
L'accertamento della morte e la sua storia

[Bernardino Fantini](#)

Il dibattito sui criteri da utilizzare per accertare la morte di una persona ha una storia antica ed è stato costantemente presente, soprattutto a causa del timore e talvolta del terrore di seppellire o cremare persone solo credute morte. Pratiche religiose e mediche nei diversi periodi hanno trovato soluzioni empiriche per allontanare simili dubbi. L'articolo ripercorre tale storia, mostrando come nel corso del tempo il terrore di essere sepolti vivi abbia lasciato il posto a quello di rimanere in uno stato di non-vita e di non-morte.

Introduzione

Il vivace dibattito in corso sui criteri per l'accertamento o determinazione della morte è legato principalmente a due ambiti, l'interruzione delle terapie intensive in caso di morte cerebrale e i trapianti di organi, temi che hanno una storia relativamente breve, non più lunga di alcuni decenni¹. Tuttavia, i dibattiti sull'accertamento della morte hanno una storia antica e sono stati presenti sin dalle prime origini della cultura e in tutte le civiltà, direttamente legati al rischio di inumazioni «precipitate», cioè al timore di seppellire o cremare persone solo credute morte. Un breve scritto, pubblicato anonimo nel 1790 da una «salonnière», Suzanne Curchod Necker² (1737-94), nel cui «salone letterario» si riunivano molti intellettuali parigini, tra i quali Buffon, Diderot e i fratelli Grimm, tratta un tema apparentemente lontano dai tipici argomenti salottieri settecenteschi: le inumazioni precipitate. Come ha ben mostrato Claudio Milanesi³, nel Settecento si è verificata una vera e propria esplosione dell'interesse per questo tema, provocato dalla diffusione in tutta la società di un vero e proprio terrore di essere sepolti vivi, che resterà molto vivo nell'Ottocento, dando origine a numerose opere letterarie. Solo nel Novecento, grazie in particolare alla messa a punto di tecniche tanatologiche efficaci e all'introduzione di legislazioni e regolamenti per evitare qualunque rischio di inumazione affrettata, il problema dell'accertamento della morte ha avuto un totale rovesciamento, passando dal terrore di essere sepolti vivi a quello di rimanere in uno stato di non-vita e di non-morte.

Una preoccupazione di lunga durata

Confrontato alla dura e inevitabile realtà della morte, sin dall'origine della coscienza, del pensiero e del linguaggio, l'uomo ha creato miti, cercato spiegazioni, elaborato rappresentazioni, praticato riti per superare il sentimento insopportabile della propria scomparsa, lenire il dolore della perdita, calmare l'angoscia dell'assenza, rafforzare la solidarietà di quanti restano in vita. La morte è presente nelle prime immagini dell'arte rupestre e le tracce di sepolture, certe, già dal Paleolitico, indicano la presa di coscienza della morte, con la sequela di angosce esistenziali e di timori, compreso il timore di non avere una «buona morte»⁴.

Alle classiche domande «che cos'è la vita?» e «che cos'è la morte?», per definire quali sono le loro proprietà e caratteristiche rispettive e come si possono distinguere, si può rispondere utilizzando criteri diversi: sociali, scientifici, filosofici, etici o religiosi. E in ogni risposta, sia essa espressa in un trattato, in una legge, in un poema, in un dipinto, in una sinfonia, in una teoria scientifica o nell'azione pratica di ogni giorno, si possono ritrovare in modi diversi i tentativi dell'uomo di dare un senso alla propria esistenza e le concrete iniziative che i singoli e le collettività prendono per modificare le proprie condizioni di vita e affrontare il drammatico momento della morte.

La ricerca del perché della morte si è accompagnata alla necessità del suo riconoscimento, alla

individuazione di criteri affidabili, sicuri per accertare che una persona fosse davvero morta.

L'esperienza indicava che talvolta la persona creduta morta, lo era solo apparentemente. I racconti di «morti tornati alla vita» o di «morti che visitano i viventi» sono molteplici e si ripetono attraverso la letteratura e la memoria collettiva in tutte le civiltà e in ogni periodo storico, rispecchiando un timore diffuso, dopo l'introduzione dei riti funebri di inumazione, di essere seppelliti vivi, terrore che supera anche quello della morte, tanto da spingere molti a chiedere per testamento la cremazione o il taglio delle vene, per eliminare ogni possibilità di «risveglio» nella tomba.

La morte, un concetto

La morte è un concetto⁵, è il risultato di un processo di astrazione a partire da un'evidenza empirica. La sua definizione è un atto squisitamente teorico, come lo è di conseguenza il suo accertamento.

La vita e la morte sono concetti fondamentali dell'esperienza umana, come il tempo, la forma, la costituzione della materia, la salute, la malattia, gli enti religiosi. Presenti e centrali nella conoscenza di senso comune, tutti questi concetti sono difficili da definire in modo esaustivo. Tutti pensiamo di sapere cosa significhi ognuno di questi concetti prima che qualcuno ci chieda di definirlo⁶.

La definizione e l'accertamento

Essendo entità concettuali, la definizione della morte e i criteri per il suo accertamento cambiano con il tempo, con l'evolversi delle conoscenze scientifiche e del contesto culturale e sociale. La morte non è un puro fatto che si può semplicemente «constatare». Si parla invece di accertamento e accertare significa «riconoscere come certo», eliminare l'incertezza, trasformare un'idea o un'ipotesi in un «fatto certo», eliminando ogni possibile fonte di errore.

Un accertamento comprende diverse componenti decisionali, legate fra loro ma distinte, ognuna delle quali soggetta all'errore:

- la definizione di morte;
- l'individuazione dei segni clinici che indicano che la morte è avvenuta (criteri generali per l'accertamento della morte);
- la messa a punto di strumenti e metodi per verificare la presenza di tali segni in un individuo particolare di cui si deve accertare e certificare la morte.

Ognuno di queste componenti ha uno specifico statuto epistemologico, dato che il definire è un processo teorico generale, astratto come lo è l'individuazione dei segni clinici, mentre, una volta accettata una data definizione di morte e un insieme di criteri e di segni, l'accertamento riguarda un individuo particolare, di cui si deve affermare la morte effettiva. E nel passaggio dal generale al particolare, come sempre in medicina, si deve tenere conto della variabilità individuale, della diversità dei processi patologici e della molteplicità dei contesti possibili.

Parlare di accertamento della morte richiama per assonanza il classico aforisma *Mors certa est*⁷. Questa frase classica si riferiva tuttavia non all'accertamento della morte, ma alla certezza che la morte è il destino di ogni vivente⁸, in un tempo più o meno lungo, mentre niente è più incerto del momento della morte. Il problema che ci interessa in questa sede è invece stabilire un legame causale fra avvenimenti o processi in atto e la morte che inevitabilmente ne seguirà.

Nel pensiero medico, sin dalle sue origini, i «segni della morte» si riferiscono in realtà a tre dimensioni epistemiche diverse, anche se costantemente legate fra loro: la prognosi di una morte inevitabile, l'accertamento della morte in atto, la constatazione della morte avvenuta. Gli obiettivi di ognuna di queste attività teoriche sono diversi, come diversi sono i segni da cercare e i metodi per trovarli.

Le grandi discontinuità

Nella nostra trattazione, possiamo distinguere chiaramente tre grandi periodi. Il primo periodo, lunghissimo, è quello che parte dall'antichità e arriva sino all'inizio dell'Ottocento. Il secondo coincide

con l'origine della medicina scientifica e la nascita della biologia, come «scienza del vivente», nell'Ottocento, mentre il terzo, l'attuale, inizia dopo la seconda guerra mondiale, con l'esplosione tecnologica in medicina, le terapie intensive, le tecniche di rianimazione, i trapianti.

La morte nella medicina antica

Per il medico classico l'accertamento della morte non è una diagnosi, ma è una prognosi che la morte avverrà inesorabilmente, in un tempo più o meno breve, l'affermazione che la morte del malato è inevitabile, a conclusione di un processo irreversibile. Il capitolo VI «*De indiciis mortis*» del secondo libro del *De medicina* di Celso è interamente dedicato a un lungo elenco dei segni prognostici (*signa*) della morte prossima, ma nulla dice sui criteri per accertare che la morte sia realmente avvenuta⁹.

L'accertamento della morte è considerato relativamente semplice, per il medico esperto, dato che i segni tradizionali, come il rigore cadaverico, il freddo del corpo, l'assenza di movimento e di sensibilità, l'arresto del cuore e della respirazione erano considerati segni sufficientemente certi della morte avvenuta.

La «*facies hippocratica*», che resta ancora nella clinica contemporanea, ad esempio come segno caratteristico e patognomico nei casi di peritonite molto avanzata, era per un medico classico il segno più evidente e più sicuro della prognosi di morte:

«naso affilato, occhi cavi, tempie infossate, orecchie fredde e contratte con i lobi rivolti in fuori, la pelle del viso rigida tesa e secca, il colore del viso tutto giallastro e nero. (...) Se poi (gli occhi) rifuggono dallo splendore della luce, o lacrimano involontariamente, o si distorcono, o l'uno diviene più piccolo dell'altro, se hanno il bianco arrossato e livido o vi compaiono venuzze nere e catarri attorno alla pupilla, se sono irrequieti o sporgenti o troppo infossati, se il colore del viso intero trasmuta, tutti questi segni van considerati negativi e funesti. Anche occorre osservare la parte dell'occhio visibile nel sonno: se tra le palpebre chiuse si intravede una zona del bianco (...) sfavorevole è il sintomo e del tutto mortale. Se poi, insieme con qualcuno degli altri sintomi, le palpebre o le labbra o il naso si incurvano o si illividiscono, bisogna sapere che il malato è prossimo a morte»¹⁰.

La «*facies hippocratica*» è il «segno clinico» che in passato segnalava al medico che era venuto il momento di ritirarsi. Nel momento in cui conclude che il processo della morte è ormai irreversibile, il medico esce di scena; il suo ruolo è diventato inutile e lascia il campo alla famiglia, ai religiosi, alle istituzioni. Il medico si astiene da qualsiasi atto, è impotente a lottare contro la morte, e si rifiuta anche di intervenire per abbreviare l'agonia con i mezzi della sua arte.

Ma i medici si resero conto che i segni della morte non erano certi e potevano trarre in inganno. Asclepiade di Bitinia, un medico greco vissuto a Roma a cavallo fra il secondo e il primo secolo avanti Cristo, rimase celebre nell'antichità, riporta Celso, per aver riconosciuto come viva una persona che un altro medico aveva dichiarato morta, episodio che spinge Celso ad affermare che non si possono imputare all'arte medica gli errori dei singoli praticanti. Si tratta comunque dell'indicazione che riconoscere e quindi accertare che la morte è avvenuta è un atto medico, che richiede competenza e una conoscenza specializzata, e non è patrimonio del senso comune.

La morte come percorso

La prognosi della morte riconosce che il morire, con l'eccezione degli incidenti, in cui la morte proviene dall'esterno, non è uno stato o un evento, ma il risultato di un processo, di un percorso che ha un tempo, una durata, di cui il medico può prevedere i diversi passi e l'esito finale.

L'idea di processo indica da una parte una continuità fra la vita e la morte e dall'altra implica sempre una «zona di frontiera», un luogo da traversare, che può essere più o meno ampio, da una sottile linea a una «zona di nessuno», per utilizzare una metafora tratta dalla geografia politica, nella quale una persona ha ormai abbandonato la vita ma non è ancora giunta nel «territorio della morte». Molti miti classici sono legati all'immagine del transito, del passaggio, del viaggio, come nel mito di Orfeo ed Euridice, in quello di Caronte e della sua barca, ricordo dei battelli della religione egizia.

Questo vocabolario risente dei tentativi che l'uomo ha sempre compiuto per credere che la morte non segni la fine assoluta della propria individualità, che esista una continuità, in altra forma, della propria esistenza. Anche il linguaggio risente di questa visione e il latino *perire* significa «passare attraverso», con l'idea che la morte non sia una cessazione ma una transizione. La morte è un *transitus*, è la vita che «esce» dal corpo per andare altrove, in un altro luogo, «al di là». Si parla da sempre dei «riti di passaggio» e ancora nel linguaggio medico contemporaneo si parla della morte come «*exitus*». La morte è un passaggio che può essere metaforicamente rappresentato da una soglia, cioè una linea di spessore infinitesimo che separa due mondi, ma anche da un percorso o da un tunnel, come nei racconti delle esperienze di pre-morte.

Anche per il pensiero razionale la morte è un passaggio, un percorso, un processo direzionale, con una soglia che separa nel tempo due diverse realtà ontologiche: l'essere vivente e il suo cadavere. In questo percorso si tratta di affermare con certezza assoluta che a un certo punto la vita è irrimediabilmente terminata, e che non c'è certezza di «ritorno» (un'altra metafora questa legata al «passaggio», alla «frontiera»).

L'unico criterio certo per la morte: l'attesa

Solo la putrefazione, indice della dissoluzione delle relazioni fra le parti elementari che compongono un organismo biologico, è indizio certo della morte. In tutte le rappresentazioni artistiche di cadaveri, come ad esempio nelle varie «Resurrezioni di Lazzaro», tutti i presenti si turano il naso. D'altra parte è proprio questo che si dice nel vangelo per affermare che Lazzaro è davvero morto: «Disse Gesù: "Togliete la pietra!". Gli rispose Marta, la sorella del morto: "Signore, già manda cattivo odore, poiché è di quattro giorni"» (*Vangelo secondo Giovanni*, 11, 39).

L'attesa è in questo caso il solo metodo per accertare la morte di un organismo. In tutte le civiltà i riti funebri e le leggi prevedono l'attesa di uno o più giorni, sia per motivi psicologici e sociali, al fine di permettere ai familiari e agli amici l'accettazione dell'evento terribile della scomparsa, ma anche come un metodo pratico per accertare che la morte sia davvero avvenuta. Per Platone (*Le leggi*, XII): «l'esposizione del morto in casa non deve essere più lunga del tempo necessario a distinguere con certezza chi è morto in apparenza da chi lo è realmente; considerando la natura umana, il giorno adatto per il trasporto del morto alla tomba è il terzo».

Nel periodo classico, se alcune religioni, come l'ebraismo, imponevano un rito funerario poco tempo dopo la morte, in molti altri casi era opinione corrente che si potesse e si dovesse attendere per essere certi della morte, anche più giorni, sino a una settimana, secondo i luoghi, la religione e le leggi. La durata dell'attesa era determinata dall'equilibrio fra la paura di lasciare troppo a lungo il morto fra i viventi e il terrore, la fobia di seppellire una persona ancora in vita. I rischi delle «inumazioni precipitate» abbondano infatti nella letteratura, nelle discussioni filosofiche ed etiche, come nei trattati di medicina. E durante questo periodo di attesa il cadavere viene esposto all'aria e sottoposto a prove di diversa natura, per cercare una qualsiasi risposta vitale. Fra i diversi riti funebri, molto importante era la *conclamatio*, durante la quale il defunto era più volte chiamato ad alta voce con il proprio nome, tradizione che resta nelle cerimonie funebri per il papa, quando il defunto viene per tre volte percosso sulla fronte con un apposito martello e chiamato con il suo nome di battesimo¹¹.

Nella letteratura si ripetono e si tramandano le storie di malati che «tornano a vivere» durante la cerimonia funebre¹². Questo fa parte dell'immaginario sin dai tempi più remoti, è una componente di miti molto diffusi nelle varie culture, con una serie di stereotipi conservati e trasmessi, con piccole e spesso significative variazioni attraverso i secoli, relativi in particolare al ritrovamento nelle tombe di cadaveri in posizioni tali da far pensare a estremi tentativi di aprire il sarcofago o di spostare la pietra tombale. Il numero di pubblicazioni, anche mediche, che riportano casi di morte apparente è assolutamente immenso¹³, anche se è sempre molto difficile distinguere i racconti mitici dalle constatazioni fattuali.

In epoca moderna, nella commedia di Molière *L'étourdi ou le Contre-Temps* (1653) questa tensione crea un dialogo fra un personaggio (Mascarille) che ha voluto rapidamente seppellire un defunto, «per paura che questo oggetto... mi facesse un brutto tiro» e l'altro (Anselme) che lo critica di non aver atteso almeno sino a sera, dato che: «chi presto seppellisce, spesso assassina / e chi è creduto defunto non ne ha che il semblante».

Il terrore di essere seppelliti vivi era molto presente nella mentalità popolare in Europa nell'epoca moderna, tanto da spingere molte persone a inserire nei loro testamenti indicazioni precise per evitare questo destino terribile, stabilendo un tempo minimo (in genere almeno due giorni) prima di procedere alla sepoltura e raccomandando di usare tutte le tecniche di stimolazione «con il ferro e con il fuoco». Dato che la maggior parte delle morti erano dovute a malattie infettive, la tendenza diffusa, soprattutto dopo terribili epidemie di peste e di vaiolo, era quella di seppellire il defunto il più presto possibile, il giorno stesso o al massimo l'indomani della morte. Durante le epidemie si manifestava la volontà, anche da parte dei responsabili della sanità pubblica, di spostare e isolare i cadaveri al più presto, per allontanare le fonti del contagio, il che soprattutto negli ospedali e nei lazzaretti, portava a sepolture estremamente rapide.

Nella medicina classica, la cessazione delle attività di uno solo degli organi considerati essenziali alla vita (cuore, cervello, polmoni) conduce irreversibilmente ai mutamenti putrefattivi dell'intero corpo. La morte di uno di questi organi viene quindi identificata con la morte dell'intero organismo, il che permette di procedere all'inumazione prima che i processi putrefattivi siano avanzati, diminuendo i connessi pericoli per l'igiene pubblica. Il dibattito millenario nella storia della medicina riguarda appunto l'affermazione che la morte di un organo (l'arresto della respirazione, l'arresto del battito cardiaco, la morte cerebrale) possa essere fatta coincidere con la morte della persona.

La nuova medicina che si sviluppa a partire dal XVI secolo, nell'epoca della rivoluzione scientifica, comincia a dare al tema dei «segni della morte», nel senso dei criteri clinici per accertare la morte avvenuta, un'importanza centrale. I trattati dedicati alla «morte apparente» e alla ricerca di segni certi per distinguere fra morte reale e apparente sono numerosi nel XVII secolo e conoscono molte riedizioni. Diverse tesi di medicina, in Francia come in Germania, si occupano di questo argomento. Una di queste tesi, sostenuta nel 1669 ebbe tre edizioni in poco tempo¹⁴ e un trattato in tre tomi sui «miracoli dei morti» pubblicato dal medico tedesco Christoph F. Garmann ebbe anch'esso diverse edizioni ed è stato recentemente ripubblicato¹⁵.

Le origini della medicina scientifica nel XVIII secolo e lo sviluppo di nuovi criteri per l'accertamento della morte

Il Settecento è un periodo di grandi trasformazioni sociali e culturali, nel quale si sviluppano dibattiti sulla vita e sulla morte molto vicini ai dibattiti attuali, con l'origine della medicina scientifica e della sanità pubblica, la presa di coscienza da parte della società e della cultura dell'importanza dei dibattiti intorno ai momenti fondamentali della vita umana, dalla nascita alla morte. La vita viene definita come il risultato di un'organizzazione, e richiede l'integrità del corpo nel suo insieme. Il corpo è un «organismo», una «*machine organique*»¹⁶ composta di parti che hanno una loro parziale autonomia, che possono continuare a vivere anche separate, a condizione di avere una sufficiente riserva di energia vitale. Le singole parti possono avere anche un'esistenza autonoma, ma la vita dell'insieme resta solo sino a quando l'integrità è mantenuta.

La famosa frase di Diderot «vivente, agisco e reagisco in massa... morto, agisco e reagisco in molecole»¹⁷, sottintende la definizione della morte come una rottura di una totalità. L'azione chimica, la «reazione» è presente anche nel cadavere, ma come carattere delle parti, delle «*molécules*»; solo il vivo è in grado di reagire «*en masse*», come una unità.

Buffon nella *Storia naturale dell'uomo*, con una magnifica immagine di ispirazione stoica, che toglie l'autonomia ontologica alla morte, la quale diviene solo un ultimo, e insignificante, momento della vita:

«Il corpo muore dunque poco a poco e per parti; il suo movimento diminuisce per gradi; la vita si spegne per sfumature successive, e la morte non è che il termine ultimo di questa serie di gradi, l'ultima sfumatura (*nuance*) della vita»¹⁸.

La vita è l'elemento determinante; non è la morte, personificata nei racconti tradizionali e nelle «danze della morte» medioevali, che arriva nel corpo, ma è la vita la sola protagonista, che esce, si estingue lentamente e scompare. Proprio perché si tratta di «*nuances*» spesso insensibili si ha l'incertezza dei segni della morte e Buffon si scaglia contro «l'abuso delle sepolture precipitate». Sarebbe

molto più umano non pressarsi a «abbandonare, seppellire e sotterrare i corpi»¹⁹.

Le nuove sensibilità e atteggiamenti teorici riguardo alla vita che si diffondono nel Settecento si accompagnano alle origini delle preoccupazioni per la sanità pubblica, con lo sviluppo di una specifica legislazione per evitare in particolare i rischi di contagio, l'approntamento di nuovi regolamenti, in particolare per le inumazioni e le cerimonie funebri. Questo è anche il risultato dei nuovi sviluppi in medicina clinica e l'inizio di una «medicalizzazione» dell'insieme della società e della vita individuale, che sostituisce lo sguardo e le pratiche mediche alle tradizioni e alle religioni. I segni della morte non cambiano e non cambiano i metodi per osservarli, ma si introduce una nuova metodica per cercare attivamente, per provocare tali segni. Ai metodi empirici e tradizionali si cerca di sostituire procedure rigorose, in particolare atti chirurgici, tali da produrre evidenze, prove incontrovertibili della morte avvenuta.

Si cerca di rispondere alle inquietudini, in alcuni casi anche al vero e proprio terrore di essere «seppelliti vivi». Molte richieste di cremazione, divenuta frequente in questo periodo, erano dovute alla paura di essere seppelliti vivi. Un esempio celebre di questo atteggiamento è quello del colonnello Henry Laurens, membro dello staff militare di George Washington e primo Presidente del Congresso degli Stati Uniti, eletto il primo novembre 1777. Alla sua morte, secondo la sua volontà, fu cremato, il primo caso di cremazione negli Stati Uniti. Egli era stato infatti sconvolto dalla apparente «resurrezione» della figlia, ammalata di vaiolo, mentre stava per essere seppellita²⁰.

Il tema della morte apparente appassiona i salotti letterari, infuoca le discussioni nelle Accademie delle scienze e in quelle di medicina, molte petizioni e discussioni vengono presentate nei parlamenti e alle autorità locali, con pressanti richieste di creare sale mortuarie e obitori nei quali far restare «in osservazione» i cadaveri per alcuni giorni, cercando di determinare a chi dovesse essere attribuita la responsabilità di decidere se procedere all'inumazione.

Un gran numero di testi medici e politici viene pubblicato proprio su questi temi nei vari paesi europei nella seconda metà del Settecento²¹. Uno dei casi editoriali più rilevanti è costituito dalla pubblicazione della tesi di dottorato (una *Questio medico-chirurgica*, come si usava a quel tempo) sostenuta nel 1740 alla Facoltà di Medicina di Parigi da un anatomista e chirurgo di origine danese, Jacques-Bénigne Winslow (1669-1760), sul tema *An mortis incertae signa minus incerta a Chirurgicis, quam ab aliis experimentis?* (Sono i segni della morte prodotti dalla chirurgia meno incerti di quelli ottenuti con altri metodi?), tesi ripresa nella versione originale latina, tradotta, commentata e soprattutto molto estesa da Jean-Jacques Bruhier²². In un trattato successivo, pubblicato nel 1752, Winslow già a cominciare dal titolo rende ancora più manifesta la drammaticità del problema dell'inumazione (o della dissezione) di una persona solo creduta morta e della necessità per il sapere medico di acquisire segni più certi per decidere «se una persona malata è ancora viva o è morta»²³.

Già nelle prime frasi della *Questio* Winslow ripropone la questione nella sua forma classica: «la morte è certa, e la morte è incerta. È certa perché ognuno sa che deve morire, ma talvolta è incerto se si è morti». Winslow e Bruhier discutono i segni tradizionali più utilizzati, il pallore del viso, il corpo freddo, la rigidità degli arti, l'abolizione di ogni movimento spontaneo, l'assenza del battito cardiaco, del polso e della respirazione, la mancanza di ogni tipo di sensibilità. Ma anche in questo caso si può essere indotti in errore, perché le pulsazioni possono essere talmente piccole da essere impercettibili.

Erano stati da sempre usati irritanti e stimolanti, gli stessi usati nella pratica domestica per gli svenimenti, come l'ammoniaca, l'aceto, il sale, il tabacco, da inserire nei vari orifizi del corpo. Si ricorre quindi a una lunga serie di stimolazioni attive, anche violente, usate da tempo memorabile, in modo da suscitare la reazione da parte dell'organismo: inserire nelle narici sostanze urticanti e irritanti o una piuma, frizionare le gengive, strofinare la pelle, urlare, tirare le braccia o le gambe, colpire sulle palme dei piedi o sulle mani. Si erano usate l'ortica, la puntura con aghi, l'olio bollente, la cera fusa, la cauterizzazione con il fuoco di parti sensibili del corpo, come la pianta dei piedi e il collo. Ma anche l'assenza di ogni reazione a tali gesti non può essere presa come una prova assolutamente certa dell'avvenuto decesso. Per i medici questi metodi empirici sono di valore nullo, perché negli stati di morte apparente la sensibilità può egualmente essere totalmente assente, e l'uso «del ferro e del fuoco» può anche apportare danni gravissimi a una persona solo creduta morta.

Si può quindi fare ricorso, suggerisce Winslow, alle tecniche della chirurgia moderna, ad esempio incidendo le arterie o le vene. Se, come dimostrato da William Harvey, la continua circolazione del

sangue è condizione della vita di un organismo, l'incisione di una vena o di un'arteria deve avere come conseguenza la fuoriuscita di sangue. Se ciò non avviene l'organismo è certamente morto. Si utilizza quindi la flebotomia come metodo diagnostico della morte avvenuta. Egualmente si possono utilizzare le tecniche di scarificazione, dato che la pelle reagisce in modo differente su un organismo vivente o su un cadavere. Ma questi, notano Winslow e Bruhier, sono «segni molto equivoci», dato che possono essere ritrovati in molti casi di malattie, sia individualmente che collettivamente, in particolare l'apoplessia, la sincope, il soffocamento e soprattutto l'annegamento, uno dei «luoghi topici» della morte apparente da molti secoli. Nessuna delle prove empiriche può quindi essere considerata come assolutamente certa e solo il loro insieme, interpretato da medici competenti, può produrre la certezza della diagnosi di morte.

Il chirurgo Antoine Louis in un trattato del 1752 vuole recuperare la credibilità dei medici e «rassicurare i cittadini sulla paura di essere seppelliti vivi», discutendo in profondità tutti i criteri e i metodi già utilizzati per accertare la morte e introducendone di nuovi, alcuni dei quali radicali²⁴. Louis non nega che errori e sepolture affrettate ci siano stati nel passato, ma li attribuisce al fatto che le decisioni erano prese da persone incapaci di comprendere e valutare correttamente i segni della morte, proponendo quindi, come d'altra parte aveva fatto Bruhier, di affidare questa responsabilità a medici o ufficiali sanitari ben preparati.

L'idea che le prove mediche tradizionali della morte abbiano dei limiti severi e che la putrefazione resti il solo segno certo viene ripresa da François Thiéry nel 1787 con un invito alla cautela e a un'analisi più attenta dei processi che portano alla morte²⁵. Il momento in cui un corpo non respira più o il cui cuore si sia arrestato non può essere considerato con certezza la morte, ma solo uno «stato di morte» (*état de mort*), che è composto da tre stati intermedi, osservabili nella clinica e qualitativamente distinti: la «morte reale», che può già essere presente, ma di cui non si ha alcuna certezza, la «morte apparente», da cui si può talvolta tornare, e infine la terza, costituita da un «fondo di vita ridotta al suo grado minimo», di conseguenza insensibile, fondo che sussiste dopo la fine dell'agonia, e che «si distrugge poco a poco, sino a che la morte sia interamente compiuta. Chiamiamo intermedio questo tempo o questo spazio che deve percorrere la vitalità, dalla fine della vita evidente, o dell'agonia, sino alla vera morte».

La «morte intermedia» è una fase indispensabile del passaggio dalla vita alla morte, durante la quale il morente passa da una vita insensibile alla morte assoluta, raggiungendo, come scrive Thiéry, «lo stato di cadavere». La permanenza di «cenni di vitalità» in questa fase non comporta la possibilità di un ritorno alla vita, ma si tratta solo della sottolineatura che la morte è un processo, divenuto irreversibile e ormai inevitabile.

La stessa tripartizione degli «stati della morte» è ripresa pochi anni dopo dal già citato scritto di Suzanne Curchod Necker, la quale, dopo aver ripercorso brevemente alcuni sviluppi storici e riassunto i principali metodi utilizzati per individuare i segni della morte, invita a una grande prudenza nell'affermare la cessazione della vita, dato che «la cessazione del movimento e l'impassibilità totale sono solo una morte esteriore, e si è colpevoli di omicidio, se si seppellisce il corpo prima di essersi assicurati che la morte interna e completa sia assolutamente consumata. I nostri terribili usi sembrano tuttavia propri a causare o accelerare la morte interiore»²⁶.

La morte è vista come un processo graduale, con tre stadi intermedi, una serie di «passi» che devono essere compiuti prima di arrivare alla morte «completa»:

«La morte iniziata viene chiamata agonia. La morte apparente è uno stato vitale nascosto e insensibile, che succede all'agonia, e non è raro che da esso si torni. La morte interamente compiuta è lo stato di cadavere. Ciò che viene chiamato la morte nelle prime ore è la vita ridotta al minimo grado possibile; è il penultimo passo che deve percorrere la vita interiore; è infine uno stato intermedio fra la morte iniziata e la morte completa, e nessuno sa quale sarà la durata di questo stato intermedio».

Alla fine del breve saggio, Mme Necker propone un «regolamento popolare» in tredici punti, per evitare il «barbaro errore che confonde la morte iniziata con la morte completa», come base per futuri regolamenti pubblici per l'accertamento della morte, in cui si suggerisce, oltre al ruolo di medici autorizzati a certificare la morte e di «commissari di igiene pubblica», anche l'approntamento in tutte le strutture sanitarie pubbliche e nei municipi di un luogo speciale, riservato e sorvegliato, una «camera mortuaria» in cui lasciare la persona deceduta sino alla comparsa dei primi segni di putrefazione, isolata

per eliminare il rischio della diffusione di «miasmi» contagiosi.

La proposta di costruire luoghi appositi per l'attesa dopo la morte fu avanzata anche da Giovanni Targioni Tozzetti²⁷ (1712-1783) in alcune relazioni sulle condizioni igieniche nella Toscana del Settecento, contenenti delle proposte per i cimiteri e i regolamenti per le sepolture, e fu messa in pratica con relativa rapidità in tutti i paesi europei. Già nel 1794, a Weimar, Christopher Wilhelm Hufeland, un medico tedesco amico di Immanuel Kant, che aveva già trattato il tema della definizione della morte²⁸ ed era autore di un celebre trattato sull'arte di prolungare la vita umana²⁹, crea, grazie a una sottoscrizione pubblica e sulla base di un progetto personale, un *vitae dubiae asylum* (asilo della vita dubbia), con ambienti riscaldati e illuminati e con la presenza continua di un sorvegliante³⁰.

L'origine della biologia e della medicina scientifica

Per la biologia il problema di fondo consiste nel separare la vita dalla non vita, distinguendo nell'insieme degli oggetti naturali un sottoinsieme di sistemi organizzati (gli «organismi») dotati di caratteristiche specifiche non presenti negli oggetti naturali appartenenti esclusivamente al dominio della fisica e della chimica. In questo nuovo contesto teorico, la morte entra a far parte direttamente della definizione di vita. Gli esseri viventi, scrive Lamarck, «hanno la facoltà di nutrirsi, di svilupparsi, di riprodursi, e sono necessariamente assoggettati alla morte»³¹.

In medicina il punto di passaggio fra i due «mondi scientifici» si può ritrovare nell'opera di Xavier Bichat (1771-1802), che da un lato resta legato al vitalismo medico settecentesco e dall'altro apre la strada alle due tendenze fondamentali della medicina dell'Ottocento, la ricerca fisiologica e la clinica fondata sull'osservazione e sull'anatomia patologica. Bichat sembra riprendere i due concetti tradizionali di vita e di morte, considerati una coppia di opposti perfetti, i poli, che si definiscono a vicenda, di una dicotomia, come nella sua definizione, divenuta classica: «La vita è l'insieme delle funzioni che resistono alla morte»³². In realtà non si tratta di una coppia perfetta, dato che vita e morte, per Bichat, appartengono a due realtà distinte, separate, e l'opposizione vita/morte è puramente figurativa, metaforica. Gli oggetti biologici o «viventi» sono per l'appunto caratterizzati esclusivamente dalla vita, che «resiste» all'azione distruttrice delle forze inorganiche.

Ma quali sono i meccanismi con cui un organismo vivente muore, abbandonandosi all'azione delle forze fisiche e chimiche? E quali sono i segni con cui tali fenomeni possono essere riconosciuti? Bichat riprende i tre tradizionali *atria mortis*, i luoghi di ingresso della morte, il cuore, i polmoni e il cervello:

«Quando uno di essi cessa interamente di agire, gli altri non potrebbero continuare ad essere in attività; e dato che questi sono i tre centri dove vengono a terminare tutti i fenomeni secondari delle due vite, tali fenomeni si interrompono inevitabilmente anch'essi, e ne consegue la morte generale... Ogni specie di morte comincia in effetti con l'interruzione della circolazione, della respirazione o dell'azione del cervello. Quando una qualsiasi causa non permette al cervello, al cuore o al polmone di esercitare le sue funzioni; quando uno di questi organi essenziali è morto, presto gli altri due muoiono a loro volta, e la morte diviene infine generale. Questi organi sono uniti così intimamente, che non si può sempre determinare con precisione quale di loro ha per primo cessato di essere»³³.

I tre organi non sono tuttavia equivalenti, dato che il cervello è in una posizione privilegiata, in quanto responsabile della «vita di relazione», specifica per Bichat solo degli animali. Per conoscere il modo in cui la «cessazione di attività» delle funzioni vitali si realizza, occorre sviluppare, appunto, delle «ricerche fisiologiche sulla vita e sulla morte», come indica il titolo del testo di Bichat. Tuttavia, le conoscenze acquisite sull'animale vivente non sono sufficienti per farci comprendere i fenomeni caratteristici di un animale che muore. «Sarebbe necessario, per questo, sapere cosa è questo stato intermedio fra la salute e la morte»³⁴. Di qui la grande incertezza dei segni della morte.

Si può definire la morte come la cessazione di fenomeni specifici alla vita, ma tale definizione non è univoca e operativa, dato che in un animale morto, come mostra l'osservazione fisiologica, gli organi continuano a essere la sede di vari fenomeni, come decomposizione e formazione di nuovi aggregati molecolari, diffusione di liquidi, cristallizzazioni, anche crescita di alcuni organi, come le unghie o i capelli: «Ecco un insieme di fenomeni che si producono durante un tempo limitato in un essere

organizzato, e tuttavia non vi è qui la vita»³⁵.

La vita si separa dalla morte e i due concetti possono essere definiti indipendentemente. La morte diventa uno «stato ambiguo» del vivente, dai confini incerti, un processo che ha una durata non definita e in cui è difficile ritrovare un «punto di non ritorno», una reversibilità impossibile. La vita e la morte non sono due poli opposti, dato che si può passare dall'uno all'altro gradualmente, esattamente come gradualmente si può passare dalla salute alla malattia, e dalla malattia alla salute. Si tratta in entrambi i casi di un processo. La semplice opposizione fra «vita» e «morte», come quella fra salute e malattia, è per Claude Bernard, una «anticaglia medica»:

«Queste idee di lotta fra due agenti opposti, di antagonismo tra la vita e la morte, fra la salute e la malattia, la materia bruta e la natura animata hanno fatto il loro tempo. Occorre riconoscere dappertutto la continuità dei fenomeni, la loro gradazione insensibile e la loro armonia»³⁶.

Nella struttura a più livelli di un organismo non esiste una corrispondenza univoca fra il tutto e le parti: certi organi possono morire prima dell'organismo di cui fanno parte e viceversa, paradossalmente, l'organismo muore prima della maggior parte dei suoi organi. C'è dunque una strutturazione spazio-temporale della morte che comporta l'esistenza di livelli gerarchici e l'idea di diverse «tappe» della morte. L'antica unità della morte, intesa come un momento preciso di trapasso, viene ormai interpretata come una disintegrazione di un individuo che si realizza a più livelli. La morte è un insieme di eventi che si distribuiscono nel tempo e nello spazio dell'organismo, di «piccole morti» che si succedono e si associano, sino alla totale scomparsa.

L'applicazione delle «nuove tecnologie»

Le ricerche fisiologiche utilizzano tutte le risorse della scienza per cercare di trovare i segni certi della morte e le tecnologie allora di punta divengono - ed è una storia che si ripete - il criterio più decisivo. Nel primo Ottocento questo ruolo è svolto dalle applicazioni dell'elettricità, il galvanismo e il faradismo, che sembrano le più adatte a stimolare le funzioni fondamentali dell'organismo.

Tutte le nuove tecniche e i nuovi strumenti possono essere applicati alla diagnosi della morte, come lo sono per la diagnosi delle malattie. L'invenzione dell'oftalmoscopio da parte di Charles Babbage nel 1847 e indipendentemente da Herman von Helmholtz nel 1851 produce un'onda di pubblicazioni sull'uso di questo nuovo strumento per l'accertamento della morte. L'uso dell'osservazione del fondo dell'occhio per l'accertamento della morte è stato successivamente studiato a più riprese, sino alla metà del ventesimo secolo, come un indice chiaro della mancanza di circolazione sanguigna negli occhi e quindi nel cervello, successiva all'arresto cardiaco.

Alla fine dell'Ottocento altre tecniche di indagine vengono ad arricchire lo strumentario per l'accertamento della morte. Grazie a uno strumento detto «elettrometro capillare», per misurare la differenza di potenziale elettrico, introdotto da Gabriel Lippman (1845-1921), Augustus Waller (1856-1922), partendo dall'idea che il cuore genera attività elettrica ed è circondato da tessuti conduttori, riesce a registrare sulla cute i potenziali elettrici prodotti dal cuore, ottenendo il primo tracciato da elettrocardiogramma (ECG), rappresentato come deflessione della linea di registrazione. Le prime applicazioni cliniche si ebbero nel 1911, ma i segnali ottenuti erano difficili da registrare e interpretare, sino all'introduzione da parte di Willem Einthoven (1860-1927) di un galvanometro molto più preciso, messo a punto già nel 1903 e utilizzato per costruire strumenti telegrafici. Einthoven produce una macchina capace di registrare l'attività del cuore tramite 12 elettrodi applicati su torace, polsi e caviglie, assegna le lettere P, Q, R, S e T alle varie onde e descrive i tracciati elettrocardiografici di molte malattie cardiovascolari, un insieme di innovazioni che gli valse il Premio Nobel per la medicina nel 1924³⁷. I primi elettrocardiografi ovviamente erano molto rudimentali e ingombranti, ma rapidamente l'elettrocardiogramma diventò lo strumento principale per l'accertamento della morte, ponendo di nuovo l'arresto del battito cardiaco come criterio determinante.

Per tutta la seconda metà dell'Ottocento le pubblicazioni scientifiche sull'accertamento della morte continuano a essere edite a un ritmo notevole ma al tempo la paura di essere sepolti vivi si diffonde nel pubblico. Molto successo hanno vari testi di divulgazione, mentre il tema dei «sepolti vivi» diviene anche un topos tipico della «letteratura gotica»³⁸. Uno dei temi centrali di vari racconti di Edgar Allan Poe è il terrore di essere seppelliti vivi. *Il pozzo e il pendolo* può essere interpretato come un racconto simbolico di un caso di morte apparente e di conseguente inumazione prematura. Temi analoghi si trovano in *La caduta di Casa Usher* e nel breve racconto *La botte di Amontillado*, entrambi scritti verso il 1840. Nel 1844 Poe scrive anche un racconto dall'esplicito titolo *La sepoltura prematura*, contenuto nella raccolta *Racconti del terrore* (1850), con alcuni esempi di sepoltura di persone ancora in vita, credute morte a causa di un prolungato stato di coma o catalessi.

Il terrore e l'angoscia, causa e al tempo stesso risultato della diffusione di questo tipo di letteratura, portarono al successo anche commerciale di speciali bare provviste di «apparati di sicurezza» di ogni tipo per evitare di essere sepolti vivi. Uno dei primi marchingegni di questo tipo era stato proposto alla fine del Settecento da un religioso tedesco, B.G. Pessler, con una bara in cui era praticato un foro attraversato da una corda, che veniva legata al braccio del morto e collegata a una campanella, il cui suono avrebbe segnalato ogni movimento all'interno della bara³⁹. Ma si segnalano molti casi di «falsi positivi», dato che, come avevano mostrato gli anatomo-patologi, dopo la morte il corpo subisce profonde trasformazioni e il processo di putrefazione produce movimenti degli arti, che possono scivolare e spostarsi, tirando quindi la corda e provocando un «falso allarme», che ovviamente non poteva non essere seguito da scene di panico e di paura del «ritorno del morto». Le «bare di sicurezza» ottennero molto successo e divennero anche oggetto di operazioni commerciali importanti, dato il loro costo notevolmente più elevato, con vaste campagne pubblicitarie sui quotidiani e sui settimanali a larga diffusione, con il risultato di aumentare notevolmente le preoccupazioni sociali per la «morte apparente».

La spinta a evitare fenomeni di panico e a dare «certezze» nelle procedure di inumazioni viene recepita in molte legislazioni sanitarie e in molti regolamenti di polizia a partire dagli anni Ottanta del XIX secolo, dove si introducono istruzioni precise sui criteri di accertamento della morte e soprattutto si identifica il personale autorizzato a rilasciare i certificati di morte e permettere quindi l'inumazione o la cremazione.

A cavallo fra Ottocento e Novecento diversi testi cercano di fare il punto della questione dei criteri per l'accertamento della morte e fornire in questo modo un insieme organico di conoscenze scientifiche e cliniche ai responsabili della sanità pubblica. Nel 1895 Paul Brouardel, professore di medicina legale alla Sorbona, in una serie di lezioni di medicina legale, raccolte in volume con il titolo *La morte e la morte improvvisa*⁴⁰, tradotto in inglese solo due anni dopo, dedica tutta la prima parte del libro ai «segni della morte», iniziando con una discussione «sull'incertezza dei segni della morte», considerandone in particolare sei: l'insensibilità, l'immobilità, l'assenza di respirazione, l'arresto della circolazione sanguigna, la lividezza cadaverica, la temperatura post-mortem.

Dopo aver discusso tutti i metodi utilizzati in medicina per accertare uno o l'altro di questi segni, compresi i metodi più cruenti, considerati più pericolosi che risolutivi⁴¹, e alcuni degli strumenti disponibili per misurare i «gradi della morte» (necrometro, tanatometro), Brouardel conclude:

«Quali sono le conclusioni da trarre da questa esposizione? Ci sono molti segni eccellenti che permettono ad un medico di dire "quest'uomo è realmente morto", ma se c'è il minimo dubbio, egli deve applicare le diverse prove che abbiamo passato in rivista e se necessario attendere e non pronunciarsi sino a quando non ha una certezza assoluta. (...) È necessario, da tutti i punti di vista, affidare la cura di giudicare se una persona è morta o no, ad un medico, il solo capace di interpretare il valore dei segni e fare, come farebbe per una malattia, una vera diagnosi».

La conclusione di tutte le analisi è che l'insieme dei segni della morte ci dà la certezza pressoché assoluta della morte «solo se siamo medici, se abbiamo riflettuto alla questione, e si fa una diagnosi che non abbiamo imparato a fare e che non si pratica negli ospedali. Ma io credo sia bene restare in un dubbio filosofico».

In Italia, un libro con gli stessi temi della pubblicazione di Brouardel viene pubblicato da Dell'Acqua⁴² nella classica serie dei Manuali, che ha conosciuto quattro edizioni e fu immediatamente

recensito dal *Journal of American Medical Association*. Anche questo testo si inserisce nella tendenza generale che attribuisce al medico, divenuto nel frattempo «ufficiale sanitario» a tutti gli effetti e solo responsabile delle decisioni relative alle malattie e alla morte, la responsabilità esclusiva di accertare la morte, che viene inserita in tutte le leggi di sanità pubblica e nei «regolamenti di polizia sanitaria».

Nei paesi di lingua inglese uno «stato della questione» all'inizio del Novecento intorno alla morte apparente e ai «segni certi» del decesso si può trovare in un libro che ebbe un grande successo. Si tratta della seconda edizione curata da Walter R. Hadwen di un testo sulle «sepulture premature» che era stato pubblicato da William Tebb e Edward Perry Vollum⁴³. Questo libro, ripubblicato nel 2009 e diffuso anche sul web in forma digitale dalla Microsoft Corporation, passa in rassegna dettagliatamente tutta la letteratura esistente dalla fine del Settecento. Gli autori avevano fondato a Londra una *Associazione per la prevenzione della sepoltura prematura* e sviluppato una grande attività pubblica in favore di nuovi regolamenti di polizia mortuaria, in modo da acquisire la certezza assoluta che tutti coloro che venivano inumati o cremati erano effettivamente morti. Alla sua morte nel 1917 Tebb chiese esplicitamente di essere cremato solo dopo che «evidenti segni di decomposizione» si fossero presentati, e in effetti fu cremato una settimana dopo la sua morte.

Sia Hadwen che Tebb erano esponenti importanti del movimento contro la vaccinazione antivaiolosa, che era molto forte in Inghilterra alla fine dell'Ottocento, sostenuto soprattutto dalla *Società londinese contro la vaccinazione obbligatoria*, cofondata nel 1880 da William Tebb, le cui iniziative avevano ottenuto dal governo inglese la realizzazione di una accurata inchiesta sull'efficacia della vaccinazione e avevano fatto accettare l'obiezione di coscienza da parte dei medici che non volevano applicare la vaccinazione obbligatoria. La campagna contro le inumazioni precipitose faceva parte quindi di un atteggiamento largamente negativo contro le tecniche mediche considerate «non naturali».

Gli sviluppi nella prima metà del Novecento

Il dibattito sulla «morte apparente» continuerà negli stessi termini per tutta la prima metà del ventesimo secolo. Nei trattati di patologia e di medicina legale si arriva, con molte difficoltà, a una certezza ritenuta assoluta: dopo un'attesa di almeno 48 ore, occorre - con osservazioni ripetute più volte a qualche ora di intervallo - confermare, oltre all'arresto cardiaco, la rigidità cadaverica, una temperatura corporea al di sotto di 24°C e la presenza di macchie verdastre nelle pareti addominali.

L'accertamento della morte continua a essere in realtà una diagnosi. È sempre l'insieme di molti segni diversi che dà al medico la certezza della morte di un malato, mentre nessun segno singolo potrà essere considerato certo, data la possibilità che le manifestazioni vitali a esso associate siano insensibili e difficilmente osservabili, anche da un medico esperto. In sostanza, una persona sarà considerata morta quando uno o più medici, sulla base dei diversi segni disponibili, la dichiareranno morta.

In Italia il testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto il 27 luglio 1934, lascia al «medico necroscopo» il compito di accertare la morte, eventualmente con l'utilizzazione di strumenti (elettrocardiogramma) e impone un tempo minimo di 24 ore dalla morte prima di procedere all'inumazione. Secondo l'articolo 8 del Regolamento di Polizia Mortuaria, a termine di legge la morte è dichiarata in assenza di battito cardiaco e del polso, con elettrocardiogramma piatto per non meno di 20 minuti. Nei casi di morte improvvisa e in quelli in cui si abbiano dubbi di morte apparente, l'osservazione deve essere protratta fino a 48 ore. L'arresto cardiaco resta dunque l'elemento chiave per l'accertamento della morte.

Nei documenti recenti dei comitati di etica, la definizione di morte riprende quanto sviluppato a partire dall'Ottocento, cioè «la perdita totale e irreversibile delle capacità dell'organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale» (CNB, 1991). I criteri per l'accertamento di tale «perdita totale» sono di tipo anatomico, clinico, biologico, cardiaco e neurologico. Solo i «criteri neurologici» o cerebrali sono divenuti negli ultimi decenni oggetto di dibattito e di messe a punto, mentre per i primi si rimanda ai metodi già descritti nella prima metà del XX secolo.

La svolta prodotta dalle tecnologie mediche

Tra i tre classici *Atria mortis*, come ripresi nella teoria di Bichat, le tecniche di rianimazione hanno

reso precari i primi due, dato che sia la respirazione che la circolazione sanguigna possono essere assicurati da macchine extracorporee, lasciando solo il terzo, il criterio cerebrale, come definizione valida di morte. Se si definisce la morte come la fine dell'essere come organismo integrato, l'organo che assicura tale integrazione è solo il cervello. Di qui la centralità della morte cerebrale, divenuta indispensabile dopo lo sviluppo delle tecniche di rianimazione. Con un'innovazione scientifica e culturale profonda, i due organi che erano stati per millenni la sede principale e talvolta esclusiva della vita, i polmoni e il cuore, divengono secondari a favore del cervello.

Una definizione esaustiva non tanto della vita, quanto dei criteri da applicare per accertare che un organismo è morto, dal punto di vista clinico, legale ed etico, in quanto persona, è divenuta una necessità inderogabile a partire dal secondo dopoguerra nel XX secolo, con lo sviluppo delle tecnologie di rianimazione e delle cure intense e soprattutto con i trapianti di organo. La distinzione, rimasta a lungo esclusivamente teorica, fra la morte dell'individuo e la morte delle parti ha cominciato ad avere una vasta risonanza pratica con lo sviluppo dei trapianti, quando un organo vivo di una persona morta sostituisce un organo morto di una persona viva.

La domanda fondamentale cambia quindi di natura. Non ci si chiede più «questo individuo è morto?» ma piuttosto «è possibile rimuovere uno o più organi senza che questo provochi o affretti la morte di una persona?». La conseguenza di questo nuovo interrogativo è stata la separazione della persona dal suo corpo, per poter dichiarare la prima morta in modo da poter «scomporre » il suo corpo. Il problema di fondo è vedere se la morte può essere considerata un salto qualitativo, con un evento preciso che può essere identificato o un processo quantificabile.

Questo punto è diventato ancora più complesso per il fatto che è possibile il mantenimento artificiale della omeostasi, che altera lo svolgimento «normale» del processo tanatologico. Il «morire» è un processo evolutivo e si può intervenire in esso senza attendere l'instaurarsi della «morte biologica» per dichiarare morto un essere vivente. In questi casi la morte è preceduta da decisioni mediche (le cosiddette decisioni mediche di fine-vita) che influiscono sul momento in cui essa interviene. Le decisioni più comuni sono il nonavvio o la sospensione di trattamenti di sostegno vitale, l'uso di farmaci analgesici o sedativi che, in via collaterale, possono abbreviare la vita e la decisione di non ricorrere alla rianimazione cardio-polmonare in caso di arresto cardiaco.

Il passaggio dalla vita alla morte di tutte le parti dell'organismo è certo un processo, una serie di eventi e non un mutamento istantaneo. Si potrebbe tuttavia accettare, e a questo tende la medicina clinica, che l'insieme come tale, l'individuo, muoia a un istante preciso e attraverso un salto qualitativo. Se per la scienza il problema di isolare un tale mutamento qualitativo è di difficile soluzione, esiste la necessità medica e la necessità sociale che la morte sia un evento. Così legalmente risulta indispensabile che la morte sia un evento, collocabile a un preciso istante, in quanto un soggetto giuridico è o non è, non può attraversare un processo più o meno lungo di quasi-esistenza.

Per rispondere a queste necessità, si sono sviluppati diversi tentativi per ricercare una nuova definizione univoca di morte, definizione strumentale generalmente accettata, che pur essendo una convenzione pura non sia arbitraria. L'alta variabilità delle decisioni mediche in questo campo, che per loro natura dovrebbero essere assai più omogenee, essendo i diversi paesi ben confrontabili sul piano dello sviluppo scientifico e tecnologico, indica che qui intervengono in maniera importante fattori extrascientifici, genericamente definibili come culturali.

La medicina moderna ha cambiato il concetto stesso di morte (coniando la figura per molti versi nuova della «morte cerebrale») e la morte ha perso il carattere di imprevedibilità e in una certa misura quello di inesorabilità, dato che il suo momento dipende sempre più da decisioni mediche, a causa in particolare della permanente incertezza sui criteri di accertamento della morte. In una parola, la morte è diventata sempre più un problema medico, il che ha fatto nascere, quasi per reazione, un forte movimento di rivendicazione dell'autonomia del malato. La messa a punto di speciali strumenti giuridici (le direttive anticipate o testamento biologico) che consentono al (futuro) malato di dare disposizioni, generalmente di segno negativo, quanto ai trattamenti da applicare nelle fasi terminali, è anch'essa una conseguenza della difficoltà di trovare criteri efficaci per accertare la morte o almeno per dichiarare senza equivoci la sua inevitabilità.

Dalla morte breve alla morte prolungata

Il cambiamento più importante che si è verificato negli ultimi decenni è che grazie alle tecniche di rianimazione e alle cure intense il processo del morire si è esteso, dato che le misure di sostegno vitale (che inizialmente erano state messe a punto per la cura delle malattie acute, ma successivamente sono state applicate alle patologie croniche) ne consentono un prolungamento, talora notevole, allungando la distanza che separa la cessazione delle attività di un organo vitale dalla morte dell'intero organismo. Il «passaggio della soglia» è divenuto un viaggio, il tunnel si è allungato e può in alcuni casi essere senza limite temporale. In questo modo si è venuto a creare un «non luogo», una zona oscura, che non è più vita ma non è ancora la morte.

Nella cultura tradizionale la morte è rapida (*mors brevis*):

Vita brevis breviter in brevi finietur

Mors venit velociter quae neminem veretur

(La vita è breve e in breve finisce

La morte viene velocemente e non risparmia nessuno)⁴⁴.

Nelle società tradizionali e anche nelle società industriali sino a un periodo molto recente, la maggior parte delle persone moriva nella prima infanzia, durante le guerre e le carestie, per incidente o a causa delle malattie infettive, soprattutto in occasione di grandi epidemie di peste, colera o malaria. In ogni caso, la morte era rapida e nella stragrande maggioranza dei casi passavano poche ore o al massimo alcuni giorni tra l'inizio di una malattia terminale e l'*exitus*. In periodi storici precedenti, per quanto riguarda le società avanzate, e ancora oggi nei paesi sottosviluppati, si moriva sempre troppo presto, prima di aver avuto la possibilità di realizzare il proprio «progetto di vita». I «lamenti funebri», come le opere poetiche e musicali, insistono su questo tema della persona «strappata alla vita» troppo presto. I pochi che raggiungevano un'età avanzata morivano di una malattia rapida, come una polmonite o un arresto cardiaco, spesso senza più la coscienza e la memoria, e in ogni caso senza aver avuto lunghi periodi di disabilità e di dipendenza.

Dopo lo sviluppo della medicina scientifica e tecnologica, la morte arriva in un contesto personale e sociale molto differente, spesso dopo un lungo periodo di malattia cronica, di demenza e di dipendenza. Se in precedenza molti temevano di essere troppo presto strappati alla vita, attualmente si diffonde il timore, anche la paura, che la morte arrivi troppo tardi, molto dopo che l'individuo ha definitivamente perso le capacità che designano la «vera vita», la vita di relazione, la vita attiva e produttiva, anche molto dopo che la stessa coscienza individuale è scomparsa.

Nella metafora shakesperiana della vita come teatro (*Come vi piace*, II, sc. 7), che rappresenta le diverse scene e i diversi attori della vita, un attore deve uscire di scena quando non ha più un ruolo da svolgere nel dramma dell'esistenza. Nel «teatro contemporaneo» gli attori restano invece sempre in scena, magari celati in un angolo, talvolta incoscienti di quanto avviene intorno a loro, ma sempre influenzando e modificando le dinamiche fra gli altri attori.

Questi cambiamenti profondi del concetto e dell'immagine della morte nelle società avanzate, dette post-industriali, sono troppo recenti per aver prodotto un adeguato sviluppo culturale ed emozionale. E questo produce una gran parte dei dibattiti che attualmente si svolgono intorno alla «fine di vita», anche perché tutti gli strumenti istituzionali, professionali, anche i sentimenti religiosi e le culture diffuse si erano sviluppate per fare fronte al «vecchio» modo di morire. Se la medicina del passato si era ampiamente impegnata nella difficile «arte di prolungare la vita, di ben vivere», cercando di sviluppare azioni preventive per impedire che la morte arrivasse troppo presto, pochi esempi nella medicina e nella filosofia, a parte il pensiero stoico, si sono occupati dell'arte di bene morire e di impedire che la morte arrivi «troppo tardi». Se il «prolungare con ogni mezzo la vita» era un imperativo categorico, che resta profondamente ancorato nella professione medica e nei compiti delle istituzioni, le difficoltà legate al «prolungare oltre misura e oltre ogni limite la morte» sono oggi al centro di discussioni, contrasti, prese di posizioni, meritano una profonda ridefinizione, un ripensamento, una nuova presa di coscienza dei diritti e dei doveri individuali e collettivi. In questo contesto, i criteri per accertare che la morte è arrivata continuano a essere un problema scientifico, medico ed etico centrale.

¹ I primi reparti di terapia intensiva sono stati creati all'inizio degli anni '50 del XX secolo, durante la grave pandemia di poliomielite, mentre il primo trapianto di organo (rene) ad avere successo è stato realizzato da David Hume e Joseph E. Murray nel 1954.

² S. Curchod Necker, *Des inhumations précipitées*, Imprimerie Royale, Paris, 1790.

³ C. Milanesi, *Mort apparente, mort imparfaite. Médecine et mentalités au XVIIIe siècle*, Payot, Paris, 1991.

⁴ P. Ariès, *L'homme devant la mort*. 1. *Le temps des gisants*. 2. *La mort ensauvagée*, Le Seuil, Paris, 1989.

⁵ B. Fantini, M.D. Grmek, *Le definizioni di vita e di morte nella biologia e nella medicina contemporanea*, in I. Gramsci (ed.), *La bioetica*, Laterza, Bari, 1989, pp. 163-200.

⁶ Si tratta di una parafrasi di un celebre passo tratto dalle *Confessioni* di Sant'Agostino, che discutendo del tempo scriveva: «Che cos'è dunque il tempo? Se nessuno m'interroga, lo so; ma se volessi spiegarlo a chi m'interroga, non lo so», Agostino, *Le confessioni*, XI, 14, Città Nuova, Roma, 1965, p. 381.

⁷ Cicerone nel *De senectute* (20, 74) scrive: *Moriendum enim certe, et incertum an hoc ipso die* (è sicuro che bisogna morire, ma non è sicuro se in questo stesso giorno), mentre il più noto *Nihil morte certius* (niente è più certo della morte) si ritrova in testi teologici medioevali.

⁸ *Omnes una manet nox*, «una sola notte ci aspetta tutti» (Orazio, *Carmina* I, 28, 15).

⁹ Ancora nei trattati della Scuola Medica

Salernitana si indicano con precisione i *signa mortis*, che non si riferiscono tuttavia a degli indici per l'accertamento della morte, ma alla prognosi di una morte imminente.

¹⁰ Ippocrate, *Prognostico*, in Ippocrate, *Opere*, a cura di M. Vegetti,

¹¹ Lo pseudo-Quintiliano (I sec. d.C.) interpreta le urla e i lamenti delle donne durante le cerimonie funebri come un tentativo finale di richiamare in vita il morto. Si veda C. Schneider, «Le *Sepulcrum incantatum* du pseudo-Quintilien ou les sortilèges de la rhétorique», in *Rhetorica*, 27, 2009, pp. 312-31.

¹² Plinio il Vecchio dedica un intero capitolo nel libro VII della sua *Storia naturale* a «quanti che creduti morti sono vissuti di nuovo» (*De his qui elati revixerunt*).

¹³ Nella sua edizione della dissertazione di Winslow, di cui si parlerà più avanti, Bruhier elenca più di duecento casi di «morte apparente» e tutti questi casi, praticamente senza modifiche, vengono ripresi in tutta la letteratura su questi temi, sino all'inizio del Novecento.

¹⁴ T. Kirchmajer, C. Nottmager, *Elegantissimum ex physicis thema de hominibus apparenter mortuis*, Typis Matthaei Henckelii, Wittenbergae, 1669 (2a ed. 1681; 3a ed. 1700).

¹⁵ L.C.F. Garmann, *De miraculis mortuorum libri tres, quibus praemissa dissertatio de cadavere et miraculis in genere. Opus physico-medicum curiosis observationibus experimentis aliisque rebus exornatum*, J.G. Guttner, Leipzig, 1670 (ed. 1700 a cura di L.J.H. Garmann, Dresden und Leipzig, edizione moderna a cura di S. Benetello e B. Hermann, Universitätsdrucke Göttingen, 2003).

¹⁶ Cfr. C. Bonnet, *Considérations sur les corps organisés: où l'on traite de leur origine, de leur développement, de leur reproduction, & c. & où l'on a rassemblé en abrégé tout ce que l'histoire*

naturelle offre de plus certain & de plus intéressant sur ce sujet, chez Marc-Michel Rey, Amsterdam, 1762.

¹⁷ D. Diderot, *Le rêve de D'Alembert*, in *OEuvres complètes*, Garnier Frères, Paris, [1830, postumo] 1875-1877 (2a ed.), pp. 122- 81.

¹⁸ G.-L.L. d. Buffon, *Histoire naturelle de l'homme*, Plassan, Paris, 1792, p. 46 (édition originale 1749).

¹⁹ *Idem*, p. 54.

²⁰ Cfr. S. Protero, *Purified by fire. A history of cremation in America*, University of California Press, Berkeley and Los Angeles, 2001.

²¹ Una bibliografia ricca, ma non esaustiva, delle opere pubblicate fra il 1728 e il 1849 sul tema della morte apparente si trova in Régis Olry, «La phobie des inhumations prématurées», *Vesalius*, 1996, 2, pp. 111-17. Per l'Italia si possono ricordare i due volumi di Marcello Marin, *Osservazioni teoriche-pratiche-mediche sopra le morti apparenti*, Francesco Sansoni e Gio. Maria Bassaglia, Venezia, 1793.

²² J. B. Winslow, *Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort, et l'abus des enterrements & embaumens précipités*, traduite et commentée par J.-J. Bruhier, Morel, Prault et Simon, Paris, 1742.

²³ J. B. Winslow, *Terrible supplice et cruel désespoir des personnes enterrées vivantes et qui sont présumées mortes. À la fin, on trouvera les épreuves les plus assurées pour connoître si une personne malade est encore vivante ou morte*, Bullot, Paris, 1752.

²⁴ A. Louis, *Lettres sur la certitude des signes de la mort, où l'on rassure les Citoyens de la crainte d'être enterrés vivans avec des Observations & des Expériences sur les noyés*, Michel Lambert, Paris, 1752.

²⁵ F. Thiéry, *La Vie de l'homme respectée et défendue dans ses*

derniers momens, ou Instruction sur les soins qu'on doit aux morts et à ceux qui paraissent l'être, sur les funérailles et les sépultures, chez Debure l'aîné, Paris, 1787.

²⁶ S. Curchod Necker, *op. cit.*, p. 8.

²⁷ G. Targioni Tozzetti, *Relazioni forensi. Ambiente, igiene e sanità nella Firenze dei Lorena*, a cura di S. Pelle, Casa Editrice Le Lettere, Firenze, 1998.

²⁸ C. W. Hufeland, *Ueber die Ungewissheit des Todes, und das einzige untrügliche Mittel sich von seiner Wirklichkeit zu überzeugen und das Lebendigbegraben unmöglich zu machen*, Weimar, 1791.

²⁹ C. W. Hufeland, *L'arte di prolungare la vita umana*, Giuseppe Remondini e Figli, Venezia, 1799 (Riproduzione anastatica, Sesto Fiorentino 1998).

³⁰ C. W. Hufeland, *Der Scheintod oder Sammlung der wichtigen Thatsachen und Bemerkungen darüber, in alphabetischer Ordnung*, Buchh. Des Commerzien Raths Massdorff, Berlin, 1808 (Reprod. photomécanique, P. Lang, Bern; Frankfurt am Main, 1986, hrsg. und eingeleitet von G. Köpf).

³¹ J.B. d. Lamarck, *Discours de l'an 1809*, Ms. 742-2 p. 17-52-9, in M. Vachon (ed.), *Inédits de Lamarck, d'après les manuscrits conservés à la Bibliothèque centrale du Muséum d'Histoire Naturelle de Paris*, Masson, Paris, 1972.

³² F.X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie et la mort*, Brosson, Gabon et Cie, Paris, 1800, p. 3 (trad. Ingl. di F. Gold, London, 1815; trad. Ital. di M.G. Levi, Venezia, 1841).

³³ *Idem*, p. 252.

³⁴ *Idem*, p. 250.

³⁵ F. Magendie, note in F.X. Bichat, *Recherches physiologiques sur la vie*

et la mort, quatrième édition, augmentée de notes par F. Magendie, Béchet Jeune et Gabon, Libraires, Paris, 1822 (1^e édition, Paris, 1801), p. 4.

³⁶ C. Bernard, *Leçons sur la chaleur animale*, J.B. Baillière et Fils, Paris, 1876, p. 394.

³⁷ Cfr. H.A. Snellen, *Willem Einthoven (1860-1927): father of electrocardiography. Life and works, ancestors and contemporaries*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1995.

³⁸ Cfr. J. Bondeson, *Buried alive: The terrifying history of our most primal fear*, W. W. Norton, New York, 2002.

³⁹ B.G. Peßler, *Leicht anwendbarer Beistand der Mechanik, um Scheintodte beim Erwachen im Grabe auf die wohlfeilste Art wieder heraus zu erretten*, 1798 (ed. originale tedesca, 1798, trans. W. Tebb and E. P. Vollum, *Premature burial, and how it may be prevented, with special reference to trance catalepsy, and other forms of suspended animation*, London, 1905).

⁴⁰ P.C.H. Brouardel, *La mort et la mort subite*, J.-B. Baillière, Paris, 1895 (translated by F. L. Benham, London, 1897).

⁴¹ Ad esempio, Brouardel discute la sezione dell'arteria temporale, l'uso della flebotomia, l'applicazione del ferro da stiro rovente sulle piante dei piedi, che produce delle tipiche «placche» e la scarificazione «che sul vivente cicatrizza in una settimana circa mentre nel cadavere la pelle si secca producendo una placca simile ad una pergamena», arrivando tuttavia alla conclusione che nessuno di questi segni può essere considerato decisivo.

⁴² F. Dell'Acqua, *La Morte Vera e la Morte Apparente*. Con Appendice *La Legislatura Mortuaria*, Ulrico Hoepli, Milano, 1897.

⁴³ W. Tebb, E.P. Vollum, *Premature burial and how it may be prevented: With special reference to trance, catalepsy, and other forms of suspended animation*, Swan Sonnenschein, London, 1905 (2nd edition ed. by Walter R. Hadwen, 1st ed. 1896).

⁴⁴ *Llibre Vermell de Montserrat*,
1399, testo 9, *Ad mortem festinamus*.

rMH 22 Maggio-Agosto 2012