

## Parte sesta

# ALCUNE “PROBLEMATICHE” BIOETICHE

### Cap. 18 - TRAPIANTO DI ORGANO

Il trapianto di organo suscita ampio interesse poiché la medicina, negli ultimi decenni, è passata da una tipologia demolitiva dell'organo malato alla sua sostituzione raggiungendo risultati incoraggianti, consentendo a malati destinati alla morte di guarire o di condurre una soddisfacente qualità di vita. L'argomento, quindi, potrebbe mostrarsi ovvio nella sua illustrazione ma, concretamente, provoca “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 tollerabili che si possono imporre al progresso delle scienze e delle tecniche, sul sacro e il profano, sull'umano e il divino”<sup>1</sup>. In altre parole, trattare del trapianto d' organo, significa confrontarsi con il corpo umano, con la salute, con la vita e con morte. E, in questa discussione, l'etica assume un'autorevolezza (consenso del donatore e del ricevente, vincoli per espunti da viventi, accertamento della morte del donatore...), più maggiore 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 mancano organi o tessuti, i trapianti subirebbero un arresto brutale”<sup>2</sup>.

Il pioniere dei trapianti fu il chirurgo e biologo francese A. Carrel (1873-1944) che nei primi anni del '900 mantenne vive delle cellule umane poi trapiantate negli animali. I primi trapianti sull'uomo, riguardanti il rene, furono eseguiti negli Stati Uniti tra il 1954 e il 1962 e, negli ultimi decenni del ventesimo secolo, s'incrementarono celermente. In Italia, all'avanguardista dei trapianti di rene, fu il professore C.U. Casciani. Famoso è anche il primo trapianto di cuore, effettuato nel 1967 da C. Barnard che però fallì per il rigetto dell'organo trapiantato e, vari trapiantati, vissero per poco tempo dopo gli interventi. Nel 1978, J. Borel, scoprì la “Ciclosporina A”, farmaco che indebolendo la risposta immunitaria verso l'organo trapiantato, diminuì gli episodi di rigetto.

A fronte di risultati incoraggianti perdurano, però, lunghe “liste d'attesa” di malati che attendono un donatore immuno-compatibile. Nel 2019, in Italia, 8.713 malati hanno richiesto un organo, mentre i pazienti trapiantati furono 3.718; 3.407 da donatori deceduti e 311 da vivente. Per quanto riguarda i tessuti, il numero dei trapianti effettuati furono 16.468, di cui 848 da cellule staminali emopoietiche<sup>3</sup>.

---

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

<sup>2</sup> A. L. CAPLAN, *Testimony to the Subcommittee on Health and the Environment of the United States Congress 1990*, in *Middle East* Vol. 25 (1993) p. 311.

<sup>3</sup> Dati pubblicati il 18 febbraio 2020 dal Ministero della Salute.

# 1. Normativa

Molteplice è la normativa italiana sui trapianti d'organi anche se fondamentali sono le leggi 644/1975 e 91/1999.

Legge 644/1975: "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". Questa normativa indicava le condizioni per l'accertamento della morte del donatore e l'obbligatoria dichiarazione del consenso alla donazione. La legge stabiliva che la conferma della morte fosse accertata con un elettrocardiogramma della durata non minore di venti minuti. Si doveva constatare, inoltre, l'assenza di attività elettrica del cervello con un elettroencefalogramma ripetuto nel periodo di dodici ore, in seguito ridotte a sei. Da ultimo, andava verificata l'assenza di respirazione spontanea. La legge, in più, vietò il prelievo se il defunto non aveva sottoscritto un consenso scritto. In assenza di questo, l'autorizzazione poteva essere accordata dai familiari prossimi (genitori, coniuge, figli), poiché lo Stato gli riconosceva il diritto di disporre del cadavere del congiunto. La normativa, con il trascorrere del tempo, apparve inadatta a raccogliere le richieste che scaturivano dalle nuove opportunità offerte dalla trapiantologia e, per molti, era farraginoso la manifestazione del consenso. Tanti, ignoravano le opportunità offerte dai trapianti di organo, altri erano indifferenti o negligenti nei riguardi delle altrui sofferenze.

Legge 91/1999: "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti". La normativa riorganizzò il settore congiuntamente ai "Decreti Attuativi" del Ministero della Salute dell'8 aprile 2000 e del 20 agosto 2019. L'aspetto innovativo interessava "il consenso", introducendo il principio del "silenzio-assenso informato". Dopo aver evidenziato l'opportunità 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". Dunque, fu capovolto, il principio vigente! Con la legge del 1975 nessuno era donatore, tranne chi espressamente lo esprimeva; con la normativa del 1999 tutti i cittadini divennero potenziali donatori, eccetto quelli che avrebbero dichiarato la loro contrarietà. Con il Decreto dell'8 aprile 2000, furono fissate le disposizioni attuative della legge, soprattutto sulle modalità di dichiarazione di volontà dei cittadini. Il Decreto stabilì regole e criteri condivisibili nell'ambito dell'etica personalista, onorando primariamente la dignità della persona. Norme, regole e criteri che però restarono alquanto evanescenti. Ecco allora il Comunicato del 20 agosto 2019, pubblicato sul sito web del Ministero della Salute. "Il ministro della Salute, Giulia Grillo, ha firmato il decreto ministeriale che contiene le norme del regolamento sul Sistema Informativo Trapianti (Sit), previsto dalla legge 91 del 1° aprile 1999 sul silenzio-assenso sulla donazione di organi." Il Comunicato poi aggiunse: "nei prossimi mesi saranno attuate le altre prescrizioni della legge 91/1999, cioè l'adeguamento dell'Anagrafe Nazionale degli Assistiti (Ana) in tutte le aziende sanitarie. Abbiamo finalmente sbloccato dopo 20 anni un passaggio fondamentale per l'applicazione

del silenzio-assenso previsto dalla legge sulla donazione degli organi approvata nel 1999, ma rimasta lettera morta. Potranno così essere salvate molte più vite”<sup>4</sup>.

## **2. Tipologie di trapianti e aspetti medici ed etici**

Cos'è un trapianto? “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)”<sup>5</sup>.

Quali organi sono trapiantabili dopo il prelievo da cadavere? “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”<sup>6</sup>.

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

Tra le varie problematiche mediche, la maggiore si riferisce alla rapidità di espianto per proteggere l'organo dall'anossia e favorire l'attecchimento nel ricevente.

### **2.1. AUTOTRAPIANTI**

Gli autotrapianti, definiti anche “autoinnesto” o “innesto autoplastico”, interessano “la riparazione” di parti ustionate o infette del corpo. Per questo, possiamo qualificarli anche interventi di chirurgia estetica. La legittimità etica è offerta dal “principio di totalità”; la persona può sacrificare una parte del suo corpo per salvaguardare l'intero organismo.

Quando una grave menomazione procura disagio alla serenità globale e compromette l'armonia della persona e il suo futuro relazionale e professionale è autorizzato l'intervento. Questo non è applicabile alle forme ossessive o di vanità che talvolta si riscontrano nel settore estetico e che giustificano il ricorso alla chirurgia estetica con alibi effimeri.

### **2.2. OMOTRAPIANTI**

Il prelievo di organi può avvenire da vivente o da defunto.

#### **2.2.1. DA VIVENTE**

Chi acconsente liberamente la donazione di un suo organo compie un atto di solidarietà altamente meritorio, poiché condivide con agli altri anche la propria

---

<sup>4</sup> <http://www.trapianti.salute.gov.it/trapianti/dettaglioComunicatiNotizieCnt.jsp?lingua=italiano&area=cnt&menu=media&sottomenu=news&id=498>

<sup>5</sup> M.P. FAGGIONI, *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, Camilliane, Torino 2004, p. 193.

<sup>6</sup> *Carta degli operatori sanitari*, op. cit., n. 88.

organicità.

Orientamenti.

1. Possono essere donati unicamente organi non vitali, cioè parti del corpo che non compromettano un'adeguata qualità di vita.

Negli anni '50 del XX secolo, papa 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" (14 maggio 1956). La persona, dunque, non può donare un organo fondamentale per la propria sopravvivenza, poiché l'amore autentico deve calcolare la proporzione e le conseguenze degli atti. Anche la legge 458/1967 proibì di disporre del proprio corpo come disciplinato dal Codice Civile: "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando sono contrari alla legge" (art. 5). Pertanto, si possono donare unicamente "organi doppi": rene, settori del fegato o del polmone o elementi agevolmente rigenerabili come il midollo osseo.

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

Il donatore deve essere informato sulle limitazioni che potrebbe accusare nel tempo e riguardo la procedura cui sarà sottoposto. Nella scelta, il donatore, non dovrà essere condizionato da pressioni esterne o ricatti morali, sociali ed economici ma la decisione dovrà essere libera, volontaria e solidale, essendo la donazione sempre un dono. Pure il trapiantato va reso edotto sulla tipologia d'intervento, sui rischi e sui vantaggi. Non possiamo scordare, che accogliere un organo, potrebbe stravolgere la sua immagine e quella del suo corpo.

3. Gratuità.

E' un'altra condizione primaria "dal momento che non si dona semplicemente qualcosa di proprio ma si offre qualcosa di sé"<sup>7</sup>. Inoltre, unicamente la gratuità, sconfiggerà il commercio di organi umani espianati da morto o da vivente, anche da bambini il più delle volte 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 compiuti 11mila espianati da condannati a morte<sup>8</sup> e in Nepal un rene costa 3mila euri<sup>9</sup>. Ma, accanto al racket, non dimentichiamo il business miliardario dei trapianti (circa 32 miliardi nel 2018) che potrebbe allettare molti. La donazione, sarebbe auspicabile che avvenisse prevalentemente tra consanguinei, sia per una superiore compatibilità immunologica tra donatore e ricevente, sia per tutelare la gratuità. Da qualche anno, anche in Italia, è prevista un'altra tipologia di donazione, quella denominata "samaritana", ossia "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"<sup>10</sup>. Due elementi caratterizzano questa prassi: l'eccezionalità dell'azione e il rigoroso

---

<sup>7</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Alle associazioni di Donatori di Organi*, 20 novembre 1991.

<sup>8</sup> Fonte: *Rapporto OMS 2019*.

<sup>9</sup> Cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere sul traffico illegale di organi umani tra viventi*, Roma 2013, p. 15.

<sup>10</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La donazione da vivo del rene a persone sconosciute*, Roma 2010, p. 12.

anonimato del donatore, oltre un'attenzione peculiare alle motivazioni e alle condizioni fisiche e psicologiche di quest'ultimo.

Riguardo al vincolo dell'anonimato, il Comitato Nazionale per la Bioetica, fece delle aperture rispondendo ad un quesito posto dal Centro Nazionale Trapianti (CNT): "L'obbligo all'anonimato a cui è tenuto il personale sanitario e amministrativo in base all'art. 18, comma 2, Legge 1 aprile 1999, n. 91, può 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", reputa che trascorso del tempo, non sia in contrapposizione ai principi etici superare l'anonimato nella libera e consapevole disponibilità di entrambe le parti<sup>11</sup>.

4. Proporzione tra rischi e benefici.

Precedentemente al trapianto vanno valutate le proporzioni del danno e le fattibilità di successo, sia a livello di compatibilità tra donatore e ricevente che nell'aspetto tecnico.

5. Impossibilità di recuperare lo stesso organo da cadavere.

La donazione di organi tra viventi è subordinata all'impossibilità di reperire quello di un defunto, diversamente è più opportuno usufruire dell'organo del cadavere.

### 2.2.2.DA CADAVERE

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

Un'obiezione, di alcuni, riguarda 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 valide ragioni (...). Destinarlo (il cadavere) a fini utili, moralmente ineccepibili e anche elevati non è da condannare, ma da giustificare positivamente" (14 maggio 1956). Questa criticità 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" (cfr. 1 Cor. 6,19), l'espianto non ne lede la dignità. Tuttavia, per il prelievo di organi da cadavere, è obbligatorio attenersi ai protocolli che salvaguardino "l'accertamento della morte" e il consenso.

### ACCERTAMENTO DELLA MORTE

Il problema etico prioritario, dunque, riguarda l'accertamento della morte. Non è eticamente accettabile che per un prelievo anzitempo si velocizzi la morte, mentre è possibile l'irrorazione del sangue e dell'ossigeno che non si configura come

---

<sup>11</sup> Cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere in merito alla conservazione dell'anonimato del donatore e del ricevente nel trapianto di organi*, Roma 2018.

accanimento terapeutico ma tutela degli organi per il trapianto.

In passato, il criterio di riferimento per verificare la morte, era quello dell'interruzione delle funzioni cardio-circolatorie. Con il trascorrere del tempo, il riferimento medico-scientifico divenne il criterio "neurologico" (morte celebrale totale). Ma, di fronte a tale "criterio" scaturiscono due interrogativi che non trovano nella scienza, nella filosofia e neppure nella bioetica una risposta univoca. Chi è dichiarato morto a livello cerebrale è realmente defunto? Sono adeguati gli strumenti oggi utilizzati per accertare il decesso? Tentiamo di offrire alcune risposte.

Prospettiva scientifica.

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 degli organi. Si favorì il criterio "neurologico", essendo l'encefalo (cervello, cervelletto, tronco cerebrale), secondo gli studiosi del Harvard Medical School, a presiedere l'esistenza e a sostenere anche l'attività cardio-circolatoria. Pertanto, la "morte celebrale", 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" (legge 578/1993, art.1). Ma, secondo quali evidenze scientifiche, si può identificare la morte con la cessazione delle sole funzioni dell'encefalo, poiché la scienza non ha mai dimostrato che il principio vitale dell'organismo umano risieda in un organo, cioè nel cervello che rimane, come vedremo inseguito, "un mistero"? Già in quel lontano 1968, accreditati scienziati, dubitarono sia sull'affermazione base che sui criteri della Harvard Medical School pubblicati sul *Journal of American Medical Association*, con il titolo: "A Definition of Irreversible Coma" (Una definizione di coma irreversibile)<sup>12</sup>. Lo dimostra il fatto che da allora sono stati divulgati decine di articoli al riguardo, e molti medici hanno ammesso "il recupero" di pazienti in stato comatoso.

Quali sono le prove, secondo gli studiosi di Boston, di verifica neurologica per definire la morte celebrale? La presenza del coma areattivo, la mancanza dei riflessi del tronco encefalico, l'assenza di respiro spontaneo appurato mediante il "test di apnea" che però, in tanti, ritengono rischioso e azzardato. Il "Test di apnea" si svolge togliendo il supporto respiratorio meccanico al paziente per dieci minuti per verificare se riprenderà a respirare autonomamente. L'esame è problematico per due motivi: il danno ipossico che provoca all'organismo, particolarmente a livello neuronale, e di conseguenza la compromissione di un ipotetico recupero. Inoltre, a seguito di un prolungato periodo d'intubazione, per ripristinare una respirazione spontanea necessiterebbe uno "svezzamento graduale". Affermò il professor C. G. Coimbra 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

---

<sup>12</sup> Cfr. *Journal of the American Medical Association/JAMA*, 209 (1968) pp. 337-433.

normale vita quotidiana; il loro tessuto nervoso può essere solo silenzioso, non irreversibilmente danneggiato, come conseguenza di una parziale riduzione di 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 passaggio più importante per la diagnosi di 'morte cerebrale' o morte staminale) può indurre un collasso circolatorio intra-cranico prevenendo così il recupero neurologico (...). Durante il test di apnea possono verificarsi anche l'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"<sup>13</sup>. Dunque, il test, può provocare la morte in pazienti con gravi lesioni cerebrali. Ma, perché 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"<sup>14</sup>.

Prospettiva filosofica.

Il filosofo austriaco J. Seifert, rettore dell'Accademia Filosofica Internazionale del Liechtenstein ed ex membro della Pontificia Accademia per la Vita, avanzò più volte pesanti obiezioni sulla morte celebrare e sulle procedure che riconoscono nella cessazione delle funzioni dell'encefalo la morte dell'individuo. Così si giustifica il filosofo. "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 'cerebralmente morta' una mamma 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 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 d'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

---

<sup>13</sup> P. DI PAUL, A. BYRNE, C. G. COIMBRA, R. SPAEMANN, M. ARZÚ WILSON, "Brain Death" non è la morte!, dalla relazione al Convegno organizzato dalla Pontificia Accademia delle Scienze: "I segni della morte" (3-4 febbraio 2005).

<sup>14</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=83FV7CCdCQY> – 21 maggio 2019.

di questo essere umano integrato e in via di sviluppo, non la sua causa né il suo unico portatore”<sup>15</sup>.

Prospettiva bioetica.

Una parte dei bioeticisti cattolici è favorevole al criterio della morte celebrale. 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”<sup>16</sup>. Di fronte alla complessità dell’argomento, la Pontificia Accademia, convocò nel dicembre del 1989 un gruppo di lavoro che incontrò san Giovanni Paolo II. Secondo il Pontefice, non vi è altra via che quella di “determinare nel modo più esatto possibile il momento preciso e il segno irrecusabile della morte. Una volta 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”. 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 citò l’encefalo, ma il lavoro della Pontificia Accademia concluse che quel principio spirituale responsabile dell’integrazione delle diverse parti corporee era il cervello; di conseguenza la definizione di morte cerebrale era 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”<sup>17</sup>. Pure il cardinale E. Sgreccia presidente della Pontificia Accademia per la Vita, G. Miranda, allora segretario Operativo del Centro di Bioetica dell’Università Cattolica del Sacro Cuore e il cardinale D. Tettamanzi<sup>18</sup> erano favorevoli alla tesi. Invece, alcuni bioetici cattolici, si mostrarono contrari, dato che varie persone ritenute cerebralmente morte, hanno invece proseguito la loro esistenza. Ad esempio, l’arcivescovo emerito di Colonia, il cardinale J. Meisner, nel 2008 ai 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 al quale è stata accertata la morte secondo le regole dell’arte medica ma soltanto la morte cerebrale, è ancora vivo”<sup>19</sup>. Nel 2005, la Pontificia Accademia delle Scienze, riaprì la discussione e numerosi esperti evidenziarono l’inattendibilità scientifica del criterio della morte

---

<sup>15</sup> Cfr. B. FRIGERIO, *Seifert: “La morte cerebrale è un inganno: vi spiego perché”*, in *La Nuova Bussola Quotidiana* 21 luglio 2018.

<sup>16</sup> <https://www.aido.it/bio/pontificia-accademia-delle-scienze-aido8>

<sup>17</sup> <http://www.pas.va/content/accademia/it/publications/extraseries/braindeath.html>

<sup>18</sup> *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., p. 495.

<sup>19</sup> P. BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi. Una questione di etica giuridica*, Morcelliana, Brescia 2008, p. 115.

cerebrale<sup>20</sup>. E nel settembre 2008, in occasione dei quarant'anni dal rapporto di Harvard, L. Scaraffia scrisse in un articolo pubblicato da L'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"<sup>21</sup>. Il 7 novembre 2008, papa Benedetto XVI affermò a un Congresso internazionale sul tema: "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 s'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: "Quelli che la malattia o un incidente faranno cadere in un coma 'irreversibile' sono spesso messi a morte per rispondere alle domande di trapianti d'organo o servono, anch'essi, alla sperimentazione medica, come 'cadaveri caldi' ", parole che evidenziarono le riserve del cardinale sui criteri di Harvard e sulle pratiche derivate. 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" (n. 476).

Non essendo medici, non abbiamo la competenza di esprimere un giudizio professionale, ma solo di ribadire che è eticamente inaccettabile che il destino di un individuo sia determinato dalla concezione utilitarista, distinguendo tra vite da rispettare e vite da manipolare, inoltre occorre superare il "buonismo" che potrebbe annebbiare la lucidità di molti. Terminando, una domanda è d'obbligo: quante persone cui sono stati espianati gli organi se curate avrebbero potuto "risvegliarsi"? Nessuno può conoscere i numeri, ma il Catechismo della Chiesa Cattolica, saggiamente afferma: "E' moralmente inammissibile provocare direttamente la mutilazione invalidante o la morte di un essere umano, sia pure per ritardare il decesso di altre persone"(n. 2296). "Anche se la morte é considerata imminente, le cure che d'ordinario sono dovute a una persona ammalata non possono essere legittimamente interrotte" (n. 2279).

#### IL CONSENSO

L'altra condizione etica per procedere al prelievo di organi da cadavere è "il consenso"; dibattito anche questo controverso. Abbiamo già evidenziato che la normativa del 1999 presuppone il principio del "silenzio-assenso informato".

---

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> L. SCARAFFIA, *I segni della morte*, in *L'Osservatore Romano*, 3 settembre 2008, p. 3.

Perciò, oggi, tutti i cittadini sono potenziali donatori, eccetto quelli che dichiarano il contrario. Dal 2010 si è autorizzati a includere nella “carta di identità” il consenso o il diniego alla donazione di organi. E’ stato costituito, inoltre, un database nazionale, il “Sistema Informativo Trapianti” (SIT) con dati sempre consultabile dai centri per i trapianti. È utile infine ricordare, che pur essendo tutti potenziali donatori, ci sono modalità per esprimere la propria volontà responsabilmente: la citata registrazione sulla carta d’identità o la manifestazione della propria scelta presso l’ Asl di riferimento (o il medico di base), la compilazione del “tesserino blu” del Ministero della Salute o la stesura di atto olografo presso l’Associazione Italiana Donatori di Organi (AIDO). Documenti da portare sempre con sé, come indicato da 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, a offrire i miei organi per aiutare chiunque avesse bisogno: è un atto d’amore, un atto d’affetto gratuito e di disponibilità”(27 maggio 2007).

Il principio del “silenzio-assenso-informato” è eticamente condivisibile, ma nessuno per timore è obbligato ad essere donatore, tuttavia è ingiustificabile omettere la propria volontà per negligenza.

### **2.3. XENOTRAPIANTI**

La ricerca scientifica si sta orientando anche verso gli xenotrapianti, cioè l’innesto nell’uomo di organi, tessuti o cellule di animali. In Italia la materia è regolata dal Decreto legislativo 26/2014: “Attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici”. Per questa normativa gli xenotrapianti di organi solidi sono proibiti (cfr. art. 39), mentre sono autorizzati gli xenotrapianti di cellule, sia dall’animale all’uomo che viceversa (cfr. art. 39). In alcuni Paesi, inoltre, si sta sperimentando il trapianto di cellule pancreatiche porcine (“Isule di Langherans”) in pazienti affetti da diabete di tipo 1 (diabete giovanile), avvalendosi della cautela di “incapsulare” le cellule in microsfere di materiale biocompatibile per ostacolare sia il rigetto, sia la trasmissione di agenti patogeni.

I primi tentativi di xenotrapianti furono eseguiti negli anni '70 del XX secolo, quando si raggiunse, come massimo successo, la sopravvivenza per nove mesi di un uomo che aveva subito il trapiantato di un rene di scimpanzé. In seguito, fu la volta della piccola Baby Fae; visse ventuno giorni con il cuore di un babbuino. Negli anni '90 furono eseguiti trapianti di cuore e di fegato prelevati da maiale, ma i risultati furono deludenti poiché i pazienti vissero pochi giorni.

Due problemi: il rigetto e il rischio infettivo.

Per quanto riguarda “il rigetto” si stanno allevando maiali “geneticamente ingegnerizzati”, cioè più compatibili a livello immunologico con l’uomo. Ma, pure in queste sperimentazioni, i risultati positivi sono limitati; un anno al massimo di sopravvivenze nelle scimmie.

Per quanto riguarda “il rischio infettivo”, l’organo porcino potrebbe trasferire nell’uomo un virus che nell’animale non produce malattie, ma nella persona sì. Però, il rischio maggiore dell’ agente infettivo, è la “trasmissione” non unicamente

al trapiantato ma potenzialmente a tutta la comunità umana. Ebbene, dopo oltre vent'anni dalla scoperta dei retro-virus porcini, siamo dotati di farmaci anti-retrovirali per affrontare eventuali infezioni di massa.

Qual è la valutazione etica? La risposta interessa più in generale il rapporto uomo-animale trattato in precedenza. Ma, il futuro degli xenotrapianti è alquanto incerto; per questo, proseguono gli studi sulle “modalità alternative”; gli organi bioartificiali che suppliscono per un periodo o anche definitivamente l'organo malato e le cellule staminali adulte che riparano, in parte, l'organo deteriorato.

I trapianti sono “legittimati dal principio di solidarietà che unisce gli esseri umani e dalla carità che dispone il dono verso i fratelli sofferenti”<sup>22</sup>. 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” (n. 2296). Il Vangelo avverte: “Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici” (Gv. 15,13).

L'altruismo, la generosità, la solidarietà e la carità, sono le primarie giustificazioni del dono di organi. A questi “atti buoni”, deve tenere fisso lo sguardo la politica dei trapianti.

---

<sup>22</sup> *Carta degli operatori sanitari*, op. cit., n. 67.