

**DIALOGO CON I DOCENTI DELLA SCUOLA.
I TRAPIANTI E LA DONAZIONE DEGLI ORGANI: ASPETTI SCIENTIFICI, ETICI,
MORALI E LEGISLATIVI**

di Ambrogio Aquilino

Nefrologo presso l'U.O. di Nefrologia 2 del Policlinico di Bari e presidente della sezione AIDO della provincia di Bari (a.aquilino@nephro.uniba.it - Tel.080.5592171)

PREMESSA

"Non vi è stato progresso scientifico che sia riuscito ad evitare la terribile fase in cui esistono già i mezzi per la salvezza, ma sono accessibili a pochi".

Tuttavia "l'accessibilità" ai trapianti d'organo non dipende solo dal progresso scientifico o dalla diffusione dei mezzi: essa non sarà mai tanto concreta sino a quando non si realizzerà un profondo mutamento della coscienza e della cultura collettiva su questioni che attengono assai più alla sfera dell'etica che a quella della scienza.

Il significato della morte, il problema della intangibilità del corpo, la stessa questione dell'esercizio del diritto sul cadavere, l'espressione del consenso alla donazione sono tutti argomenti su cui deve svilupparsi una nuova coscienza collettiva: a fronte di tutto ciò, vi è un mare inesplorato fatto di solidarietà e di sollievo da grandi sofferenze.

"Quando si parla di solidarietà, o di carità, sono ancora troppi quelli che percepiscono tutto come appello al buon cuore, alla generosità: qualcosa perciò di facoltativo, che uno può anche non fare e restare ugualmente tranquillo in coscienza. Si tratta invece di veri, precisi e gravi doveri fondamentali in ogni convivenza che voglia essere veramente umana, cioè degna di persone umane". (Padre Lino Ciccone)

DISCUSSIONE

Il trapianto è una terapia efficace o è ancora una tecnica sperimentale?

Notoriamente, quando i reni non funzionano più (insufficienza renale cronica terminale) è necessario adottare terapie che siano in grado di sostituirne le funzioni, segnatamente quelle di disintossicazione e di regolazione idroelettrolitica dell'organismo. Queste terapie sono rappresentate alternativamente dalla emodialisi periodica (o rene artificiale), dalla dialisi peritoneale continua o dal trapianto renale. Questi tipi di terapie sono tutte di efficacia sovrapponibile in termini di sopravvivenza degli ammalati.

Il trapianto di rene, tuttavia, è quello che garantisce la migliore qualità di vita possibile, affrancando i pazienti dalla schiavitù di sottoporsi un giorno sì e uno no, quattro ore per volta, al trattamento dialitico presso un centro ospedaliero.

Analogo discorso vale per gli altri trapianti di tessuti ed organi, quali cornea, fegato, cuore, polmone, pancreas, ossa, midollo osseo e pelle, in cui sono stati raggiunti notevoli progressi e risultati. Le cornee, a differenza degli organi, possono essere prelevati anche qualche ora dopo la cessazione del battito cardiaco e per il fatto di non comportare problemi di compatibilità immunologica, sono i tessuti in cui la tecnica dei trapianto ha maggior successo, restituendo la vista a chi non l'ha mai avuta o perduta.

E' vietato il trapianto di cervello e degli organi genitali (testicoli ed ovaie). Nel mondo, sino ad oggi, sono stati eseguiti un gran numero di trapianti e le casistiche di sopravvivenza sono assolutamente incoraggianti (vedi allegati [1](#) - [2](#) - [3](#) - [4](#)).

Quante persone sono in attesa di un organo da trapiantare?

In tutto il mondo il gruppo di pazienti più numerosi è rappresentato dai malati di insufficienza renale terminale che si sottopongono alla dialisi. Solo in Italia oltre trentamila persone sono in questa situazione e si affiancano ai poco più di settemila soggetti che hanno avuto la fortuna del trapianto.

Più esiguo è il numero dei pazienti in attesa del trapianto di altri organi, anche se per questi il problema è reso più drammatico dall' assenza

di terapie alternative, come è la dialisi per i nefropatici, che consentano di attendere più a lungo del periodo in cui si conclude, con il decesso, la storia naturale della propria insufficienza d'organo.

Si pensi che nel 1994, secondo i dati comunicati dall'AIDO, in Italia sono morte 600 persone in attesa di un trapianto.

I dati aggiornati sono riportati in allegato (5 - 6)

Quanti sono i donatori nel mondo?

La tabella precedente mostra chiaramente quanto grave sia il divario tra il fabbisogno e la realtà dei trapianti in Italia. Negli ultimi anni '90, si è registrato un importante recupero rispetto agli altri paesi d'Europa (vedi appendice).

E' straordinario il dato della Spagna, paese per molti aspetti assai simile al nostro, che oggi può vantare questo straordinario primato grazie alla perfetta organizzazione territoriale di una rete di Coordinatori locali per il reperimento degli organi, che svolge, tra l'altro, anche compiti di sensibilizzazione sociale.

Per quanto riguarda in particolare i reni, è notorio che si tratta di un organo bilaterale, per cui un donatore rende disponibili due reni da trapiantare. Analizzando la variazione della donazione di reni in alcuni paesi europei nell'arco di tempo dal 1982-93, si rileva in particolare la progressione dell'Austria, salita, in quel periodo, al primo posto grazie all'adozione di una legge che prevede un' opera di informazione ai cittadini sulla donazione ed il consenso presunto alla donazione stessa, escludendo solo quelli che abbiano in vita espresso il proprio dissenso. A questo modello si è ispirata la recente Legge (n.91 del 1.4.1999) approvata in Italia per modificare le vecchie norme sul consenso al prelievo degli organi, salvo il fatto che in questa legge sarà censito non solo il parere contrario ma anche quello esplicitamente favorevole. Anche negli USA si effettuano un gran numero di trapianti di

organi, possibili solo in base a prelievi d'organi eseguiti su cittadini che in vita abbiano espresso esplicitamente il proprio parere favorevole. Il consenso esplicito è, ovviamente, necessario, in considerazione del carattere privato del sistema sanitario americano, che esclude alcuni cittadini dall'accesso ad alcune prestazioni sanitarie: per questa stessa ragione, in quel paese, i cittadini italiani devono pagare ogni prestazione di ricovero e cura per centinaia di milioni, con un piccolo rimborso del servizio sanitario nazionale.

In appendice è evidenziata la realtà delle donazioni nel nostro paese e per ogni regione (all. 7 - 8). Come si vede drammatica è la disparità tra Nord e Sud, tale da aver sollecitato talune tentazioni discriminatorie, per il vero assai contenute. Nel Mezzogiorno è tuttavia indispensabile recuperare una grave lacuna, per altro su di un terreno, quello della solidarietà, in cui il Sud ha dato ben altre prove di capacità. Questa realtà, come appare dai dati, sta stimolando tutti i paesi a dotarsi di strumenti (legislativi, di informazione ed educazione sanitaria) per stimolare le coscienze alla donazione.

Uno di questi strumenti è rappresentato dalla carta del donatore, adottata in alcuni paesi, o dalla adesione ad associazioni di volontariato quali l'associazione Italiana Donatori d'Organi (AIDO), l'Associazione Nazionale Emodializzati (ANED) ed altre.

Qual è la struttura organizzativa e la procedura per realizzare i trapianti d'organo?

Tutti i pazienti idonei a ricevere un trapianto (cioè quelli che presentino condizioni cliniche tali da garantire una buona riuscita dell'intervento) vengono inseriti in una lista d'attesa che è regolata non da un criterio temporale, bensì da altri criteri obiettivi, in primo luogo quello delle caratteristiche genetiche del proprio organismo.

Quando si rende disponibile l'organo da trapiantare, la scelta del ricevente si effettua innanzitutto sulla identità di caratteristiche genetiche tra ricevente e donatore, secondariamente su altri criteri predeterminati quali l'età, la sussistenza di motivi di particolare urgenza (qual è ad esempio la impossibilità tecnica a continuare la dialisi), il tempo di attesa nelle liste, ecc..

La compatibilità immunologica è, in ogni caso, l'elemento fondamentale per la buona riuscita del trapianto.

Quando si siano individuati, i possibili riceventi vengono invitati a recarsi immediatamente al Centro Ospedaliero presso il quale saranno trapiantati. In questi casi, anche l'aeronautica militare mette a disposizione propri mezzi per consentire questi spostamenti. Contemporaneamente, allo stesso luogo vengono avviati, tramite staffette della polizia stradale o con gli stessi mezzi dell'Aeronautica militare, gli organi donati da trapiantare.

Tutto ciò si deve realizzare entro 4-30 ore al massimo dal momento del prelievo, a secondo degli organi da trapiantare.

Come è evidente, si tratta di uno sforzo organizzativo e professionale che merita di essere guardato con rispetto e di essere confortato da una favorevole coscienza collettiva.

Ma qual è l'ostacolo maggiore allo sviluppo di una adeguata coscienza civile alla donazione d'organi?

Sicuramente è rappresentato dalla difficoltà con la quale stenta ad affermarsi nel sentimento e nella coscienza diffusa il concetto della "morte cerebrale".

Nella cultura e nell'immaginario collettivo il concetto di morte nelle diverse epoche storiche è stato associato alle modalità attraverso le quali si riteneva che essa si realizzasse. Dapprima si pensava che fosse collegata alla cessazione della respirazione: e così, anche nella letteratura, si affermò che si spirasse "esalando l'ultimo respiro".

Poi si accertò che in realtà si fermava prima il cuore: quindi si passò a dire che "si è fermato il suo generoso cuore".

Oggi si sa che la "morte cerebrale" rappresenta il momento più precoce della scomparsa irreversibile della persona: tuttavia non è stata ancora coniata l'espressione letteraria che la rappresenti.

Oltre al modo in cui si realizza la morte, un altro elemento di grandissima importanza è rappresentato dalle modalità con le quali essa si debba accertare.

Se è facile l'accertamento della morte biologica, perché i segni di putrefazione sono rilevabili da chiunque, meno evidenti sono i parametri che ci portano a definire la morte clinica e ancor più quelli tecnici per farlo in tempi brevissimi.

Per capire la reale dimensione di questa problematica è utile seguirne l'evoluzione nelle varie epoche storiche.

E' da sempre costante preoccupazione degli uomini lo scambiare la vita con la morte e, di conseguenza, seppellire o cremare individui vivi anziché morti. Di fronte a tale possibilità, visto che per molti secoli non vi sono stati strumenti o tecniche in grado di dare risposte precise, le varie società umane hanno affrontato questo problema con grande cautela.

Molti popoli, anche in epoche recenti, hanno adottato l'abitudine di abbandonare i defunti in luoghi aperti quali caverne o edifici appositamente costruiti o, addirittura, sugli alberi affinché, in caso di errore, non accadesse nulla di irreparabile. Altri sottoponevano le persone ritenute morte a lunghi periodi di osservazione: da 4 a 14 giorni gli Egiziani, 3 giorni gli Ebrei, 8-

12 giorni gli Spartani. I Romani lasciavano esposto il cadavere 9 giorni e gli amputavano un dito prima di bruciarlo.

Inglese, Svedesi e Norvegesi abbandonavano il corpo in mare su una imbarcazione dopo averlo osservato per 10 giorni. In Estonia il congiunto morto era tenuto in casa anche 2 mesi prima della cremazione.

La situazione muta radicalmente nel Medio Evo per due ordini di motivi. La società di questo periodo deriva direttamente da quella dei barbari che avevano invaso l'impero Romano d'Occidente. Questi popoli, diversamente dagli altri descritti, non si curavano minimamente dei defunti, che seppellivano o abbandonavano immediatamente dopo un sommario accertamento. In secondo luogo la paura del contagio e delle epidemie, propria di questo periodo storico, fa sì che una pratica di questo genere non solo non venga abbandonata, ma addirittura accelerata. Se a questo si aggiunge che la morte veniva accertata da familiari o, al massimo, dal sacerdote che si trovava in casa per somministrare i sacramenti, ci si rende immediatamente conto della causa dei macabri episodi che vengono tramandati da questa epoca.

Ancora. Per tutta l'antichità si diagnosticava la morte con sistemi rudimentali assai poco precisi.

Si osservava il viso, si registrava l'assenza della vista e dell'udito, si evidenziava l'assenza del respiro con metodi empirici, tramite il mancato appannamento dello specchio posto davanti alla bocca o con metodi ancora più grossolani. Si usava, ad esempio, un bicchiere d'acqua posto sul torace della persona defunta o presunta tale e si controllava che la superficie del liquido rimanesse immobile evidenziando, così, l'assenza di movimenti della gabbia toracica e, di conseguenza, di atti respiratori. Dopo aver effettuato una di queste semplici prove si seppelliva la persona.

Solamente alla fine dei 1700 e all'inizio dei 1800 la situazione cambia. Si fanno importanti scoperte scientifiche sul funzionamento del corpo umano e dei suoi apparati, in particolare sull'apparato cardiocircolatorio; si conoscono in modo più preciso i fenomeni che determinano la morte; si utilizzano, nel diagnosticarla, prove più precise e sicure; si pone l'obbligo

dell'osservazione del cadavere per un certo periodo di tempo prima della sepoltura; si tolgono al clero e si passano ai medici gli obblighi ufficiali dell'accertamento della morte stessa.

Visto poi che per lo sviluppo della medicina diventa molto importante, sia per scopi di studio che per confermare la diagnosi, eseguire le autopsie, si pongono le basi dell'accertamento di morte precoce. Questo per l'esigenza di avere la certezza di sezionare il corpo di una persona sicuramente defunta e, nel contempo, impedire che i gruppi cellulari o gli organi che devono essere studiati, possano essere alterati o distrutti dalla carenza di ossigeno prolungata o dalla putrefazione. In questo periodo storico si sperimentano, quindi, in questo campo, parecchie tecniche, tutte tese a dimostrare l'assenza della funzionalità del cuore e della circolazione sanguigna. E' l'ascoltazione prolungata delle aree specifiche, per dimostrare la mancanza di battito cardiaco per un lungo periodo, il metodo clinico più sicuro di quest'epoca per accertare la scomparsa della persona.

Già tutti questi elementi hanno portato nel 1800 ad una diagnosi di "morte clinica" molto sicura ed abbastanza precoce.

L'invenzione dell'elettrocardiografo, apparecchio che misura l'attività elettrica del muscolo cardiaco, risolve i pochi dubbi residui e ci permette di essere certissimi della scomparsa della persona in tempo veramente breve: basta registrare l'assenza di attività elettrica del cuore per 20 minuti per avere la certezza della "morte clinica".

Anche questo brevissimo tempo di osservazione è, però, ancora troppo lungo per il prelievo di organi da trapiantare, visto che l'assenza di ossigeno e di sostanze nutritive per 20 minuti danneggia gravemente molti tessuti ed apparati. Ne è conseguita la necessità di trovare un metodo di evidenziare l'avvenuto decesso prima che gli organi perdano la loro vitalità.

L'attenzione si è quindi spostata dal cuore al cervello. Già da tempo si sapeva che le cellule nervose muoiono in brevissimo tempo: bastano pochi minuti di assenza di ossigeno per distruggerle in modo completo e irreversibile,

poche ore perché inizino i processi di putrefazione. In epoca relativamente recente, dopo gli anni '50, si è quindi coniato il termine "morte cerebrale" per indicare la condizione di completa distruzione del cervello cui segue, in breve tempo, la cessazione di ogni altra attività biologica.

L'introduzione in terapia intensiva delle macchine in grado di mantenere il respiro e la temperatura corporea ha permesso di allungare il tempo di vitalità degli altri organi in modo da avere un ulteriore margine per il prelievo e, di conseguenza, per il trapianto. C'è da registrare, per amore di precisione, che queste macchine sono state inventate e vengono primariamente utilizzate per mantenere in vita le persone per il periodo necessario a riparare i gravi danni che a volte li mettono in pericolo: il loro uso su cadaveri, perché questa è la condizione di una persona cerebralmente morta, è improprio e sbagliato, ma viene tollerato perché permette ad altri uomini di utilizzare gli organi del defunto e, quindi, di migliorare la propria condizione di vita

o, addirittura, di sopravvivere.

Di nuovo si sono studiati sistemi diagnostici adeguati affinché non sorgessero dubbi in proposito. Già l'osservazione e le prove tecniche e strumentali a disposizione danno la certezza della morte del cervello e, di conseguenza, della persona, per cui alcune nazioni (Inghilterra ed USA), hanno elaborato leggi che permettono il prelievo in base a questa sola diagnosi di "morte clinica". L'uso dell'elettroencefalografo ha portato ad una nuova situazione e ad ulteriori certezze. Quando le cellule nervose sono vive, anche se molto danneggiate, emettono delle scariche elettriche che possono essere registrate da questa macchina; quando sono morte l'apparecchio non evidenzia nulla, produce un tracciato ben preciso, che si definisce isoelettrico ("piatto"). Anche questo segno è una prova indiscutibile della morte del cervello, per cui in parecchi Stati la legge prevede questa sola condizione per il prelievo.

Come si è regolato il nostro Paese in materia di accertamento della morte?

Lo Stato Italiano, nell'elaborare la sua legislazione in materia trapianto, è stato molto curato.

Ha vagliato quanto era emerso negli altri Paesi ed ha elaborato regole che non lasciano spazio ad alcun dubbio. Ha previsto, prima di tutto, che la morte cerebrale venga dimostrata sia con le prove cliniche e strumentali, sia con l'elettroencefalogramma e che alla minima discordanza tra i due metodi non si possa procedere al prelievo. Ha aggiunto poi, come ulteriore e definitiva certezza, un periodo di

osservazione di 6 ore in cui un'équipe altamente specializzata ripeta più volte tutte le prove possibili per confermare la diagnosi di morte cerebrale. Solo dopo questo periodo di tempo e con risultati negativi in tutti gli esami effettuati viene certificata legalmente la morte del soggetto.

Su tale metodo di accertamento della morte vi è un unanime consenso scientifico ed etico.

Si veda per tutti il documento stilato dalla Pontificia Accademia delle scienze.

Dichiarazione della Pontificia Accademia delle Scienze su "Vita Artificiale e trapianti".

Su invito della Pontificia Accademia delle Scienze, un Gruppo di lavoro si è riunito nei giorni 10, 19 e 21 ottobre 1985 per studiare il *"prolungamento artificiale della vita e la determinazione esatta del momento della morte"*.

DEFINIZIONE DELLA MORTE

"Una persona è morta quando ha subito una perdita irreversibile di ogni capacità di integrare e di coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo. La morte sopravviene quando:

- a) le funzioni spontanee cardiache e respiratorie sono definitivamente cessate oppure**
- b) si è verificata una cessazione irreversibile di ogni funzione cerebrale.**

Dal dibattito è emerso che la morte cerebrale è il vero criterio della morte, giacché l'arresto definitivo delle funzioni cardio-respiratorie conduce molto rapidamente alla morte cerebrale.

Quando la totalità del cervello ha subito un danno irreversibile (morte cerebrale), ogni possibilità di vita sensitiva e cognitiva è definitivamente annullata, mentre una breve sopravvivenza vegetativa può essere mantenuta dal prolungamento artificiale della respirazione e della circolazione".

E' quindi possibile che taluni organi possano continuare a svolgere le loro funzioni in un organismo ormai irreversibilmente morto?

Si. Ciò si è determinato a seguito dello sviluppo della rianimazione: vi sono oggi delle tecnologie capaci di recuperare alla vita pazienti altrimenti destinati a morire. Tali tecnologie sono in grado di stimolare o sostituire funzioni vitali sino a quando non si ripristini una autonoma ripresa dell'attività di questi organi.

Talvolta tuttavia questi tentativi sono assolutamente inefficaci quando sia già

sopravvenuta la "morte cerebrale".

Un cervello morto in un corpo con cuore ancora battente è in realtà uno dei più macabri prodotti della moderna tecnologia. Tuttavia ciò non deve essere considerato né un paradosso né un'aberrazione: è proprio questa condizione che garantisce ancora la possibilità di salvare, attraverso la donazione degli organi, altri pazienti altrimenti destinati a morire.

Da un punto di vista etico, quali rapporti devono sussistere tra tecnologia ed autodeterminazione umana?

Esiste un timore diffuso, degno di rispetto, che rende indispensabile il confronto delle posizioni e la definizione di regole etiche e giuridiche: il timore della onnipotenza tecnologica, lo spavento per le conseguenze di tecnologie che sembrano porre se stesse come valore assoluto, sostituendo cioè valori umani consolidati. Ciò accade quando un pezzo del mondo si trasforma con velocità maggiore degli altri.

Il trapianto degli organi, in questo contesto, appare una vittima innocente su cui si scaricano tali paure.

Lo sviluppo della biologia e della medicina, il perfezionamento delle tecniche chirurgiche, la ricerca farmacologica hanno trovato impreparati sia l'etica che il diritto ed, a maggior ragione, la società civile.

In realtà, storicamente, alcune categorie dell'etica, del diritto, del sentire diffuso sono

state costruite ed hanno operato in modo semplice, nel quale esisteva un percepibile equilibrio tra scienza, diritto, politica, senso comune: ma esse non sono più idonee a far capire tutti gli aspetti della vita quotidiana.

Le innovazioni tecnologiche hanno scisso concetti che apparivano indissolubilmente legati ed hanno connesso altri concetti che apparivano necessariamente distinti.

Sembravano indissolubilmente legati procreazione e sessualità, parto e maternità, morte e salma.

Oggi si può procreare senza relazione sessuale, si può partorire senza essere madre; la salma può non essere destinata alla consumazione totale, ma può fornire ad altre persone un aiuto a vivere.

Produzione e riproduzione sembravano concetti profondamente distinti: ma quella signora americana che aveva deciso di far nascere una bambina anencefala (poi non nata) perché i suoi organi fossero trapiantati in un altro bambino sofferente ed in pericolo di vita, avrebbe compiuto un atto di produzione o di riproduzione? (Per amore di precisione, peraltro, un neonato anencefalo non può essere neanche considerato un potenziale donatore d'organi).

Quando gli sviluppi delle scienze giungono a sfondare i tradizionali confini della vita, della nascita, della morte, della qualità stessa del vivere, i criteri filosofici del possibile e del lecito non possono restare immutati.

Il tentativo di individuare il discrimine tra ieri ed oggi, tra l'antico ed il moderno può prendere le mosse da questa considerazione:

Quali criteri generali devono orientare la definizione di regole etiche e giuridiche?

Non vi è dubbio che essi debbano rispecchiare un concetto di "accettabilità" sociale: una cosa, cioè, si può considerare accettabile se è "utile" a tutti e se è "fruibile" da tutti. Le regole giuridiche, quindi, devono essere tali da favorire lo sviluppo e le applicazioni della scienza medica e biologica per meglio garantire il diritto alla salute.

In secondo luogo, se una cosa è "accettabile" da

La nuova biologia e la nuova medicina hanno fatto emergere la donna e l'uomo come detentori di un patrimonio biologico. Si può parlare cioè di diritti biologici, intesi come quei diritti della personalità attinenti al proprio patrimonio biologico, al suo miglioramento, alla sua intangibilità.

Nel dicembre 1982 l'ONU ha pubblicato un ampio documento sui diritti umani ed il progresso scientifico e tecnologico, che aiuta a costruire una carta dei diritti biologici della donna e dell'uomo: il diritto a vivere, a trovare il senso della morte, a non soffrire in misura intollerabile, a procreare e a non procreare, a non essere sottoposti a sperimentazioni di qualsiasi tipo senza consenso, a rifiutare l'eutanasia da altri

imposta.

Di fronte a tutto ciò vi è la necessità di stabilire regole etiche, di diritto che da un lato evitino sia l'abuso delle nuove tecniche sia le logiche del profitto, ma dall'altro diano la possibilità di ricorrervi da parte di chi ne ha bisogno. Rispetto alla totale novità di tali problematiche si sta sviluppando una branca a metà strada tra biologia-medicina e morale-diritto: è stata chiamata bioetica e si propone di osservare i progressi scientifici della biologia o della medicina in relazione alle conseguenze etico-giuridiche.

E' questa, peraltro, l'unica strada per continuare a garantire la libertà della scienza, quale uno dei fondamentali presupposti dello sviluppo dell'umanità.

tutti, allora deve essere privilegiato il carattere solidaristico delle scelte.

Più esplicitamente, in questioni di tal genere deve prevalere una concezione di "utilità sociale" che vincoli ciascuno ad una solidarietà collettiva, senza che abbia invece il sopravvento una logica individualista: se una cosa è utile e fruibile da tutti, insomma, è evidente che tutti debbano sentirsi impegnati alla sua realizzazione.

Queste premesse etico giuridiche sono presenti già nel nostro ordinamento e nella culture laica e religiosa?

Certamente. Per brevità, si riportano, senza commento, alcuni articoli della nostra Costituzione e la dichiarazione di Papa Giovanni Paolo II sul problema.

COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

- Art. 2 "La Repubblica richiede l'adempimento di doveri inderogabili di solidarietà politica, economica, sociale"
- Art. 3 "E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana".
- Art. 4 "Ogni cittadino ha il dovere di svolgere secondo le proprie possibilità e la propria scelta un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società".
- Art. 32 "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

IL PENSIERO DEL PAPA SUI TRAPIANTI NELL'EVANGELIUM VITAE (Paragrafo 86 capitolo IV)

Nella logica del culto spirituale gradito a Dio (c.f.Rm 12,1), la celebrazione del Vangelo della vita chiede di realizzarsi soprattutto nell'esistenza quotidiana, vissuta nell'amore per gli altri e nella donazione di se stessi.

Sarà così tutta la nostra esistenza a farsi accoglienza autentica e responsabile del dono della vita e lode sincera e riconoscente a Dio che ci ha fatto tale dono. E' quanto già avviene in tantissimi gesti di donazione, spesso umile e nascosta, compiuti da uomini e donne, bambini e adulti, giovani e anziani, sani e ammalati. E' in questo contesto, ricco di umanità e di amore, che nascono anche i gesti eroici. Essi sono la celebrazione più solenne del Vangelo della vita, perché lo proclamano con il dono totale di sé; sono la manifestazione luminosa del grado più elevato di amore, che è dare la vita per la persona amata (cf. Gv. 15,13); sono la partecipazione al mistero della Croce, nella quale Gesù svela quanto valore abbia per lui la vita di un uomo e come questa si realizzi in pienezza nel dono sincero di sé.

Al di là dei fatti clamorosi, c'è l'eroismo del quotidiano, fatto di grandi o piccoli gesti di condivisione che alimentano un'autentica cultura della vita. Tra questi gesti merita particolare apprezzamento la donazione degli organi compiuta in forme eticamente accettabili, per offrire una possibilità di salute e perfino di vita a malati talvolta privi di speranza.

Quali sono le risposte etiche, giuridiche e scientifiche alle problematiche specifiche dei trapianto?

1. Accertamento della morte

Si è precedentemente accennato al fatto che solo dagli inizi del 1800 l'accertamento della morte è stato affidato alla competenza medica.

E' noto che l'attività medica è ispirata a regole deontologiche. Sul problema specifico si è

svolta una importantissima riunione della Assemblea Medica Mondiale (Sidney 1968) da cui è scaturita una "Dichiarazione sulla determinazione del momento della morte" che ha stabilito gli elementi etico giuridici' a cui la

categoria deve ispirarsi e di cui si riportano in sintesi i punti salienti:

- ⇒ l'accertamento della morte è e deve rimanere responsabilità propria del medico;
- ⇒ una volta che sia stata accertata la "morte cerebrale", una mera sopravvivenza artificiale è utile e giustificata solo se finalizzata al prelievo di organi a scopo di trapianto;
- ⇒ la "morte cerebrale" deve essere accertata

da un collegio di medici con diverse competenze specialistiche;

- ⇒ il gruppo dei medici che accerta la morte deve essere diverso dal gruppo di quelli che eseguono il trapianto;
- ⇒ devono essere rispettate dal medico tutte le condizioni legali relative al consenso al prelievo degli organi.

2. Intangibilità e questione proprietaria sul cadavere

Sono due questioni importanti quando si parla di prelievo di organi da cadavere. Il Codice Penale Italiano prevede

quattro norme incriminatrici (artt. 410-413) che si riferiscono al cadavere umano.

Vilipendio di cadavere (art. 410); distruzione, soppressione o sottrazione di cadavere (art. 411); occultamento di cadavere (art. 412); uso illegittimo di cadavere (art. 413).

Rileva, ai nostri fini l'art. 413, che recita:

(Uso illegittimo di cadavere). - "Chiunque disseziona o altrimenti adopera un cadavere, o una parte di esso, a scopi scientifici o didattici, in casi non consentiti dalla legge, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino a lire un milione.

La pena è aumentata (art. 64) se il fatto è commesso su un cadavere, o su una parte di esso, che il colpevole sappia essere stato da altri mutilato, occultato o sottratto'.

Come si vede, intanto non vi sono norme che stabiliscono che il cadavere sia sempre intangibile: al contrario, sono previsti casi in cui è possibile dissezionare o utilizzare parti di cadavere.

E' una norma consolidata, ad esempio, il riscontro autoptico per l'accertamento delle cause di morte per coloro i quali decedono in costanza di ricovero o per morte violenta (spessissimo in quei casi in cui si esegue l'accertamento di morte per cessazione delle

funzioni cerebrali in rianimazione). La legge ha previsto la possibilità di prelievo di organi per scopo di trapianto o a fini terapeutici, vietando quello del cervello e degli organi genitali (testicoli ed ovaie) per evidenti ragioni etiche.

Come seconda questione, le norme giuridiche italiane non stabiliscono diritti di proprietà da parte dei parenti o dello Stato: ciò apre la vasta problematica del consenso al prelievo degli organi.

3. Il problema del consenso

Per quanto complessa, questa questione può essere semplificata in tre ipotesi, più una quarta possibilità quale variante tutta "italiana":

1. **prelievo da donatore volontario**
2. **prelievo in assenza di qualsiasi volontà espressa in vita**
3. **prelievo nonostante una volontà contraria**
4. **prelievo condizionato dal consenso dei parenti e dei consanguinei.**

- Rispetto al **primo caso**, non vi è dubbio che si tratta di un gesto di solidarietà umana dal valore etico assoluto. Gli elementi che ne conferiscono tale valore sono:

- l'atto del donarsi agli altri
- il totale disinteresse nel compiere questa scelta
- il fare un dono a persone assolutamente ignote.

Di fronte al significato altissimo di ciò, non è

giustificabile trincerarsi dietro pregiudizi infondati: potrebbero essere un alibi per far prevalere un interesse individualistico rispetto ad una etica della solidarietà.

- Se è riconoscibile la fondatezza di queste argomentazioni, allora può essere considerata come eticamente sostenibile la tesi di coloro che considerano possibile il prelievo degli organi anche nel **secondo caso**, quando non sia stata espressa alcuna volontà in vita rispetto alla donazione. Se una cosa è "giusta", insomma, non è necessario il consenso esplicito perché essa si possa realizzare. Ciò è tanto più vero se il problema della donazione d'organi sia stato illustrato in campagne di educazione sanitaria. In tal caso si potrebbe anche parlare di "consenso presunto".

Vi sono, peraltro, obiezioni di carattere filosofico legate alla preoccupazione che si determini una logica esasperata della sopravvivenza ed una concezione riduzionista dell'esistenza: esse meritano rispetto, soprattutto in previsione di uno sviluppo delle biotecnologie e della genetica, che prospetta un futuro in cui il trapianto degli organi sarà sostanzialmente un ricambio.

Ma proprio in questa prospettiva, bisogna considerare che, oggi, l'atto di donazione di parte di sé (sangue ed emoderivati, midollo osseo, organi e tessuti) consente terapie efficaci e, certamente, determina anche un condizionamento positivo dello sviluppo della medicina in senso solidaristico.

Secondo una definizione condivisibile (Giovanni Moro, Manuale della cittadinanza attiva, Carocci ed.), ‘...la cittadinanza attiva è la capacità dei cittadini di organizzarsi in modo multiforme, di mobilitare risorse umane, tecniche e finanziarie, e di agire con modalità e strategie differenziate per tutelare diritti, esercitando poteri e responsabilità volti alla cura ed allo sviluppo di beni comuni’.

Per tornare al settore delle donazioni, i servizi (sanità, scuola) e le Associazioni possono trovare uno spazio comune per intervenire in modo organizzato nel campo della tutela dei diritti e per realizzare, nell'ambito dell'animazione culturale, forme di promozione dell'aspettativa di singoli individui coincidenti con l'interesse collettivo. E' così che si può

Vi è un'altra considerazione da fare a questo proposito.

Negli ultimi anni, a livello mondiale si va affermando, in particolare nelle società avanzate, una nuova concezione del rapporto tra governi e cittadini, in vista di una migliore cura degli interessi comuni. L'obiettivo è quello di definire strategie comuni per il governo (in termine anglosassone 'governance') di problemi di grande rilevanza, quali il rispetto dei diritti umani, l'equità, la democrazia, la soddisfazione dei bisogni di base, la protezione dell'ambiente, ecc.. Le Nazioni Unite hanno costituito una Commissione (chiamata Commission on Global Governance) che nel 1994 ha presentato un rapporto in cui si afferma che gli stati non possono più portare da soli l'intero peso della soluzione dei problemi della società (in termine anglosassone 'government'), ma devono considerare come forze di governo anche altri attori, capaci di incidere significativamente sui risultati. A questo assunto si è giunti non solo per la complessità dei problemi della società postmoderna, ma anche per il nuovo ruolo di corresponsabilità, di competenza specifica e di partecipazione diretta che la cosiddetta "cittadinanza attiva" ha assunto, per garantire una soluzione ai problemi concreti e per affermare il rispetto dei propri diritti (di particolare interesse è, ad esempio, il coinvolgimento sempre maggiore dei cittadini nella valutazione della qualità dei servizi). Questo fenomeno, evidente anche in Italia negli ultimi venti anni, si è concretizzato nello sviluppo dell'associazionismo.

esercitare un 'potere costruttivo' per influire sul comportamento di altri soggetti (istituzionali e no), affinché siano salvaguardate le politiche pubbliche in materia di donazioni e trapianti. Le Associazioni del volontariato e della cittadinanza attiva (l'AIDO e le altre Associazioni dei donatori) mobilitano i cittadini, non solo perché questi assolvano ad una funzione di mera

testimonianza, ma per organizzare abilità e competenze specifiche per contribuire ad uno sviluppo solidaristico della scienza e della convivenza civile, sapendo di battersi per la difesa di importanti diritti: dal diritto alla salute individuale e collettiva a quello, più importante di tutti, che è il diritto alla vita. In una realtà, come quella del nostro paese, in cui il servizio sanitario considera quella dei trapianti come questione di grande interesse pubblico, privilegiando scelte di carattere solidaristico nell'organizzazione del settore, ebbene, si può considerare il consenso presunto come un impegno comune: un 'altruismo intelligente' a favore di tutti.

- **Terzo caso** è quello del prelievo sempre ed in ogni caso anche quando vi sia una volontà contraria.

Nonostante si possa affermare l'iniquità e l'inaccettabilità etica di un rifiuto alla donazione, tuttavia questa scelta deve essere sempre rispettata (spesso è motivata da convinzioni religiose, come nel caso dello scintoismo): tutte le legislazioni del mondo, compresa quella italiana, vietano esplicitamente il prelievo in questi casi.

- Paradossalmente, peraltro, la legge italiana tutela i contrari mentre non consente sempre il rispetto della volontà alla donazione: è

questo il **quarto caso**, quello che condiziona il prelievo degli organi al consenso dei familiari e congiunti.

Può accadere, cioè, che la volontà di altri prevalga sulla volontà, espressa in vita, di donare gli organi al momento della propria morte. E' questo un paradosso tutto italiano, che limita di fatto la possibilità di prelievo, soprattutto perché il momento in cui viene avanzata questa possibilità ai congiunti ed ai parenti coincide con il momento drammatico della morte del proprio caro. E' evidente che in quei momenti si determini una chiusura nel proprio dolore con la sospensione di ogni sentimento di solidarietà: talvolta scatta persino un sentimento di ripulsa e di avversione nei confronti del medico che, invece di comunicare che il proprio congiunto sta bene e si salverà, formula una richiesta di donazione degli organi.

Non vi è dubbio che una scelta già maturata consapevolmente durante la propria vita sia la soluzione più giusta da percorrere.

Proprio sul problema del consenso alla donazione degli organi, il prof. Beretta Anguissola, Presidente dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale, ha affermato nel Corso della III Conferenza interregionale sull'educazione sanitaria (Napoli, ottobre 1991) "l'opportunità di una ricerca del consenso con l'informazione e l'educazione sanitaria".

4. Pregiudizi religiosi

Per quanto possa fare sorridere, qualcuno obietta al prelievo degli organi perché ciò potrebbe pregiudicare la resurrezione: per i cattolici questo è un mistero glorioso che certamente non può essere risolto con logiche da sala operatoria. E' assai improbabile che gli storpi e coloro i quali hanno subito traumi devastanti debbano restare così nell'aldilà.

Tuttavia i pregiudizi religiosi possono fortemente condizionare la pratica dei trapianti. La religione scintoista ad esempio impedisce ai giapponesi il prelievo degli organi perché ciò precluderebbe la possibilità della reincarnazione: e così quel Paese, che primeggia in tutto, è assai arretrato su questa frontiera della scienza medica.

5. Condizionamento professionale

Un'altra obiezione potrebbe così essere formulata: è possibile che i medici possano considerare più gratificante da un punto di vista professionale fare i trapianti e che, quindi,

possano essere condizionati ad un atteggiamento di superficialità nell'accertamento della morte cerebrale?

Ciò non è assolutamente possibile per

due ordini di ragioni:

1. l'accertamento della morte viene fatto da gruppi di medici diversi da quelli che trapiantano;

2. per un rianimatore, che per primo rileva la morte cerebrale, è assai più gratificante "restituire la vita" alla gente che non segnalare cadaveri.

6. Commercio degli organi

Sui giornali sono comparse notizie di gente che in altri Paesi del mondo ha venduto ad altri un proprio rene o, peggio, di rapimenti di persone perché fossero utilizzate come donatori di organi.

Sono notizie aberranti, sconvolgenti. Queste cose accadono dove la regolamentazione di questa materia è scarsa o assente: si tratta di Paesi del terzo mondo, dell'America Latina in cui prevale, e non solo in questo caso, la logica del più forte a danno del più debole. Questi odiosi accaduti sono, tuttavia, la conferma più evidente del fatto che sia necessario regolamentare queste materie, contro il parere di coloro i quali preferiscono la "politica dello struzzo", non dettando regole e consentendo, per converso, qualsiasi tipo di abuso. Tali

aberrazioni non possono accadere assolutamente nel nostro Paese per condizioni oggettive e normative assai rigorose:

1. la donazione da vivente è consentita solo tra consanguinei;
2. al trapianto sono autorizzate solo strutture ospedaliere pubbliche, in cui non vige la logica del lucro e del guadagno;
3. i trapiantatori non hanno alcun ruolo nell'accertamento della morte;
4. l'accertamento della morte è compiuto da un gruppo di medici e non da uno solo.

Come è facile comprendere, in queste condizioni esiste un forte controllo sociale che impedisce qualsiasi ipotesi di commercio degli organi.

7. Selezione dei donatori

Tutti sono idonei a donare organi dopo la morte?

Non è che si prelevano organi anche da soggetti malati che trasmettono il proprio male a chi riceve il trapianto? Sono idonei al prelievo di organi i pazienti con morte cerebrale, a causa di lesioni cerebrali irreversibili primitive da:

- trauma cranico;
- alterazioni cerebro-vascolari;
- tumori cerebrali primitivi.

Criteri di esclusione dal prelievo di organi sono:

1. le malattie infettive (Epatiti da siero, AIDS, ecc.);
2. tumori, esclusi quelli cerebrali primitivi;
3. malattie sistemiche maligne;
4. diabete mellito;
5. ipertensione arteriosa di vecchia data;

6. traumi o malattie acute o croniche dell'organo da prelevare.

Queste precauzioni sono rivolte a garantire i diritti dei possibili riceventi per la riuscita del trapianto, senza correre il rischio che il rimedio si riveli peggiore del male.

E' da considerare, tuttavia, che ogni terapia, anche la banale aspirina, a dispetto di qualsiasi precauzione, può presentare rischi o effetti collaterali imprevedibili. Nel caso dei trapianti i risultati sono di tale rilevanza da far considerare accettabili i rischi, per la verità poco frequenti.

Inoltre, molto spesso donatori viventi, durante gli esami di laboratorio o radiologici di preparazione, hanno occasionalmente scoperto proprie malattie in fase precoce, che altrimenti non avrebbero saputo di avere.

8. Scelta dei riceventi

Ancora una possibile obiezione: la scelta del ricevente può essere condizionata da

considerazioni di favore o di lucro?

No assolutamente. Si è già detto che la

scelta si realizza innanzi tutto sulle caratteristiche di compatibilità immunologica, quindi sulla base di una serie di criteri clinici e non, stabiliti da tutti i medici che partecipano al programma trapianti. Il controllo al momento della scelta viene peraltro esercitato da più persone con diverse

competenze: i rianimatori, gli immunologi, i nefrologi o gli internisti ed i chirurghi.

Anche queste fasi, quindi, sono sottoposte ad un controllo "democratico" a garanzia dei possibili fruitori.

9. Serietà degli operatori ad hoc

Ma si può essere certi che coloro i quali eseguono i trapianti siano persone serie e non millantatori in cerca di fama o gloria personale?

Anche per questa obiezione vi è una risposta netta: i chirurghi che trapiantano sono autorizzati *ad personam* dal Ministro della Sanità, in base ad un curriculum che attesti la propria esperienza maturata in Italia o all'Estero.

Anche la struttura pubblica dove si eseguono i trapianti deve avere una apposita autorizzazione ministeriale per operare: questa viene concessa da una commissione

che periodicamente esegue anche delle ispezioni di verifica.

Quello dei trapianti è l'unico settore di intervento sanitario in cui vi sono queste regole che in altri Paesi sono definite di "accreditamento".

E' questo un ulteriore elemento di garanzia che viene offerto agli utenti: bisognerebbe auspicare che ci siano regole analoghe anche negli altri settori, in cui spesso compaiono, specie nel campo privato, grandi "guaritori" di cui nessuno è in grado di accertare la reale capacità.

La Legislazione italiana ha recepito queste diverse problematiche?

Sì. Dopo l'esposizione precedente è possibile sintetizzare le prescrizioni della attuale legislazione sull'argomento.

A. Accertamento della morte

(Legge 578 del 1993 e D.M. attuativo n. 582 del 1994).

In caso di cessazione di ogni attività cerebrale (condizione che può essere osservata solo presso strutture di Rianimazione), i criteri sono la sussistenza contemporanea di:

1. Assenza di riflessi del tronco-encefalo.
2. Assenza di respirazione spontanea, dopo sospensione di quella artificiale.
3. Assenza di attività elettrica cerebrale (elettroencefalo-gramma isoelettrico).

Il riscontro delle precedenti condizioni deve essere effettuato per tre volte, all'inizio, a metà ed alla fine del periodo di osservazione della durata di:

1. sei ore per i soggetti di età superiore ai 5 anni;
2. dodici ore per i bambini di età compresa tra

1 e 5 anni;

3. ventiquattro ore per i bambini di età inferiore ad 1 anno.

Una volta accertata la morte, si sospende ogni manovra di rianimazione, prescindendo da qualsiasi decisione in merito alla donazione d'organi.

In caso di arresto cardiaco irreversibile (condizione che si osserva anche a domicilio), la certificazione può essere fatta con un elettrocardiogramma che risulti piatto per un periodo protratto di 20 minuti e può essere certificata da qualsiasi medico. In questi casi, i familiari possono esprimere il consenso alla donazione solo delle cornee, che si può praticare anche al domicilio entro qualche ora dal decesso.

B. Composizione del collegio medico

La morte cerebrale viene accertata contemporaneamente da 1 medico legale, 1 anestesista rianimatore, 1 neurologo esperto in elettroencefalografia.

C. Prelievo in caso di riscontro autoptico e problemi del consenso

(Legge 644 del 1975 e DPR attuativo n. 409 del 1979, Legge n. 91 del 1999)

L'art. 2 della L. 644, prevede la possibilità del prelievo di organi a scopo di trapianto su disposizione del giudice inquirente in caso di cadaveri a disposizione della autorità giudiziaria sui quali viene eseguito d'ufficio il riscontro autoptico. Questa norma non è stata quasi mai applicata.

L'art. 6 prevede il divieto al prelievo nel caso in cui il soggetto abbia esplicitamente in vita, con dichiarazioni, scritti o atti olografi, dichiarato il proprio dissenso.

In tutti gli altri casi è possibile, purché non intervenga un diniego al prelievo degli organi da parte del coniuge non separato o da un figlio maggiorenne o dai genitori, da esprimere nell'arco temporale previsto per l'accertamento della morte.

Nessuna norma tutela la volontà esplicita alla donazione. Di questa grossa limitazione si è già detto: le norme relative al consenso appaiono inadeguate e comunque inique nel momento in cui non riconoscono il diritto autonomo del donatore volontario. Per questo, si è approvata una nuova legge, la n. 91 dell'aprile '99, che prevede che tutti i cittadini maggiorenni siano interpellati, con una apposita richiesta notificata a termini di legge, circa la propria volontà favorevole o contraria alla donazione degli organi. Entro tre mesi, questa espressione di volontà deve essere dai cittadini trasmessa alle UU.SS.LL. competenti per territorio: queste, a loro volta, trasmettono tali dati (compresi quelli relativi alla notifica) ad un Registro nazionale informatico, collegato con tutti i Centri di

coordinamento regionali per i trapianti per la verifica della volontà dei potenziali donatori d'organi segnalati presso le strutture di Rianimazione degli Ospedali pubblici. La Legge 91/99 prevede che chi, pur informato, non si rechi alla USL per depositare la propria dichiarazione di volontà, viene considerato un consenziente (consenso-presunto). Questa norma, però, varrà solo quando sarà possibile attivare questo Registro informatico nazionale, poichè per presumere il consenso, bisogna essere certi che vi sia stata la notifica e che il cittadino, nonostante successivi solleciti, non si sia recato alla USL.

Ciò che si farà con la preannunciata proposta della Ministra Bindi, sarà l'applicazione delle norme transitorie della Legge 91/99 (art. 23), per cui si potrà accertare solo la volontà di tutti i cittadini che avranno espresso un Si oppure un No, attraverso la loro dichiarazione alla USL, oppure al Medico di Medicina generale oppure attraverso un documento portato personalmente, mentre per chi non si esprimerà in alcun modo, si continuerà ad applicare la precedente Legge, che prevede che ad esprimere la non opposizione al prelievo d'organi, come già detto, siano i parenti del potenziale donatore. Questo perchè non è prevedibile, in tempi brevi, la realizzazione di quel Registro informatico. Per questo è importante che della propria decisione siano a conoscenza anche i propri congiunti, per far sì che sia rispettata la propria volontà.

E' utile a tal scopo portare con sé una carta che attesti questa intenzione in ogni circostanza.

Tutto ciò, rappresenta un ulteriore motivazione ad intensificare l'impegno affinché maturi una diffusa consapevolezza ed un forte consenso sociale alla donazione volontaria dei propri organi dopo la morte.

Quali sono le considerazioni di un medico che opera nel settore dei trapianti d'organo?

E' un'esperienza complessa, fatta di forte attrazione professionale, di appassionata convinzione etica e, talvolta, di episodi di triste coinvolgimento umano ed emotivo, come nella vicenda personale narrata in questa lettera, non

pubblicata, al Direttore della Gazzetta del Mezzogiorno, il 1° Agosto del 1991.

Questo episodio, peraltro, è stato decisivo per una scelta di volontariato.

"Gentile Direttore, voglio raccontarle di Paola. Aveva trentatré anni, veniva da un paesino di un'altra Provincia. Era venuta da un altro Ospedale: lì continuava a stare male, nonostante le cure. Ha continuato a star male anche qui, in questi tre mesi, nonostante le cure. All'inizio sembrava che fossero solo i reni a non funzionare improvvisamente più. Ma la dialisi non bastava a farla stare meglio. Ha già fatto la TAC nell'altro Ospedale: non c'era nulla. Ma chissà, proviamo a rifarla. Che disdetta, forse ha un tumore: se è così, in quella sede, non ci sono speranze di terapia. Le condizioni cliniche sono già gravi: c'è ascite, stasi di bile. Il fegato progressivamente non funziona più. Chissà, forse è inutile, ma proviamo ad esplorarla chirurgicamente. L'ipotesi del tumore non viene confermata: tiriamo un sospiro. Poveretta però, ha il fegato in gravi condizioni cliniche. Avrebbe bisogno di un trapianto di fegato: allora c'è ancora una speranza! Sì, ma come facciamo? In Italia a Roma, a Milano. Ma ci sono delle liste di attesa paurose, come si fa? Proviamo a contattare il centro di Pittsburgh: lì hanno la casistica più ampia, forse si riesce a farle trapiantare insieme fegato e rene. Come sarebbe bello! E' venuto a visitare Paola anche il Professore, è stato gentile: ha rapporti di collaborazione con il prof. Starzl, quello che fa i trapianti in America, forse ci può agevolare. Lo fa certamente: chiederà un consulto sul caso, per facilitare l'eventualità del trapianto. Siamo fortunati, in Italia c'è Beppe. Si sposa la sorella, poi riparte subito per Pittsburgh, lì si sta facendo le ossa. E' stato bravo Beppe. Ha pochi giorni di ferie, è venuto in Clinica per due giorni: si è studiato il caso, poi ha preso la documentazione, i vetrini della biopsia del fegato. E' ripartito subito. Ci darà presto una risposta. Sì, ma se è positiva come facciamo a farla trapiantare lì? Il Professore dice, purtroppo, che gli americani chiedono un deposito anticipato: sono tanti denari. Ducento, trecento, quattrocento milioni: forse non bastano ancora. Il Professore ci aiuterà ancora, è riuscito ad avere una convenzione con loro per spendere un po' meno. Provo ad accennarlo ai parenti, con vergogna. Non mi rispondono, con pudore. Ma è presto, non vi angosciate: aspettiamo la risposta. Chissà forse non è necessario il trapianto. Forse si può tentare qualche altra cura, non vi angosciate.

Povera Paola: devi correre. Il trapianto è come una corsa: una corsa per non morire. Devi arrivare al traguardo prima degli altri. Penso a te Paola, chissà se ci arriverai al traguardo. E penso a tante altre Paola: chissà quante non ci arriveranno mai. Volevi correre a tutti i costi. Me lo dicevi, fate tutto quello che serve dottore, ho due figli. Volevi correre come Mennea. Hai sopportato tutto, con forza, con pazienza. Volevi essere Mennea, purtroppo riuscivi a correre con la disperazione, come Dorando Petri.

Ti ho vista andar via questa notte, ormai al termine della tua vita. Sei caduta, come Petri. Non siamo riusciti ad aspettare la risposta dell'America. Ma chissà, forse a quel traguardo non ci saresti mai potuta arrivare. Ci voleva tanto, troppo denaro.

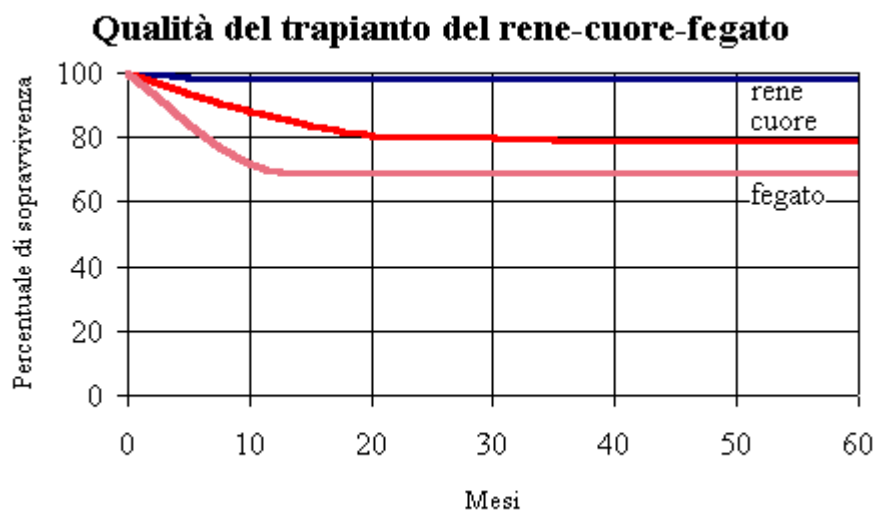
Caro Direttore, perché Le ho raccontato questa storia? Non lo so. Forse volevo Lei conoscesse il pianto della mia rabbiosa disperazione? Forse spero che la mia diventi la rabbia di altri? Non riesco a pensare a questo, in questa triste e livida mattina di primo agosto.

Volevo parlarle di Paola. Questo sicuramente sì. Era giovane, quasi mia coetanea. Sorrideva sempre, dolcemente. Riusciva anche a sembrare bella. Era forte Paola, voleva correre. Le volevamo bene, tutti.

PS. Rispetto al testo originale del "Dialogo", pubblicato in "Prevenzione delle malattie renali e promozione della cultura della donazione degli organi nella popolazione scolastica" - Uniongrafica Corcelli, Bari - aprile 1996, sono state apportate modifiche per aggiornare i dati e le norme.

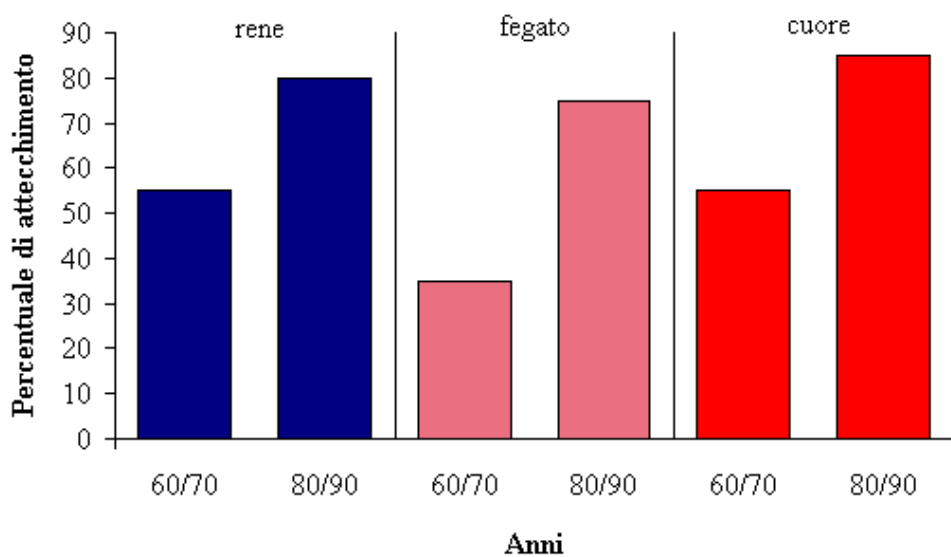
APPENDICE

Allegato 1



Allegato 2

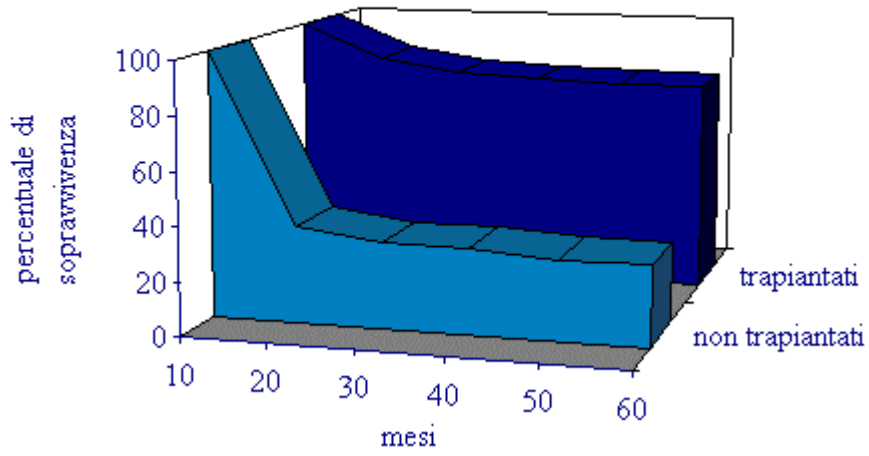
Progressi nelle percentuali di attecchimento di vari organi in due diversi decenni



Allegato 3

Cuore:

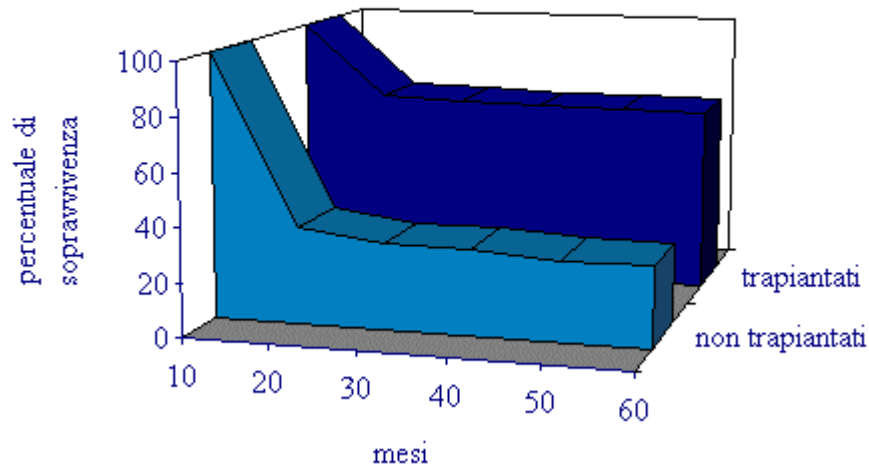
Sopravvivenza dei pazienti trapiantati e non trapiantati



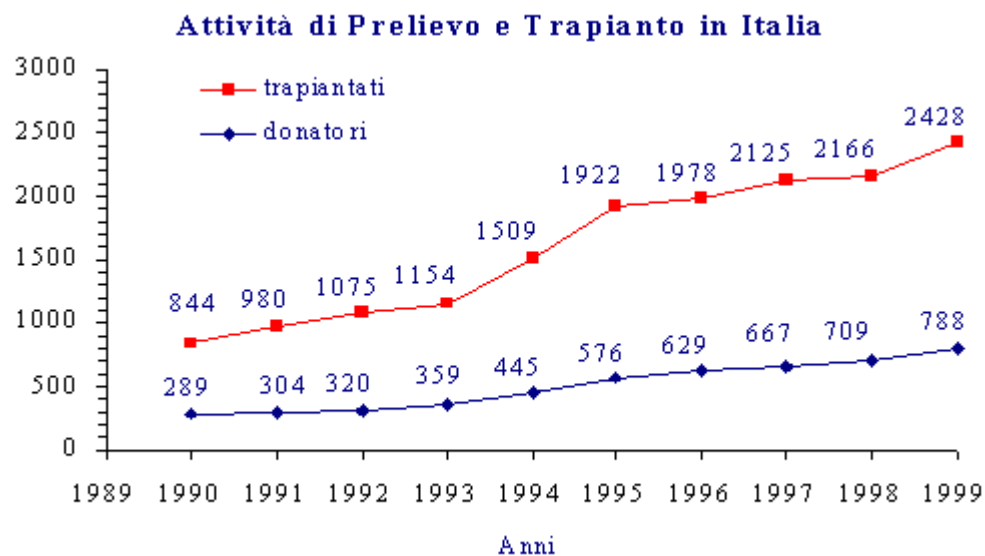
Allegato 4

Fegato:

Sopravvivenza dei pazienti trapiantati e non trapiantati

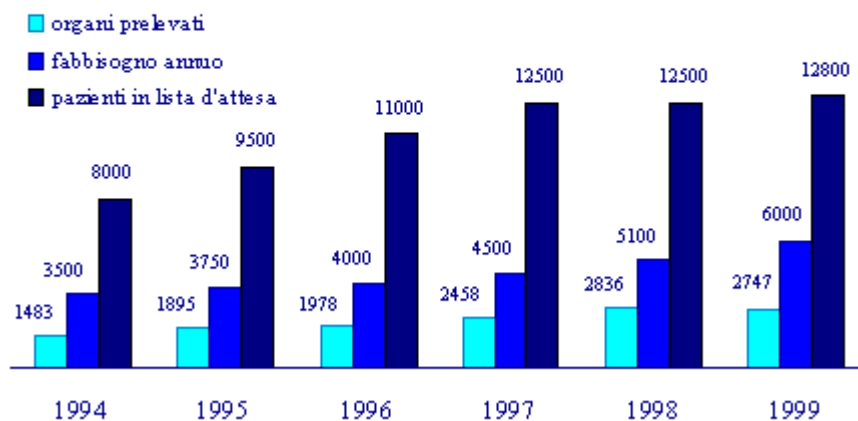


Allegato 5

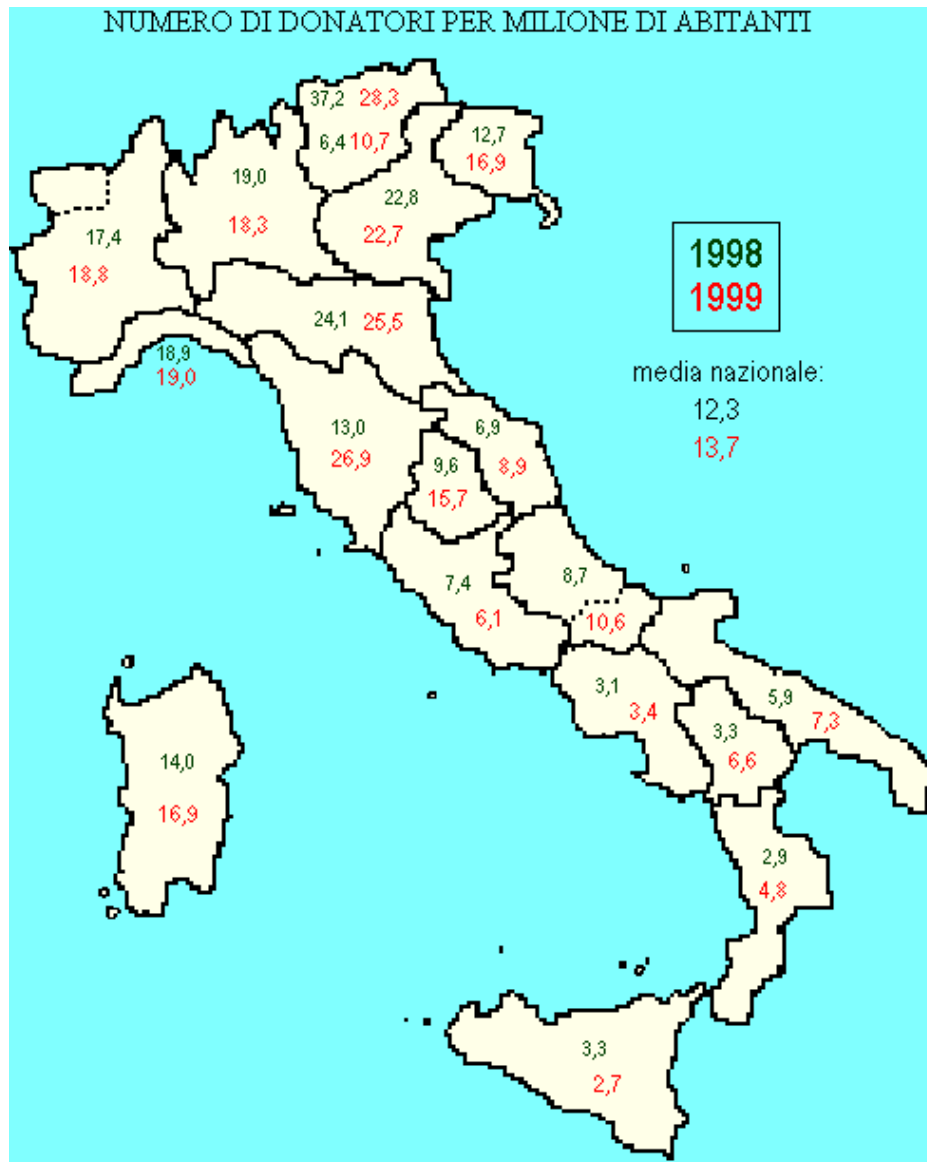


Allegato 6

Andamento del rapporto tra disponibilità di organi prelevati e necessità di trapianti



Allegato 7



Allegato 8

