

Parte sesta

ALCUNE “PROBLEMATICHE” BIOETICHE

Cap 17 - TRAPIANTI DI ORGANI

INDICE DEL CAPITOLO

1. Interventi legislativi
2. Aspetti medici e tipologie di trapianti
 - 2.1. Gli autotrapianti
 - 2.2. Gli omotrapianti
 - 2.2.1. Da viventi
 - 2.2.2. Da cadavere
 - 2.2.2.1. Accertamento della morte
 - 2.2.2.2. Il consenso
 - 2.3.3. Gli xenotrapianti

Introduzione

La tematica dei trapianti di organi suscita da tempo interesse poichè la medicina negli ultimi decenni è passata da una tipologia demolitiva dell'organo malato alla sua sostituzione raggiungendo risultati promettenti, e consentendo a malati destinati alla morte di giungere alla guarigione o a un'accettabile qualità di vita. I trapianti di organo, infatti, costituiscono per alcuni l'unica cura possibile!

L'argomento quindi potrebbe apparire semplice nella sua illustrazione ma in realtà crea “i problemi più difficili per l'uomo sulla vita e sulla morte, sull'intimità e sull'esteriorità dell'uomo, sul sé e sul non sé, sul senso d'identità, sulla filiazione, sulla proprietà privata e sul bene collettivo, sui limiti immaginabili, tollerabili, che si possono imporre al progresso delle scienze e delle tecniche, sul sacro e il profano, sull'umano e il divino”¹. In altre parole, trattare dei trapianti di organi, significa per l'uomo confrontarsi con l'immagine del suo corpo e con il significato della salute, della vita e della morte. E, in questa discussione, l'etica assume una valenza fondamentale più importante della tecnologia e dei costi infatti “essi sono il solo ambito della politica sanitaria che non può esistere senza la partecipazione del pubblico. Si tratta del cittadino che, in vita o dopo la morte, nel caso di organi vitali, decide di offrire organi o tessuti per i trapianti. Se non c'è dono di organi o di tessuti, i trapianti subirebbero un arresto brutale”².

Dopo i primi trapianti di rene, eseguiti negli Stati Uniti tra il 1954 e il 1962³; negli ultimi decenni del ventesimo secolo i trapianti d'organo s'incrementarono

¹ M. BAUDIN, *Prendre, donner, recevoir*, in GROUPE D'ETIQUE DE L'HOPITAL BROUSSAIS (a cura di), *Prendre soin et donner sens*, Paris 1997, pg. 27.

² A. L. CAPLAN, *Testimony to the Subcommittee on Health and the Environment of the United States Congress 1990*, in G. M. ABOUNA, *Negative Impact of Trading in Human Organ on the Development of Transplantation in Middle East*, Vol. 25, 1993, pg. 311.

³ In realtà il pioniere di questi dei trapianti fu A. Carrel (1873-1944) che ai primi del '900 del XX secolo mantenne vive su una piastra delle cellule umane che poi vennero trapiantate negli animali.

velocemente⁴. Famoso, fu il primo trapianto di cuore, eseguito nel 1967 da C. Barnard (1922-2001) che però fallì per il rigetto dell'organo trapiantato e altri trapiantati sopravvissero poco tempo dopo gli interventi. Nel 1978, J. Borel, scoprì la "Ciclosporina A", farmaco che indebolendo la risposta immunitaria nei confronti dell'organo trapiantato, diminuì gli episodi di rigetto. Seguirono l'azatioprina e il siero antilinfocitario assieme alla possibilità di tipizzare i tessuti.

A fronte di risultati incoraggianti persistono, però, lunghe "liste d'attesa" di malati che attendono un donatore immuno-compatibile. Nel 2018, in Italia, 8.713 malati attendevano un organo, mentre i pazienti trapiantati furono 3.718 di cui 3407 da donatore deceduto e 311 da vivente. Per quanto riguarda i tessuti, il numero dei trapianti effettuati furono 16.468, cellule staminali emopoietiche 848⁵.

Quali sono gli organi trapiantabili dopo il prelievo da cadavere? Tutti, tranne l'encefalo e gli organi sessuali poichè destrutturano e alterano la personalità⁶. Rammenta la "Carta degli Operatori Sanitari": "Non tutti gli organi sono eticamente donabili. Dal trapianto vanno esclusi l'encefalo e le gonadi che assicurano l'identità rispettivamente personale e procreativa della persona. Si tratta di organi in cui prende specificatamente corpo l'unicità inconfondibile della persona, che la medicina è tenuta a tutelare"⁷.

Il settore però suscita delle problematiche etiche: il consenso del donatore e del ricevente; l'accertamento della morte del donatore; i vincoli per espianti da viventi.

1. Interventi legislativi

Molteplice è la legislazione italiana riguardante i trapianti d'organi anche se fondamentali rimangono la legge 644/1975 e la legge 91/1999^{8/9}.

Legge n. 644 del 1975: "Disciplina dei prelievi di parte dei cadaveri a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzioni di estratti per uso terapeutico"¹⁰, che fissava le condizioni per accertare la morte del donatore e la dichiarazione del consenso alla donazione.

La normativa stabiliva che l'accertamento della morte avvenisse con l'elettrocardiogramma della durata non minore di venti minuti; doveva essere constatata anche l'assenza di attività elettrica del cervello con l'elettroencefalogramma ripetuto nel periodo di dodici ore, in seguito ridotte a sei; andava, infine, verificata l'assenza di respirazione spontanea.

⁴ In Italia il primo trapianto di rene fu eseguito a Roma dal prof. A. Casciani il 20 maggio 1966.

⁵ Dati pubblicati il 18 febbraio 2019 dal Ministero della Salute.

⁶ Cfr.: D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 2001, pg. 493.

⁷ *Carta degli operatori sanitari*, op. cit., n. 88,

⁸ Punti di riferimento di entrambe le leggi sono i Principi Costituzionali, in particolare: Art. 9: Promozione della ricerca scientifica; Art. 13: rispetto della persona umana, della sua dignità e libertà; Art. 32: salvaguardia della salute del soggetto come diritto dell'individuo e interesse della collettività; Art. 33: libertà della scienza.

⁹ Prima del 1975 erano già presenti alcune leggi riguardanti la materia: Legge 235/1957: autorizzava il prelievo da cadavere di cornee e del bulbo oculare; Legge 458/1967: riguardava il trapianto di rene da vivente; Legge 519/1968: introduceva la liceità del prelievo, durante l'autopsia, di parti del corpo anche a scopo di trapianto; DPR del 5 febbraio 1970: elencava gli organi trapiantabili. -Legge 458 del 26 giugno 1967: "Prelievo di rene da vivente"⁹.

¹⁰ Cfr.: G.U. n. 334 del 19 dicembre 1975.

La legge vietò il prelievo se il defunto non avesse sottoscritto in vita un consenso scritto. In assenza di questo, l'autorizzazione poteva essere concesso dai familiari prossimi (genitori, figli, coniuge), poiché lo Stato riconosceva a essi il diritto di disporre del cadavere del proprio congiunto.

La legge, con il trascorrere del tempo, apparve obsoleta e non idonea a raccogliere le istanze emergenti dalle nuove opportunità offerte dalla trapiantologia e, a molti, appariva farraginoso la manifestazione del consenso. Tanti ignoravano le opportunità offerte dai trapianti di organo, altri erano indifferenti o neglienti nei riguardi della sofferenza altrui.

Legge n. 91 del 1999: "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti"¹¹, che riorganizzava il settore insieme al Decreto attuativo del Ministero della Sanità del 8 aprile 2000.

L'aspetto innovativo riguardava "il consenso", introducendo il principio del "silenzio-assenso informato". Dopo aver evidenziato l'esigenza di promuovere un'ampia informazione da parte delle unità sanitarie locali, delle scuole e delle associazioni di volontariato, la legge, all'articolo 4, recitava: "I cittadini sono tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, e sono informati che la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione".

Fu capovolto il principio vigente!

Con la legge del 1975 nessuno era donatore, tranne chi espressamente lo sceglieva, con la normativa del 1999 tutti i cittadini divennero potenziali donatori, eccetto quelli che avrebbero dichiarato la loro contrarietà. E con il Decreto dell'8 aprile 2000 furono fissate le disposizioni attuative della legge, soprattutto sulle modalità di dichiarazione di volontà dei cittadini.

La normativa stabilì criteri e norme condivisibili nell'ambito dell'etica personalistica, onorando i valori, primariamente la dignità della persona.

Con il trascorrere del tempo la normativa si è ampliata; citiamo i testi più rilevanti:

-Ordinanza del Ministero della Salute del 1 giugno 1999: "Disposizione in materia di trapianto, importazione ed esportazione di organi e di tessuti"¹².

-Legge 483 del 16 dicembre 1999: "Norme per consentire il trapianto parziale di fegato"¹³.

-Decreto del Ministero della Salute del 2 agosto 2002: "Criteri e modalità per la certificazione degli organi prelevati al trapianto"¹⁴.

-Decreto del Ministero della Salute del 2 dicembre 2004: "Modalità per il rilascio delle autorizzazioni all'esportazione o all'importazione di organi e tessuti"¹⁵.

-Decreto del Ministero della Salute del 30 marzo 2008: "Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all'estero ex articolo 20 della legge 91/99"¹⁶.

-Decreto del Ministero della Salute del 11 aprile 2008: "Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: 'Regolamento recante le modalità per

¹¹ Cfr.: G.U. n. 87 del 15 aprile 1999.

¹² Cfr.: G.U. n. 150 del 19 giugno 1999.

¹³ Cfr.: G.U. n. 483 del 20 dicembre 1999.

¹⁴ Cfr.: G.U. n. 258 del 4 novembre 2002.

¹⁵ Cfr.: G.U. n. 27 del 3 febbraio 2005.

¹⁶ Cfr.: G.U. n. 97 del 24 aprile 2008.

l'accertamento e la certificazione di morte' ”¹⁷.

-Decreto del Ministero della Salute e del Lavoro e delle Politiche sociali del 16 aprile 2010: “Regolamento per lo svolgimento delle attività di trapianti di organi da donatore vivente”¹⁸.

-Legge n. 167 del 19 settembre 2012: “Norme per consentire il trapianto parziale di polmone, pancreas e intestino tra persone viventi”¹⁹.

-Decreto del Ministero della Salute del 19 novembre 2015: “Attuazione della direttiva 2010/53/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 luglio 2010, relativa alle norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti, ai sensi dell'articolo 1, comma 340, legge 24 dicembre 2012, n. 228, nonché attuazione della direttiva di esecuzione 2012/25/UE della Commissione del 9 ottobre 2012, che stabilisce le procedure informative per lo scambio tra Stati membri di organi umani destinati ai trapianti”²⁰.

-Legge n. 236 del 11 dicembre 2016: “Modifiche al codice penale e alla legge 1° aprile 1999, n. 91, in materia di traffico di organi destinati al trapianto, nonché alla legge 26 giugno 1967, n. 458, in materia di trapianto del rene tra persone viventi”²¹.

2. Aspetti medici e tipologia di trapianti

“Il trapianto consiste nel trasferimento di organi (es. rene, cuore), di tessuti vivi (es. osso, pelle, sangue), di cellule (es. cellule di midollo osseo) da un individuo (donatore) ad un altro (ricevente), con l'obiettivo di mantenere nel ricevente l'integrità funzionale degli organi o tessuti o cellule trasferiti. Il donatore può essere un vivente (soprattutto per rene, parti del fegato e tessuti rigenerabili, come sangue e midollo osseo) o un cadavere (indispensabile per cuore, fegato in toto, pancreas che non possono essere prelevati a un vivente senza ucciderlo)”²².

Tre sono le tipologie di trapianti: autotrapianti, omotrapianti (da vivente o da cadavere), xeno-trapianti.

Tra le varie problematiche mediche da considerare, le più importanti riguardano la velocità di espianto per proteggere l'organo dall'anossia, cioè dalla mancanza di ossigeno e l'attecchimento del nuovo organo che ha costituito per decenni uno dei maggiori ostacoli alla diffusione della chirurgia dei trapianti.

2.1. GLI AUTOTRAPIANTI

Gli autotrapianti, definiti anche “autoinnesto” o “innesto autoplastico”, non pongono problemi etici poichè riguardando “la riparazioni” di parti ustionate o infette nello stesso organismo; per questo possiamo definirli anche interventi di chirurgia estetica.

La liceità etica di questi interventi è offerta dal “principio di totalità”; la persona

¹⁷ Cfr.: G.U. n. 136 del 12 giugno 2008

¹⁸ Cfr.: G.U. n. 172 del 26 luglio 2010.

¹⁹ Cfr.: G.U. n. 227 del 28 settembre 2012.

²⁰ Cfr.: G. U. n. 280 del 1 dicembre 2015.

²¹ Cfr.: G. U. n. 299 del 23 dicembre 2016.

²² M.P. FAGGIONI, *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, Camilliane, Torino 2004, pg. 193.

può sacrificare una parte del suo corpo per salvare l'intero organismo²³.

Trasferire tessuti da una sede all'altra nella persona è eticamente corretto.

Il principio di totalità acconsente anche gli interventi di "chirurgia estetica correttiva" poichè l'interezza dell'uomo è offerta dalla totalità unificata della dimensione fisica, psichica e spirituale. Se una pesante menomazione procura disagio alla serenità globale e compromette l'armonia interiore della persona e il suo futuro professionale e relazionale è lecito ricorrere all'intervento. Questa visione non è applicabile alle forme ossessive o di vanità che talvolta si riscontrano nel campo estetico e che giustificano il ricorso alla chirurgia estetica con pretesti effimeri.

2.2.GLI OMOTRAPIANTI

Il prelievo di organi può effettuarsi da "soggetto vivente" o da "defunto".

2.2.1.DA VIVENTE

Chi sceglie liberamente di donare un suo organo compie un atto di solidarietà e indica la prospettiva per debellare l'esacerbato egoismo e individualismo, radici di alcuni malesseri sociali. E' un atto altamente meritorio poichè partecipa agli altri anche la propria organicità e unisce i cittadini attorno ai valori della difesa della vita.

Orientamenti da osservare.

1. E' possibile donare unicamente un organo non vitale.

Negli anni '50 del XX secolo, Pio XII aveva affermato: "Una persona può donare soltanto ciò di cui può privarsi senza serio pericolo per la propria vita o identità personale e per una giusta e proporzionata ragione"²⁴. La persona non può donare un "organo essenziale per la sua sopravvivenza" poichè nessuno è "padrone assoluto" della propria vita, ma unicamente un amministratore, nominato da Dio, per gestire l'esistenza personale responsabilmente. Inoltre, l'uomo, non può esporsi a rischi sproporzionati poichè l'amore autentico deve anche calcolare la proporzione dei propri atti. Anche la legge 458/1967 proibì di disporre del proprio corpo come previsto dall'articolo 5 del Codice Civile: "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge (579 C.P.)".

La persona vivente può offrire in dono unicamente "organi doppi" come il rene, oppure settori del fegato o del polmone, o elementi di facilmente rigenerabili come il midollo osseo. Cioè parti del corpo che consentano al donatore, in futuro, un'adeguata qualità di vita.

2. Il consenso libero e informato del donatore e del ricevente.

Il donatore dovrà essere informato sulle limitazioni che potrebbe accusare in avvenire come pure sugli interventi diagnostici e chirurgici cui sarà sottoposto.

Nella scelta, il donatore, non potrà essere condizionato da pressioni esterne o ricatti morali, sociali ed economici ma la decisione dovrà essere caratterizzata dalla libertà, dalla volontarietà e dalla solidarietà, essendo la donazione sempre

²³ Cfr.: Capitolo II di questo Manuale.

²⁴ PIO XII, *Ai delegati delle Associazioni italiane di cornea e dell'Unione italiana ciechi*, 14 maggio 1956.

un dono.

Pure il ricevente esprimerà un consenso libero e consapevole sulla tipologia d'intervento, sui rischi e sui vantaggi. Non possiamo scordare, che accogliere un organo, potrebbe scuotere l'immagine della persona e del proprio corpo.

3. Totale gratuità

E' un'altra nota distintiva "dal momento che non si dona semplicemente qualcosa di proprio ma si offre qualcosa di sé"²⁵.

Unicamente la gratuità, sconfiggerà il commercio di organi umani espianati da morto o da vivente, anche da bambini il più delle volte ingannati o violentati. Questo racket coinvolge ogni anno milioni di diseredati obbligati "a vendere" una parte di sé a malati ricchi e privi di scrupoli. Ad esempio, in Cina, nel 2018, sono stati effettuati 11mila espianati da condannati a morte²⁶ e in Nepal un rene è pagato 3.000 euro²⁷. Ma accanto al racket non possiamo scordare il business miliardario dei trapianti (circa 32 miliardi nel 2017) che potrebbe tentare qualcuno.

La donazione sarebbe auspicabile prevalentemente tra consanguinei sia per una superiore compatibilità immunologica tra donatore e ricevente, sia per tutelare la gratuità.

Da tempo, anche in Italia, è prevista un'altra tipologia di donazione, quella denominata *samaritana*, cioè il dono da vivo di un organo a una persona sconosciuta, che per il Comitato Nazionale per la Bioetica "trova giustificazione nel riconoscimento di un legame di 'interdipendenza' che accomuna tutti gli esseri umani e che può muovere a una responsabilità asimmetrica e non solo reciproca verso l'altro"²⁸.

Due elementi caratterizzano questa prassi: l'eccezionalità dell'azione e il rigoroso anonimato del donatore, oltre una attenzione peculiare alle motivazioni e alle condizioni fisiche e psicologiche del donatore.

Riguardo all'anonimato "in generale" si è espresso pure il Comitato Nazionale di Bioetica rispondendo a un quesito posto dal Centro Nazionale Trapianti (CNT). "Se l'obbligo all'anonimato a cui è tenuto il personale sanitario amministrativo in base all'art. 18, comma 2, Legge 1 aprile 1999, n. 91, possa essere derogato su accordo delle parti previa firma da parte di entrambe del consenso informato". Il Comitato distinguendo il momento 'antecedente' al trapianto da quello 'successivo' all'avvenuto trapianto, ritiene che in una fase successiva, trascorso un ragionevole lasso di tempo, non sia contrario ai principi etici che l'anonimato possa essere rimesso nella libera e consapevole disponibilità delle parti interessate per avere contatti ed incontri²⁹.

4. Proporzione tra rischi e benefici

Dinanzi ad un intervento è doveroso valutare attentamente la proporzione del danno che si genererà e le fattibilità di successo dell'intervento, sia a livello di

²⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Alle associazioni di Donatori di Organi*, 20 novembre 1991.

²⁶ Fonte: Rapporto OMS 2019.

²⁷ Per approfondire l'argomento: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere sul traffico illegale di organi umani tra viventi*, Roma 2013.

²⁸ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La donazione da vivo del rene a persone sconosciute*, Roma 2010, pg. 12.

²⁹ Cfr.: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere in merito alla conservazione dell'anonimato del donatore e del ricevente nel trapianto di organi*, Roma 2018.

compatibilità tra il donatore e il ricevente che sul versante della possibilità tecnica. I rischi del donatore e del ricevente devono essere bilanciati da una ragionevole previsione di successo dell'intervento.

5. Impossibilità di reperire lo stesso organo da cadavere.

La donazione di organi tra viventi è subordinata alla impossibilità di reperire quello di un defunto, diversamente è preferibile servirsi dell'organo del cadavere.

2.2.2.DA CADAVERE

L'ultima condizione analizzata mostra che la chirurgia dei trapianti dovrà tendere prevalentemente al prelievo di organi da cadavere, meno complesso anche tecnicamente.

Un'obiezione, di alcuni, concerne un'ipotetica scarsa deferenza al cadavere, e di conseguenza, alla persona che ha vissuto in quel corpo. Già papa Pio XII aveva affermato: "Il cadavere non è più, nel senso proprio della parola, un soggetto di diritto, perché è privo della personalità che sola può essere oggetto di diritto (...). In generale non dovrebbe essere permesso ai medici di intraprendere asportazioni su un cadavere senza l'accordo di coloro che ne sono depositari (...). Consentire espressamente o tacitamente a seri interventi contro l'integrità del cadavere non offende la pietà dovuta al defunto, quando per questo esistono validi ragioni (...). Destinarlo (il cadavere) a fini utili, moralmente ineccepibili e anche elevati non è da condannare, ma da giustificare positivamente"³⁰. Questa critica si è ulteriormente ridotta negli ultimi anni stante la diffusione della pratica della cremazione.

Pur avendo obblighi di pietà e di ossequio per il corpo del defunto che in vita fu "tempio dello Spirito Santo", l'espianto non ne lede la dignità. Una coppia affermò: "Adesso nostro figlio vive nella persona che ha salvato con il suo cuore".

Il prelievo di organi da cadavere deve osservare dei protocolli che salvaguardino l'accertamento della morte e il consenso.

2.2.2.1 ACCERTAMENTO DELLA MORTE

Il problema etico maggiore concerne l'accertamento della morte. Non è lecito per un prelievo precoce anticipare la morte anche omettendo delle terapie o delle cure, mentre è eticamente accettabile l'irrorazione del sangue e dell'ossigeno che non si configura come accanimento terapeutico ma indispensabile per conservare gli organi idonei al trapianto.

In passato, il criterio di riferimento per accertare la morte, era quello della cessazione delle funzioni cardio-circolatorie. Con il trascorrere del tempo, il riferimento del mondo medico-scientifico divenne il criterio "neurologico" (morte celebrale totale).

Ma, a questo punto, sorgono due domande che non trovano nella scienza, nella filosofia e neppure nella bioetica una risposta univoca. Chi è dichiarato morto a livello cerebrale è davvero morto? Sono sufficienti gli strumenti oggi utilizzati per accertare il decesso?

Il mondo scientifico

³⁰ PIO XII, *Ai delegati dell'Associazione Italiana donatori di cornea e all'Unione Italiana Ciechi*, 14 maggio 1954.

Nel 1968, un comitato istituito dalla Harvard Medical School di Boston, propose un nuovo approccio per certificare la morte fondato appunto sulla irreversibile e definitiva cessazione di tutte le funzioni dell'encefalo fornendo inoltre dei criteri di verifica.

La nozione di morte celebrale totale, con il trascorrere del tempo, fu accolta positivamente dalla comunità scientifica mondiale e adottata dalla maggioranza delle legislazioni nazionali per l'espanto di organi vitali. Si predilesse il criterio "neurologico", essendo l'encefalo (cervello, cervelletto, tronco cerebrale), secondo gli studiosi di Harvard, a presiedere l'intera esistenza e a sostenere anche l'attività cardio-circolatoria; quindi, la "morte cerebrale", fu identificata come la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, e di conseguenza, della vita.

Anche la normativa italiana così definisce la morte: "La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo"³¹. Ma in base a quali evidenze scientifiche è possibile identificare la morte con la cessazione delle sole funzione dell'encefalo poiché la scienza non è mai riuscita a dimostrare che il principio vitale dell'organismo umano risieda in un organo, cioè nel cervello che ancora rimane in gran parte un mistero?

Ma, dal quel lontano 1968, accreditati scienziati hanno dubitato sia sulla affermazione base che sui "criteri di Harvard" allora pubblicati nel Journal of American Medical Association, con il titolo di "A Definition of Irreversible Coma"³². Lo dimostra il fatto che da allora sono stati divulgati decine di articoli contenenti criteri e accreditati medici hanno ammesso il recupero di pazienti in stato comatoso. Dunque, l'intenzione di espantare organi, motivò chiaramente la commissione di Harvard nel ridefinire la morte.

Quali sono le prove di verifica neurologica per definire la morte cerebrale?

-La presenza del coma areattivo.

-La mancanza dei riflessi del tronco encefalico.

-L'assenza di respiro spontaneo mediante il "test di apnea" che riteniamo il più rischioso e azzardato.

"Test di apnea" significa togliere il supporto respiratorio meccanico al paziente per dieci minuti per verificare se inizierà a respirare indipendentemente. Risulta particolarmente problematico per due motivi: il danno ipossico che provoca nell'organismo, particolarmente a livello neuronale, e di conseguenza la compromissione di un ipotetico recupero. Inoltre, necessiterebbe, uno "svezzamento graduale" dopo un lungo periodo di intubazione per ripristinare una respirazione spontanea. Ha affermato il professor Cicero G. Coimbra, neurologo e docente di neuroscienze presso l'Università Federale di San Paolo del Brasile. "Un gran numero di pazienti con lesioni cerebrali, anche in coma profondo, può riprendersi per condurre una normale vita quotidiana; il loro tessuto nervoso può essere solo silenzioso, non irreversibilmente danneggiato, come conseguenza di una parziale riduzione dell'afflusso di sangue al cervello. Questo fenomeno, chiamato 'penombra ischemica', non era noto quando furono stabiliti i primi criteri neurologici per la morte cerebrale. Tuttavia, il test di apnea (considerato il

³¹ Legge 578 del 29 dicembre 1993: "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte" articolo 1 (Cfr.: G.U. n. 5 del 8.1.1994).

³² In *Journal of the American Medical Association/JAMA*, 209, (1968), pp.337-433.

passaggio più importante per la diagnosi di 'morte cerebrale' o morte staminale) può indurre un collasso circolatorio intra-cranico irreversibile o persino un arresto cardiaco, prevenendo così il recupero neurologico (...). Durante il test di apnea possono verificarsi anche arresto cardiaco irreversibile (morte), aritmie cardiache, infarto del miocardio e altri effetti dannosi potenzialmente letali. Pertanto, durante e prima della fine delle procedure diagnostiche per 'morte cerebrale' possono verificarsi danni irreversibili al cervello"³³. Dunque, il test, può provocare la morte in pazienti con gravi lesioni cerebrali.

Prché ne parlano in pochi? Risponde il professore "Ho dovuto lottare in tribunale per mantenere la mia licenza per lavorare come medico per 19 anni in Brasile. E questo è stato molto tempo. Quindi, si capisce perché alcuni medici che sono consapevoli di ciò che sta accadendo non vogliono parlarne liberamente. Semplicemente non vogliono entrare in conflitto con persone potenti"³⁴.

Filosofia

Il filosofo austriaco Josef Seifert rettore dell'Accademia Filosofica Internazionale del Liechtenstein e ex membro della Pontificia Accademia per la Vita (PAV), avanzò più volte pesanti obiezioni sulla morte celebrare e sulle procedure diagnostiche che riconoscono nella cessazione delle funzioni dell'encefalo la morte dell'individuo. In un'intervista alla Nuova Bussola Quotidiana spiegò l'errore scientifico e il perché i cattolici non sono tenuti a credere in questa "falsa morte"³⁵. Riportiamo tre risposte che possono aiutarci a comprendere adeguatamente la tematica.

Professor Seifert, lei fu uno dei primi a sollevare obiezioni circa il criterio della morte cerebrale all'interno della Chiesa. Perché?

"Come può qualcuno dichiarare una persona 'morta' se il suo cuore batte, la sua respirazione (sebbene non sia spontanea ma sostenuta dalla ventilazione) è pienamente funzionale nei polmoni e in tutte le cellule del corpo e mostra molti altri segni di vita? Come si può dichiarare morta una mamma 'cerebralmente morta', che porta in grembo un bambino e che lo partorisce nove mesi dopo averlo concepito? Disconnettere forzatamente la ventilazione ucciderebbe sia lei sia il bambino. Come fa un corpo umano ad essere morto se ha dei riflessi, se può essere nutrito e assorbire fluidi, mostrando il 'miracolo' del metabolismo con la trasformazione del cibo in sostanze corporee, potendo resistere alle malattie grazie al suo sistema immunitario, mantenendo una temperatura corporea normale, mostrando una crescita proporzionale. Non va contro ogni evidenza di vita sostenere che una persona il cui corpo mostra un numero infinito di prove e segni di vita, supera la pubertà, è gravido e partorisce un bambino vivo, sia morto? Quando mai un cadavere ha dato vita ad un bambino? (...).

Un argomento bio-filosofico a favore della 'morte cerebrale' sostiene che senza le funzioni cerebrali attive l'uomo non sia altro che un insieme di cellule e organi

³³ DI PAUL A. BYRNE, CICERO G. COIMBRA, ROBERT SPAEMANN E MERCEDES ARZÚ WILSON, "Brain Death" non è la morte!, dalla relazione tenuta al Convegno organizzato dalla Pontificia Accademia delle Scienze "I segni della morte" (3-4 febbraio 2005).

³⁴ 21 maggio 2019, <https://www.youtube.com/watch?v=83FV7CCdCQY>

³⁵ Cfr.: B. FRIGERIO, Seifert: "La morte cerebrale è un inganno: vi spiego perché", La Nuova Bussola Quotidiana, 21 luglio 2018.

dissociati fra loro. Solo il cervello darebbe unità al corpo. Ma come si può attribuire al cervello, un organo che si forma relativamente tardi, preceduto per molte settimane dall'organismo vivente di cui sarà il cervello, il ruolo di integratore centrale della sola parte del corpo che porta la vita? Un alto livello di vita umana integrata precede chiaramente la formazione del cervello. Il cervello è il prodotto di questo essere umano integrato e in via di sviluppo, non la sua causa né il suo unico portatore”.

Perché l'anima può essere presente in una persona il cui cervello e tronco encefalico siano inattivi ma il cui cuore batte? E perché sostenere questo non è eterodosso come dicono alcuni?

“L'anima spirituale umana non ha sede nel cervello o in una singola parte del corpo. Non c'è alcun dogma della Chiesa che insegna che l'anima lascia un corpo vivente quando il cervello smette di funzionare. Perciò non è eterodosso sostenere che l'anima vive nel corpo fino alla morte naturale dell'uomo. Piuttosto è eterodosso il contrario, perché la Chiesa dichiara come dogma che l'uomo ha una sola anima (non tre differenti anime: anima vegetativa – di pianta -, anima senziente o anima sensitiva e un'anima razionale). Quindi, finché nell'uomo è presente una vita vegetativa integrata o una vita senziente (entrambe chiaramente evidenziate in pazienti 'cerebralmente morti'), l'unica anima umana razionale che conferisce tutti i livelli di vita al corpo è presente”.

Quando è possibile donare organi, se il criterio della 'morte cerebrale' non è in alcun caso ammissibile?

“Se la 'morte cerebrale' non è morte reale, allora sia il traffico sia la donazione di organi vitali singoli (non doppi) espantati da una persona 'cerebralmente morta' è un errore perché significa ucciderla. Questo non esclude la volontà di donare un organo doppio quando siamo chiaramente in uno stato di completa e irreversibile disfunzione del cervello. Siccome donare questi organi non ci uccide, potremmo donarli anche durante la vita. In ogni caso non lo suggerirei in caso di diagnosi di 'morte cerebrale' che possono essere errate: se in quel caso ci svegliassimo, per esempio, senza uno dei nostri reni o dei nostri occhi etc. potrebbe essere una cosa sgradevole e non voluta. Inoltre, se decidiamo di donare solo i nostri organi doppi e non vitali, è probabile che l'ospedale non legga abbastanza bene le nostre volontà, espantando magari anche il cuore, il nostro organo vitale unico, e quindi uccidendoci del tutto”³⁶.

La bioetica cattolica.

Parte dei bioeticisti cattolici è favorevole.

La Pontificia Accademia delle Scienze (PAS) il 21 ottobre 1985 così si esprime: “La morte sopravviene quando: a) le funzioni spontanee del cuore e della respirazione sono definitivamente cessate, oppure b) si è accertata la cessazione irreversibile di ogni funzione cerebrale (sebbene il cuore batta, ndr)”³⁷.

Data la complessità del tema, la stessa Pontificia Accademia, convocò nel dicembre del 1989, un gruppo di lavoro. Così si rivolse a loro san Giovanni Paolo II per il quale non vi è altra via che quella di "determinare nel modo più esatto possibile il momento preciso ed il segno irrecusabile della morte. Una volta

³⁶ Seifert: “La morte cerebrale è un inganno: vi spiego perché”, op. cit.

³⁷ <https://www.aido.it/bio/pontificia-accademia-delle-scienze-aido8>

acquisita questa determinazione scompare il conflitto apparente tra il dovere di rispettare la vita di una persona e il dovere di curare o addirittura salvare la vita di un altro scompare". Per Giovanni Paolo II la morte "sopravviene quando il principio spirituale che presiede all'unità dell'individuo non può più esercitare le sue funzioni nell'organismo e sull'organismo, i cui elementi, lasciati a se stessi si dissociano" (14 dicembre 1989).

Il Papa non parlò dell'encefalo, ma il lavoro della Pontificia Accademia, giunse alla conclusione che quel principio spirituale responsabile dell'integrazione delle diverse parti corporee non poteva che essere il cervello, e che dunque la nuova definizione di morte in termini cerebrali poteva essere condivisibile. "Il cervello è il centro ricevente di tutte le esperienze sensorie, cognitive ed emotive e agisce come motore centrale neuronale dell'esistenza. Occorre riconoscere che la *cessazione della circolazione al cervello causa la morte"³⁸.

E, san Giovanni Paolo II, in occasione del discorso al XVIII Congresso Internazionale della Società dei Trapianti chiarì che "il recente criterio di accertamento della morte, cioè la cessazione totale e irreversibile di ogni attività encefalica, se applicato scrupolosamente, non appare in contrasto con gli elementi essenziali di una corretta concezione antropologica" (29 agosto 2000).

A questo punto una domanda è d'obbligo: come porci nei confronti di tale dichiarazione? Il citato professor Seifert così risponde: "Non siamo obbligati ad accettare questo discorso del Santo padre Giovanni Paolo II nella sua interezza. Dobbiamo solo accettare la dichiarazione magisteriale per cui possiamo espiantare organi vitali unici (non doppi) solamente da persone certamente defunte (ex cadavere, come formulato da papa Benedetto XVI), ma non dobbiamo nemmeno acconsentire alla dichiarazione chiaramente errata di Giovanni Paolo II sul fatto che ci sia un consenso universale nella comunità medica intorno alla 'morte cerebrale' come morte effettiva, né dobbiamo convenire che sia legittimo estrarre organi vitali da pazienti dichiarati 'cerebralmente morti' "³⁹.

Ma pure il cardinale E. Sgreccia presidente della Pontificia Accademia per la Vita, uomo di ampia conoscenza e profonda saggezza, **Gonzalo Miranda**, allora segretario Operativo del Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e il cardinale D. Tettamanzi⁴⁰ erano favorevoli alla tesi.

Parte dei bioetici cattolici è sfavorevole poiché troviamo sempre più persone giudicate cerebralmente morte ma oggi vive.

Il cardinale di Colonia J. Meisner nel 2008 in occasione dei lavori del Parlamento tedesco sul tema del trapianto di organi, affermò: "Allo stato attuale del dibattito l'identificazione della morte cerebrale con la morte dell'uomo non è più sostenibile dal punto di vista cristiano. L'uomo non può essere ridotto alle sue funzioni cerebrali. Non si può dire che la morte cerebrale significhi la morte, né che sia un segno di morte. Essa non è neppure il momento della morte. Tutte le riflessioni sulla donazione degli organi devono pertanto partire dall'idea che un uomo, per il quale è stata accertata secondo le regole dell'arte medica soltanto la morte

³⁸ <http://www.pas.va/content/accademia/it/publications/extraseries/braindeath.html>

³⁹ Seifert: "La morte cerebrale è un inganno: vi spiego perché", op. cit.

⁴⁰ Nuova bioetica cristiana, op. cit., pg. 495.

cerebrale, è ancora vivo"⁴¹.

Nel 2005, la Pontificia Accademia delle Scienze, riaprì la discussione e numerosi esperti parlarono della mancanza di attendibilità scientifica del criterio della morte cerebrale⁴². E nel settembre 2008, in occasione dei 40 anni dal rapporto di Harvard, Lucetta Scaraffia affermò in un articolo sull'Osservatore Romano che la "Chiesa cattolica, consentendo il trapianto degli organi, accetta implicitamente questa definizione di morte, ma con molte riserve: per esempio, nello Stato della Città del Vaticano non è utilizzata la certificazione di morte *cerebrale"⁴³.

Il 7 novembre 2008, papa Benedetto XVI ribadì al Congresso internazionale sul tema: "E' utile ricordare, comunque, che i singoli organi vitali non possono essere prelevati che *ex cadavere*, il quale peraltro possiede pure una sua dignità che va rispettata. La scienza, in questi anni, ha compiuto ulteriori progressi nell'accertare la morte del paziente. E' bene, quindi, che i risultati raggiunti ricevano il consenso dall'intera comunità scientifica così da favorire la ricerca di soluzioni che diano certezza a tutti. In un ambito come questo, infatti, non può esserci il minimo sospetto di arbitrio e dove la certezza ancora non fosse raggiunta deve prevalere il principio di precauzione. E' utile per questo che si incrementi la ricerca e la riflessione interdisciplinare in modo tale che la stessa opinione pubblica sia messa dinanzi alla più trasparente verità sulle implicanze antropologiche, sociali, etiche e giuridiche della pratica del trapianto. In questi casi, comunque, deve valere sempre come criterio principale il rispetto per la vita del donatore così che il prelievo di organi sia consentito solo in presenza della sua morte reale". Ma già da cardinale, nel 1991, Ratzinger tenne una relazione sulle "minacce contro la vita" nella quale affermò: "Più tardi, quelli che la malattia o un incidente faranno cadere in un coma 'irreversibile' saranno spesso messi a morte per rispondere alle domande di trapianti d'organo o serviranno, anch'essi, alla sperimentazione medica, come 'cadaveri caldi' ", parole che mostrano le forti riserve del cardinale sui criteri di Harvard e sulla pratica che ne era derivata. Anche nel Compendio del Catechismo della Chiesa Cattolica da lui coordinato si legge: "Per il nobile atto della donazione degli organi dopo la morte deve essere pienamente accertata la morte reale del donatore" (476).

Non essendo medici non ci permettiamo di esprimere un giudizio professionale ma solo ribadire che non è eticamente accettabile che il destino di un uomo possa essere deciso in base alla visione utilitarista che abbiamo trattato nel primo capitolo, distinguendo tra vite degne e indegne di essere vissute, ponendo attenzione al buonismo che potrebbe annebbiare la lucidità di molti come quando si afferma che i trapianti salvano vite umane destinate alla morte. Ma noi ci chiediamo: quante persone a cui sono stati espianati gli organi se lasciate vivere avrebbero potuto risvegliarsi o migliorare le loro condizioni di vita? Per questo il Catechismo della Chiesa Cattolica saggiamente afferma: "E' moralmente

⁴¹ P. BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi. Una questione di etica giuridica*, Morcelliana, Brescia 2008, pg. 115.

⁴² Cfr.: R. DE MATTEI (a cura di), *Finis Vitae: Is Brain Death still Life?*, Rubettino, Soveria Mannelli (CZ) 2006; R. DE MATTEI (a cura di) *Finis Vitae. La morte cerebrale e ancora vita?*, Rubettino, Soveria Mannelli (CZ), 2007.

⁴³ L. SCARAFFIA, *I segni della morte*, L'Osservatore Romano, 3 settembre 2008, pg. 3.

inammissibile provocare direttamente la mutilazione invalidante o la morte di un essere umano, sia pure per ritardare il decesso di altre persone"(2296). "Anche se la morte é considerata imminente, le cure che d'ordinario sono dovute ad una persona ammalata non possono essere legittimamente" (2279).

Come riprova dell'estrema prudenza e ponderazione che va adottata, riportiamo il caso di Sam Hemming, 22 anni, inglese che in seguito ad un incidente stradale fu trasportata in coma cerebrale allo University Hospital in Coventry. Dopo 19 giorni fu dichiarata cerebralmente morta e i medici decisero di spegnere la ventilazione. Ma al momento di procedere un medico accidentalmente toccò il piede della ragazza con un panno gelido, producendo il movimento del pollice. Ripetuto più volte lo stimolo la giovane reagiva sempre allo stesso modo. Gli venne applicata la tracheotomia finché non riprese a respirare da sola. Prima di procedere alla rimozione della ventilazione i medici avevano fatto tutti i test e i risultati attestavano l'assenza completa dell'attività cerebrale; si è laureata nel 2016 dopo essere stata dichiarata morta.

2.2.2.2.IL CONSENSO

L'altra condizione etica per procedere al prelievo di organi da cadavere è "il consenso"; una questione anche questa molto controversa!

Abbiamo già evidenziato che la normativa del 1999 prevedeva il principio del "silenzio-assenso informato" modificando la precedente legge che richiedeva l'esplicita e previa approvazione all'espianto da parte del donatore o dei suoi familiari.

Perciò, oggi, tutti i cittadini sono potenziali donatori, eccetto quelli che dichiarano il contrario. Dal 2010 è permesso inserire nella "carta di identità" il consenso o il diniego alla donazione di organi in caso di morte. E' stato costituito un database nazionale, il "Sistema informativo trapianti" (SIT), per inserire le informazioni in un'unica banca dati consultabile 24 ore su 24 dai centri per i trapianti. Per modificare la propria volontà il cittadino deve recarsi presso le aziende ospedaliere, le Asl, gli ambulatori dei medici di base, i Centri regionali per i trapianti o, in occasione del rinnovo della carta d'identità, presso i comuni.

È utile ricordare che pur essendo tutti potenziali donatori, sono cinque le modalità previste per esprimere la propria volontà in ordine alla donazione di organi che coscientizzano la scelta. Oltre alla registrazione sulla carta d'identità, si può manifestare la propria scelta presso la Asl di riferimento (o il proprio medico di base), compilando il "tesserino blu" del ministero della Salute o il tesserino di una delle associazioni di settore, stendendo un atto olografo presso l'Associazione Italiana Donatori di Organi (Aido), redigendo una dichiarazione di consenso da portare sempre con sé come fece papa Benedetto XVI che confidò: "Da parte mia posso solo dire che sono anni che ho dato tutta la mia disponibilità a donare, eventualmente, i miei organi a chi si trova nel bisogno. Sono iscritto da anni all'associazione e portavo sempre con me il documento dove, oltre ai miei dati personali, era scritto che io ero disponibile, di fronte ad un'evenienza, ad offrirei miei organi per aiutare chiunque avesse bisogno: è un atto d'amore, un atto d'affetto gratuito e di disponibilità"⁴⁴.

⁴⁴ BENEDETTO XVI, *Alle associazioni di Donatori di Organi*, 27 maggio 2007.

Il principio del “silenzio-assenso-informato” è eticamente condivisibile per ottenere una maggiore disponibilità di organi da trapiantare. Nessuno per timore è “obbligato a essere donatore”, ma è imperdonabile non manifestare alcun parere semplicemente per pigrizia, per negligenza o per mancata sensibilità alla donazione.

Non possiamo scordare, infine, che la decisione di donare gli organi, implica in alcuni una riflessione su di sé e sul significato che si vuole donare alla propria vita e anche una meditazione sul senso della morte.

2.3. GLI XENOTRAPIANTI

Da tempo la ricerca scientifica si sta indirizzando anche verso gli xenotrapianti che riguardano l'innesto nell'uomo di organi, tessuti o cellule di una specie animale.

In Italia la materia è regolata dal Decreto legislativo n 26 del 4 marzo 2014: “Attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici”⁴⁵, che tratta più in generale della sperimentazione animale. In base ad essa, gli xenotrapianti di organi solidi non è ammessa. Sono invece permessi gli xenotrapianti di cellule, sia dall'animale all'uomo che viceversa. Ad esempio, in alcuni Paesi si sta sperimentando il trapianto di cellule pancreatiche porcine (dette ‘insule di Langherans’) in soggetti umani malati di diabete di tipo 1 (diabete giovanile), usando però la cautela di “incapsulare” queste cellule in microsfele di materiale biocompatibile, in modo da rendere più difficile sia l'insorgenza del rigetto, sia la trasmissione di eventuali agenti patogeni”. Questo è un punto cruciale anche perché consente di portare avanti sia studi di ricerca oncologica che sperimentazioni di medicina rigenerativa.

I primi tentativi di xenotrapianti furono degli anni '70 del XX secolo, quando si raggiunse come massimo successo la sopravvivenza per nove mesi di un uomo al quale era stato trapiantato il rene di uno scimpanzé. Successivamente fu la volta della piccola Baby Fae che sopravvisse ventuno giorni con il cuore di un babbuino. Negli anni '90 furono eseguiti trapianti di cuore e di fegato prelevati da maiale, con risultati deludenti poiché i pazienti trapiantati sopravvivevano solamente pochi giorni.

Nei vari studi si scoprì che l'animale da preferire per gli xenotrapianti è il maiale; le sue caratteristiche biologiche particolarmente affini all'uomo la rendono più candidabile.

Due i problemi più complessi: il rigetto e il rischio infettivo.

Per quanto riguarda “il rigetto” si stanno producendo da tempo maiali geneticamente “ingegnerizzati”, cioè resi più compatibili sotto il profilo immunologico con l'uomo. Ma, pure in queste sperimentazioni, i risultati positivi sono alquanto limitati; un anno al massimo di sopravvivenze nelle scimmie.

Per quanto riguarda “il rischio infettivo”, l'organo porcino trapiantato potrebbe essere veicolo di virus che nell'animale non danno malattia, ma nell'uomo sì. Ma, potrebbe esserci anche un rischio maggiore; un agente infettivo, non ancora noto, che si trasmetterebbe con un trapianto del genere, non solo al ricevente, ma potenzialmente a tutta la comunità umana. Comunque, a oltre vent'anni dalla

⁴⁵ Cfr.: G.U. n. 61 del 14 aprile 2014.

scoperta dei retro-virus porcini, siamo sicuramente più attrezzati con farmaci anti-retrovirali per affrontare eventuali infezioni di questo tipo.

Quale valutazione etica fornire agli xeno-trapianti?

La risposta all'interrogativo concerne il più generale problema del rapporto dell'uomo con gli animali che in parte abbiamo già trattato in precedenza.

Il futuro degli xenotrapianti è grandemente dubitabile perciò proseguono studi riguardanti "modalità alternative" come gli organi bioartificiali, che possono sostituire, per un determinato tempo o anche definitivamente, l'organo non funzionante, o sulle cellule staminali adulte e non embrionali che riparano, in parte, l'organo deteriorato.

Conclusioni

I trapianti sono "legittimati dal principio di solidarietà che unisce gli esseri umani e dalla carità che dispone il dono verso i fratelli sofferenti"⁴⁶.

Il Catechismo della Chiesa Cattolica rammenta: "La donazione di organi dopo la morte è un atto nobile e meritorio ed è da incoraggiare come manifestazione di generosa solidarietà" (2296).

Il Vangelo avverte: "Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici" (Gv. 15,13).

E, l'altruismo, è la sola giustificazione del dono di organi, e in questo risiede la motivazione per una politica dei trapianti.

⁴⁶ CARTA DEGLI OPERATORI SANITARI, op. cit., n. 67.