potrebbe permettere di intervenire e, di conseguenza, potenziare molte altre importanti caratteristiche e disposizioni umane con il risultato di rendere più facile la gestione di condizioni complesse.

In altri termini, coloro che rifiutano come moralmente accettabile l'allungamento della vita immaginano che questa forma di potenziamento sarebbe destinata a realizzarsi in una realtà non molto diversa da quella che attualmente viviamo. Motivo per cui temono che un eventuale allungamento della vita debba necessariamente non soltanto prolungare i periodi di sofferenza, di malattia e dipendenza dagli altri, ma anche condannare le persone lunghi anni di inattività e di noia. Tuttavia, si possono immaginare scenari diversi in cui l'allungamento della vita è accompagnato da miglioramenti importanti anche nelle disposizioni fisiche e intellettive che permettono alle persone di godere ancora, in maniera piena, della vita senza essere condannate a rinunciare al genere di attività che danno un senso all'esistenza<sup>66</sup>.

## Note

<sup>1</sup> V. Held, *Feminist Morality: Transforming the Culture, Society and Politics*, University of Chicago Press, Chicago, 1993, trad. it. *Etica femminista. Trasformazione della coscienza e famiglia post-patriarcale*, Feltrinelli, Milano, 1997, p. 126.

<sup>2</sup> V. Held, *Etica femminista*, op. cit., pp. 126-127.

<sup>3</sup> V. Held, *Etica femminista*, op. cit., p. 126. Questa tesi viene sostenuta anche da A. Cavarero, *Nonostante Platone. Figure femminili nella filosofia antica*, Ombre Corte, Verona, 2009, pp. 59-122 e da C. Botti, *Madri cattive. Una riflessione su bioetica e gravidanza*, Il Saggiatore, Milano, 2007.

<sup>4</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, Laterza, Roma-Bari, 2005, p. 47.

<sup>5</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, op. cit., p. 47.

<sup>6</sup> P. Singer, *Rethinking Life & Death*, Text Publishing Company, Melbourne, 1994, trad. it. *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, Il Saggiatore, Milano, 1996; R. Barcaro, *Eutanasia. Un problema paradigmatico della bioetica*, Franco Angeli, Roma, 1998; T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica bioetica*, Le Lettere, Firenze, 1999; Comitato Etico Fondazione Floriani, *Alla fine della vita. Casi e questioni etiche*, Guerini & Associati, Milano, 2002.

<sup>7</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, op. cit., p. 53; G. Fornero, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Mondadori, Milano, 2005; G. Fornero, *Laicità debole e laicità forte. Il contributo della bioetica al dibattito sulla laicità*, Mondadori, Milano, 2008; G. Fornero, M. Mori, *Laici e cattolici in bioetica: storia e teoria di un confronto*, Le Lettere, Firenze, 2012.

<sup>8</sup> D. Tettamanzi, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Piemme, Casale Monferrato, 1990.

- <sup>9</sup> F. D'Agostino, *Pena di morte e dignità della vita*, in L. Alici, F. D'Agostino, F. Santeusano (a cura di), *La dignità degli ultimi giorni*, San Paolo, Cinisello Balsamo, 1998, pp. 101-120, in particolare p. 120; si veda a questo riguardo anche E. Sgreccia, *Manuale di bioetica, Vol. I, Fondamenti ed etica medica*, Vita & Pensiero, Milano, 2007<sup>4</sup>, pp. 878-879.
- <sup>10</sup> M. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino, 2002.
- <sup>11</sup> F. D'Agostino, *Bioetica*, Giappichelli, Torino, 1996, p. 204: "Chi ha tanta serenità e lucidità da progettare la propria morte per mano altrui, dovrebbe pur averla per progettarla di mano propria (al limite attraverso il rifiuto delle terapie). E se il paziente rifiuta l'idea del suicidio perché non ne ha sufficiente coraggio, non significa ciò forse che viene meno proprio uno degli elementi tipici dell'ipotesi sopra formulata, quello della volontà forte e serena del paziente, una volontà da vero *esprit fort*? La realtà è che anche un'ipotesi del genere [...] si muove in un'atmosfera chiaroscurale, dominata dall'angoscia e dall'incertezza e tutt'altro illuministicamente univoca". Ma a questo riguardo si veda anche K. Amarasekara, M. Bagaric, "Moving from Voluntary Euthanasia to Non-Voluntary Euthanasia: Equality and Compassion", *Ratio Juris*, 17, 3, 2004, pp. 398-423, in particolare p. 410; L. Cornacchia, *Il dibattito giuridico-penale e l'eutanasia*, in G. Zanetti (a cura di), *Elementi di etica pratica. Argomenti normativi e spazi del diritto*, Carocci, Roma, 2003, pp. 195-208; C. Sunstein, "The Right to Die", *The Yale Law Journal*, 106, 4, 2007, pp. 1123-1163.
- <sup>12</sup> F. D'Agostino, *Bioetica*, op. cit. pp. 210-214: "L'appello alla libertà non risolve il problema del perché concreto di un suicidio, anzi questa necessaria ricerca del perché sembra comunque condurre al di là della libertà, in quell'ambito oscuro, in cui il soggetto più non riesce a padroneggiare se stesso e trova la propria personalità schiacciata da impulsi che la sovrastano, la dominano, la rendono schiava..." (pp. 211-212).
- <sup>13</sup> M. Aramini, *Eutanasia. Spunti per un dibattito*, Ancora, Milano, 2006, p. 117-118: "Proprio in uno stato avanzato della malattia il desiderio di morire rappresenta una comunicazione velata, che a un livello più profondo intende dire qualcosa di diverso dal significato diretto delle parole adoperate. [...] In un secondo momento simili desideri di morire sembrano un appello disperato a non essere lasciati soli nel difficile momento del trapasso. Dietro di essi si cela il desiderio di essere in quel frangente efficacemente aiutati, desiderio che un'interpretazione letterale della richiesta di eutanasia o addirittura il suo immediato appagamento potrebbero solo deludere"; M. De Hennenzenel, *La morte amica*, Rizzoli, Milano, 2003.
- <sup>14</sup> F. D'Agostino, *Bioetica*, op. cit.; si veda anche P. Binetti, *Il consenso informato. Relazione di cura tra umanizzazione della medicina e nuove tecnologie*, Magi Edizioni, Roma, 2010.
- <sup>15</sup> L. Savarino, *Bioetica cristiana e società secolare. Una lettura protestante delle questioni di fine vita*, Claudiana, Torino, 2013, p. 126: "Altrettanto condivisibile è la necessità di ridurre al minimo la richiesta di eutanasia, tramite assistenza pastorale e adeguate cure palliative. [...] Di fronte all'enorme progresso biomedico in corso, non sembra sufficiente sostenere che, nelle società occidentali, siamo di fronte a un'emergenza eutanasi, favorita da un uso smodato della libertà individuale che sconfinava nell'arbitrio". G. Zeppegno, *La vita e i suoi limiti. Questioni bioetiche*, Edizioni Cammilliane, Torino, 2011; M. Aramini, *Eutanasia. Spunti per un dibattito*, op. cit., p. 104: "Le indagini sul tema dimostrano che la maggior parte delle persone preferirebbero al suicidio medicalmente assistito cure palliative più adeguate e l'accesso ai servizi di un hospice, se queste forme di trattamento fossero generalmente disponibili. Invece, meno di un quinto dei pazienti malati terminali vi ha oggi accesso".
- <sup>16</sup> S. Amato, *Eutanasie*, Giappichelli, Torino, 2011; F. D'Agostino, *Bioetica e Biopolitica. Ventuno voci fondamentali*, Giappichelli, Torino, 2011, p. 225. Secondo D'Agostino, c'è il rischio che "sotto la figlia di fico del rispetto per una pretesa e supposta volontà sovrana, autonoma, informata del paziente, si lasci aperto il campo a pratiche mediche di abbandono dei pazienti marginali, cioè - ripeto - di persone impaurite, fragili, il più delle volte anziane, sole, angosciate da problemi economici, familiari, incerte del loro futuro, bisognose soprattutto di essere alieggiate dal peso di decisioni più grandi di loro, spesso in stato di confusione mentale, pronte a dar credito non al parere migliore, ma a quello prospettato loro da ultimo o comunque nel modo retoricamente convincente".
- <sup>17</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, op. cit., pp. 60-61; M. Mori, *Manuale di Bioetica*, Le Lettere, Firenze, 2010; P. Borsellino, *Bioetica tra "moralità" e diritto*, Raffaello Cortina, Milano, 2009, pp. 351-364; P. Borsellino, *Bioetica tra autonomia e diritto*, Zadig, Milano, 1999; U. Scarpelli, *Bioetica laica*, Dalai, Milano, 1998.
- <sup>18</sup> M. Mori, *Manuale di bioetica. Verso una civiltà biomedica secolarizzata*, Le Lettere, Firenze, 2010, pp. 332-352.
- <sup>19</sup> G. Maniaci, *Eutanasia e suicidio assistito*, in F. Poggi (a cura di), *Diritto e bioetica. Le questioni fondamentali*, Carocci, Roma, 2013, pp. 163-177, in particolare p. 176; J. Feinberg, *The Moral Limits of the Criminal Law: Harm to Self*, Oxford University Press, New York, 1986.
- <sup>20</sup> H. Küng, W. Jens, *Dying with Dignity. A Plea for Personal Responsibility*, New York, 1995, trad. it. *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*, Rizzoli, Milano, 1996.
- <sup>21</sup> Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, op. cit., p. 96.
- <sup>22</sup> S. Zullo, *L'aiuto a morire. Eutanasia e diritto nell'orizzonte della filosofia di Emmanuel Lévinas*, CLUEB, Bologna, 2006.
- <sup>23</sup> G. Maniaci, *Eutanasia e suicidio assistito*, op. cit., pp. 167-168.
- <sup>24</sup> Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, op. cit., p. 75.
- <sup>25</sup> Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, op. cit., p. 75.
- <sup>26</sup> S. Moratti, *L'eutanasia in Olanda tra etica e diritto*, Vicolo del Pavone, Piacenza, 2010, in particolare, p. 95.
- <sup>27</sup> F. D'Agostino, *Bioetica e biopolitica. Ventuno voci fondamentali*, op. cit., p. 227; M. Aramini, *Testamento biologico. Spunti per un dibattito*, Ancora, Milano, 2007.
- <sup>28</sup> A. Pessina, *Bioetica. L'uomo sperimentale*, Mondadori, Milano, 1999: "Il primo condizionamento è dato dalla difficoltà di conoscere adeguatamente le situazioni che viene prefigurata. Si tratta, in altre parole, del problema del consenso informato. Non è accessorio chiedersi fino a che punto il sottoscrittore di direttive anticipate comprenda il significato preciso delle condizioni cliniche in cui egli potrebbe trovarsi e sappia valutare il tipo di trattamento a cui si sottrae o no. Quando più le indicazioni sono precise e tanto meno sono accessibili al più vasto pubblico, e viceversa. Inoltre, ogni situazione clinica prevedibile resta per sua natura espressa in modo generico e non può tenere conto dei progressi della medicina o di fattori concomitanti non contemplati" (pp. 152-153).
- <sup>29</sup> F. D'Agostino, *Bioetica*, op. cit., p. 177.
- <sup>30</sup> A. Pessina, *Bioetica. L'uomo sperimentale*, op. cit. p. 153.
- <sup>31</sup> M. Mori, *Introduzione alla bioetica. 12 Temi per capire e discutere*, Edizioni Express, Torino, 2012, pp. 110-135; M. Mori, *Manuale di bioetica. Verso una civiltà secolarizzata*, op. cit., pp. 298-331; D. Neri (cura di), *Autodeterminazione e testamento biologico. Perché l'autodeterminazione valga su tutta la vita e anche dopo*, Le Lettere, Firenze, 2010. M. Warnock, E. Macdonald, *Easeful Death. Is There a Case for Assisted Dying?*, Oxford University Press, Oxford, 2008; P. Borsellino, *Bioetica tra moralità e diritto*, op. cit., pp. 137-174; C. Triolo, *Liberi di morire. Una fine dignitosa nel paese dei diritti negati*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2012, pp. 27-69.
- <sup>32</sup> M. Mori, *Il caso Eluana Englaro. La "porta pia" del vitalismo ipocratico ovvero perché è moralmente giusto sospendere ogni intervento*, Pendragon, Bologna, 2008.
- <sup>33</sup> D. Neri, *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Laterza, Roma-Bari, 1995, p. 52.
- <sup>34</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, op. cit., pp. 120-121.
- <sup>35</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, op. cit., p. 124.
- <sup>36</sup> P. Becchi, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, Morcelliana, Brescia, 2008; C.A. Defanti, *Soglie. Medicina e fine della vita*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007.
- <sup>37</sup> B. Morcavallo, *Morte e persona. Un dialogo fra etica medica, bioetica e riflessione morale*, Guida, Napoli, 1999, pp. 56-57.
- <sup>38</sup> Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School, "A Definition of Irreversible Coma", *JAMA*, 205, 1968, pp. 337-340.
- <sup>39</sup> J. McMahan, "An Alternative to Brain Death", *Journal of Law, Medicine & Ethics*, Spring 2006, pp. 44-48, in particolare p. 44. Si veda anche J. McMahan, *Brain Death, Cortical Death and Persistent Vegetative State*, in H. Kuhse, P. Singer (a cura di), *A Companion to Bioethics*, Blackwell, Oxford 1988, pp. 250-260; J. McMahan, "The Metaphysics of Brain", in *Bioethics*, 9, 2, 1995, pp. 91-126.
- <sup>40</sup> Questa giustificazione viene data ad esempio da D. Lamb, *Death, Brain Death and Ethics*, Croom Helm, London & Sidney, 1985, trad. it. *Il confine della vita. Morte cerebrale ed etica dei trapianti*, Il Mulino, Bologna, 1987; D. Lamb, *Therapy Abatement, Autonomy and Futility: Ethical Decisions at the Edge of Life*, Ashgate, Aldershot, 1995, trad. it. *L'etica alle frontiere della vita. Eutanasia e accanimento terapeutico*, Il Mulino, Bologna, 1998; L. Becker, "Human Being: The Boundaries of the Concept", *Philosophy and Public Affairs*, 4, 1975, pp. 334-59; J. Bernat, C. Culver, and B. Gert, "On the Definition and Criterion of Death", *Annals of Internal Medicine*, 94, 1981, pp. 389-94; D.A. Shewmon, "The Brain and Somatic Integration: Insights into the Standard Biological Rationale for Equating 'Brain Death with Death'", *Journal of Medicine and Philosophy*, 26, 2001, pp. 457-78.
- <sup>41</sup> Stabilire, comunque, se abbiamo davanti ancora un organismo oppure no è una questione complessa in quanto dipende sia «dalla nozione di

- individuo (o persona) adottata, sia dalla definizione di “organismo integrato”: F. Poggi, *Ubik. L'incerto confine tra vita e morte*, in Id. (a cura di), *Diritto e bioetica. Le questioni fondamentali*, op. cit., pp. 195-213, in particolare p. 213. A questo riguardo si vedano N. Tonti-Filippini, “Religious and Secular Death: A Parting of the Ways”, *Bioethics*, 26, 2012, pp. 410-421 e M. Balistreri, *Sul concetto di morte*, in P. De Nardis, S. Polverini, A. Sannella (a cura di), *Questione di vita o di morte. Bioetica, comunicazione biomedica e analisi sociale*, Guerini e Associati, Milano, 2004, pp. 93-102.
- <sup>42</sup> C.A. Defanti, *Vivo o morto? La storia della morte della medicina moderna*, Zadig, Milano, 1999, p. 103.
- <sup>43</sup> C. A. Defanti, *Vivo o morto?*, op. cit., p. 103.
- <sup>44</sup> J. McMahan, *An Alternative to Brain Death*, op. cit., p. 46.
- <sup>45</sup> McMahan precisa, comunque, che secondo lui la questione se noi siamo organismi non è una questione biologica e nemmeno una questione scientifica, ma una questione metafisica.
- <sup>46</sup> J. McMahan, *An Alternative to Brain Death*, op. cit. p. 47.
- <sup>47</sup> C.A. Defanti, *Vivo o morto?*, op. cit., p. 97.
- <sup>48</sup> P. Singer, *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, op. cit., p. 51.
- <sup>49</sup> R.M. Veatch, “The Impeding Collapse of the Whole-Brain Definition of Death”, *The Hastings Center Report*, 23, 4, 1993, pp. 18-24, in particolare p. 21.
- <sup>50</sup> P. Singer, *Ripensare la vita. La vecchia morale non serve più*, op. cit., pp. 66-67.
- <sup>51</sup> R.M. Veatch, “The Impeding Collapse of the Whole-Brain Definition of Death”, op. cit., p. 21; R.M. Veatch, “The Whole-Brain-Oriented Concept of Death: An Outmoded Philosophical Formulation”, *Journal of Thanatology*, 3, 1975, pp. 13-30; K. Gervais, *Redefining Death*, Yale University Press, New Haven, CT, 1986. Ma a questo riguardo si veda anche D. De Grazia, *Human Identity and Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge, 2005; D. DeGrazia, “Persons, Organisms, and Death: A Philosophical Critique of the Higher-Brain Approach”, *Southern Journal of Philosophy*, 37, 1999, pp. 419-40.
- <sup>52</sup> R. Kurzweil, *The Singularity is Near*, Viking, New-York, 2005, trad. it. *La Singolarità è vicina*, Apogeo, Milano, 2008; A. De Grey, M. Rae, *Ending Aging. The Rejuvenation Breakthroughs that Could Reverse Human Aging in Our Lifetime*, St. Martin's Griffin, New York, 2007; S. Knell, M. Weber (a cura di), *Länger leben?*, Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2009.
- <sup>53</sup> G. Brown, *The Living End. The Future of Death, Aging and Immortality*, Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2008, trad. it. *Una vita senza fine? Invecchiamento, morte, immortalità*, Cortina, Milano, 2009, p. 192; S. Sandel, *The Case Against Perfection. Ethics in the Age of Genetic Engineering*, Harvard University Press, Harvard, 2007, trad. it. *Contro la perfezione. L'etica nell'età dell'ingegneria genetica*, Vita & Pensiero, Milano, 2008; N. Agar, *Humanity's End. Why We Should Reject Radical Enhancement*, The Mit Press, Cambridge (MA), 2010.
- <sup>54</sup> L. Kass, “Ageless Bodies, Happy Souls: Biotechnology and the Pursuit of Perfection”, *The New Atlantis*, 1, 2003, pp. 9-28, in particolare p. 25.
- <sup>55</sup> L. Kass, *Life, Liberty and the Defense of Dignity: The Challenge for Bioethics*, Encounter Books, San Francisco, 2002, trad. it. *La sfida della bioetica. La vita, la libertà e la difesa della dignità umana*, Lindau, Torino, 2007, p. 76.
- <sup>56</sup> F. Fukuyama, *Our Posthuman Future: Consequences of the Biotechnology Revolution*, Farrar, Straus and Giroux, New York, 2002, trad. it. *L'uomo oltre l'uomo. Le conseguenze della rivoluzione biotecnologica*, Mondadori, Milano 2002, p. 64; D. Sisto, *Narrare la morte. Dal romanticismo al post-umano*, ETS, Pisa, 2013; D. Callahan, *False Hopes*, Simon & Schuster, New York, 1998; *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Baldini & Castoldi, Milano, 2000; D. Callahan, *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Georgetown University Press, Washington D.C., 1987.
- <sup>57</sup> B. Williams, *Il caso Macropulos: riflessioni sul tedio dell'immortalità*, in *Problemi dell'io*, Il Saggiatore, Milano 1990, pp. 101-124.
- <sup>58</sup> F. Fukuyama, *L'uomo oltre l'uomo*, op. cit., p. 95.
- <sup>59</sup> F. Fukuyama, *L'uomo oltre l'uomo*, op. cit., p. 63.
- <sup>60</sup> F. Fukuyama, *L'uomo oltre l'uomo*, op. cit. p. 94.
- <sup>61</sup> P. Singer, *Die Erforschung des Alterns und die Interessen gegenwärtiger Individuen, zukünftiger Individuen sowie der Spezies*, in S. Knell, M. Weber (a cura di), *Länger leben?*, op. cit., pp. 152-173; J. Harris, *Anmerkungen zur Unsterblichkeit. Die Ethik und Gerechtigkeit lebensverlängernder Therapien*, in S. Knell, M. Weber (a cura di), *Länger leben?*, op. cit., pp. 174-209.
- <sup>62</sup> M. Balistreri, *Superumani. Etica ed enhancement*, Edizioni Espress, Torino, 2011; J. Savulescu, *The Human Prejudice and the Moral Status of Enhanced Beings: What We Owe the Gods?*, in J. Savulescu, N. Bostrom (a cura di), *Human Enhancement*, Oxford University Press, Oxford, 2009, pp. 211-247.
- <sup>63</sup> D. Hume, *A Treatise of Human Nature*, a cura di D.F. Norton, Oxford University Press, Oxford, 2000, trad. it. *Trattato sulla natura umana*, Laterza, Roma-Bari, 1982, vol. 2, pp. 501-502.
- <sup>64</sup> J.S. Mill, *Three Essays on Religion. Nature, the Utility of Religion and Theism*, Longman, Green and co., London, 1885<sup>3</sup>, trad. it. *Saggi sulla religione*, Feltrinelli, Milano 1972, p. 52. Si vedano ad esempio, J. Harris, *Enhancing Evolution. The Ethical Case for Making Better People*, Princeton University Press, Princeton, 2007; J. Harris, “Intimations of Immortality”, *Science*, 288, 2000, p. 59; J. Savulescu, R. Meulen, G. Kahane (a cura di), *Understanding Human Enhancement*, Wiley-Blackwell 2011.
- <sup>65</sup> N. Bostrom, T. Ord, “The Reversal Test: Eliminating Status Quo Bias in Applied Ethics”, *Ethics*, 116, 2006, pp. 656-679; M. Balistreri, *Il futuro della riproduzione umana*, Fandango, Roma, 2016.
- <sup>66</sup> N. Bostrom, *Superintelligence. Paths, Dangers, Strategies*, Oxford University Press, Oxford, 2014.