

Etica laica e religiosa dei trapianti di organo

Medicina e tradizioni religiose

Induismo · Buddhismo · Ebraismo · Cristianesimo · Islam

UN'INIZIATIVA DI



CON IL CONTRIBUTO DI

Fondazione
CARIPLO





Etica laica e religiosa dei trapianti di organo

Medicina e tradizioni religiose

Induismo · Buddhismo · Ebraismo · Cristianesimo · Islam

UN'INIZIATIVA DI



CON IL CONTRIBUTO DI



 Insieme per prenderci cura



Etica laica e religiosa dei trapianti di organo

Medicina e tradizioni religiose

Induismo • Buddismo • Ebraismo • Cristianesimo • Islam

UN'INIZIATIVA DI



CON IL CONTRIBUTO DI



© settembre 2018, VENERANDA BIBLIOTECA AMBROSIANA, AME (Associazione Medica Ebraica), COREIS (Comunità Religiosa Islamica Italiana), OPI (Ordine Professioni Infermieristiche) Milano, Lodi, Monza e Brianza.

Gli Enti promotori restano a disposizione degli eventuali detentori di diritti d'immagine non individuati o che non sia stato possibile raggiungere per l'assolvimento degli obblighi di legge.

www.prendercicura.it

Comitato degli Enti Promotori: Pasqualino D'Aloia, Pier Francesco Fumagalli, Giorgio Mortara, Abd al-Sabur Turrini.

Comitato Scientifico: Antonio Angelucci, Filippo Maria Boscia, Laila Cortese, Elisa Crotti, Pasqualino D'Aloia, Maria Luisa De Natale, IlhamAllah Chiara Ferrero, Alessandra Forni, Sergio Fucci, Pier Francesco Fumagalli, Stefania Ganassin, Ilenya Goss, Paolo Inghilleri, Tenzin Khentse Cesare Milani, Giorgio Lambertenghi Deliliers, Claudia Milani, Giorgio Mortara, Yahya Pallavicini, Giuseppe Platone, Alberto Scanni, Paolo Sciunnach, Rosanna Supino, Abd al-Sabur Turrini.

Comitato di Redazione: Elisa Crotti, IlhamAllah Chiara Ferrero, Rosanna Supino.

Progetto grafico e impaginazione: Genesi Communication Design
(www.genesicom.com)

Sommario

Prefazione

a cura del *Comitato Scientifico IPC*

Introduzione

di *Giorgio Lambertenghi Deliliers*



I. Sintesi scientifica e etica medica

La medicina dei trapianti di organo

Lucio Caccamo

La Carta dei Principi delle donazioni e dei trapianti

Nord Italia Transplant program

Il commercio di organi

Giovanni Ravasi

Le cellule staminali

Giorgio Lambertenghi Deliliers



II. L'apporto delle tradizioni religiose

Induismo

Svamini Hamsananda Ghiri

Buddhismo

Monaco Tenzin Khentse

Ebraismo

Rav Paolo Mordechay Sciunnach

Cristianesimo - Chiesa Cattolica

Palma Sgreccia

Islam

Yusuf Abd al Hakim Carrara



III. Appendice

Carta delle buone pratiche per il pluralismo religioso e l'assistenza spirituale nei luoghi di cura

Comitato scientifico IPC

Presentazione degli Autori e del Comitato Scientifico

Seminari realizzati

Contatti utili

Bibliografia

Prefazione

Alla luce dell'avanzamento della ricerca scientifica, la pratica delle donazioni di organi e dei trapianti pone sempre nuovi interrogativi di natura etica e religiosa. Prosegue così con questo volume il lavoro di confronto tra realtà professionali della salute e realtà religiose in merito ai temi della bioetica. In tal senso sono stati coinvolti coloro che da anni si occupano dell'argomento da un punto di vista medico e dell'assistenza, come il Nord Italia Transplant program (NITp) e l'Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule (AIDO), assieme ad esperti, credenti e autorità indù, buddhiste, ebreo, cristiane e musulmane.

Le diverse tradizioni religiose mostrano di fronte alle donazioni di organi e ai trapianti atteggiamenti di apertura, a patto del rispetto di precisi valori morali e regole, simbolo del dialogo costante che esiste tra scienze mediche e religioni. Forse si potrebbe dire che non si tratta neppure di un tema recente, impostosi all'opinione pubblica a partire dagli anni Sessanta, ma presente anche nelle storie di molti santi e miracoli riguardanti la trasformazione del corpo in virtù di una discesa della Grazia. Nei confronti di tutto ciò il mondo della scienza mostra le sue perplessità, il suo "non credere", a cui talvolta si contrappongono i medici credenti. Una battaglia di idee e posizioni che non sempre aiuta la crescita e lo sviluppo di un'etica condivisa. Se le religioni hanno il loro da fare a contrastare coloro che sfruttano aspetti fenomenici con presunti poteri di guarigione contrabbandandoli per realtà spirituali, sarebbe utile che la scienza, da parte sua, non esasperasse le realtà "biologiche" come "auto-sussistenti" e indipendenti da tutto. Per il bene dell'umanità è davvero necessario un dialogo, così che le future generazioni sappiano mantenere una continuità con le proprie radici.

Ad esempio, se per alcuni la condizione sufficiente per il prelievo degli organi è rappresentata dalla morte cerebrale, diverse autorità religiose considerano ancora la centralità del cuore come l'elemento vitale di riferimento dell'essere umano. Lo sforzo da fare anche qui non ci sembra quello di contrapporre evidenze scientifiche a speculazioni filosofiche, bensì di saper leggere nelle religioni insegnamenti in grado di custodire negli uomini e nelle donne quella scintilla divina a cui appunto le religioni hanno la funzione di ricollegarsi. In alcune religioni, il cuore viene considerato il luogo della presenza di Dio a differenza del cervello il cui ruolo è subordinato.

Attualmente coloro che liberamente scelgono di donare uno o più organi possono portare beneficio a più riceventi grazie a sinergie tra strutture sanitarie e progetti multiregionali. Inoltre, è importante ricordare che gli esiti positivi dei trapianti sono resi possibili grazie a standard rigorosi delle strutture autorizzate e alla sensibilità di professionisti competenti. Rimane forse poco diffusa un'informazione precisa su come e dove rilasciare il consenso alla donazione degli organi – anche se le associazioni di volontariato continuano nella loro opera di informazione – e su come preparare i familiari a gestire questa eventualità. Il fattore tempo, infatti, è essenziale per mettere in moto le diverse équipes che si devono interfacciare e, spesso, la determinazione dei parenti può fare la differenza per l'effettivo avvio di questa complessa procedura. Nei comuni italiani è stata introdotta la possibilità di rilasciare il consenso alla donazione degli organi nel momento del rinnovo del documento d'identità, ma coloro che non ne sono informati rimangono alquanto stupiti di ricevere tale richiesta accanto a quella sul colore degli occhi e sul tipo di professione.

Forse mai come oggi il mondo della scienza si trova di fronte a dilemmi che non riguardano tanto l'etica della ricerca e i relativi protocolli, ma un nuovo attore che si è intromesso nella dinamica di cura e nel rapporto tra medico e paziente. Si tratta del mercato inteso nei suoi condizionamenti legati al denaro, alla costruzione della domanda e dell'offerta e persino all'accelerazione dei tempi di cura.

Il commercio di organi e il turismo dei trapianti pone alle nostre società interrogativi significativi, che spesso vengono liquidati addossando le responsabilità a Paesi non occidentali, cadendo nelle solite logiche di contrapposizione tra “Paesi avanzati” e “Paesi poveri”. Le migrazioni raccontano storie di coloro che vendono parte di sé per affrontare i “viaggi della speranza” o per contribuire ai viaggi di parenti. All’unisono le religioni ricordano come Dio sia il motore della vita che, al contrario, se viene manipolata conduce alla mercificazione del corpo.

La comunità scientifica si interroga su come disciplinare, attraverso l’etica medica, l’uso di applicazioni frutto di recenti scoperte legate, ad esempio, alle cellule staminali. Si tratta di una nuova speranza che sembra prefigurarsi attraverso la medicina rigenerativa per costruire in laboratorio alcuni tessuti da poter impiantare direttamente sugli organi malati. Un modo per scavalcare i problemi legati al donatore – e quindi la questione della determinazione della morte – ma che pone in realtà una questione ancora più delicata sulla pretesa creazionista da parte dell’uomo. Sulle cellule staminali tutte le religioni concordano sul divieto di produrre embrioni umani per il solo scopo della ricerca. Alcune realtà scientifiche del mondo ebraico e islamico consentono la ricerca sulle cellule staminali a partire dagli embrioni soprannumerari congelati per la procreazione medicalmente assistita (PMA).

Sarebbe conveniente, pertanto, un comune impegno a conciliare istanze etiche, civili e scientifiche per cercare di rispettare insieme la dignità di ogni essere umano, di qualsiasi o di nessuna fede, ridando senso alla malattia, alla cura, alla vita e alla morte senza pretese di immortalità terrena, ma con la speranza che rinasce quando si trova il senso del proprio destino.

Grazie al contributo del Centro Studi Grande Milano, della Fondazione Cariplo e dell’autofinanziamento da parte degli Enti promotori, Veneranda Biblioteca Ambrosiana, AME (Associazione Medica Ebraica), COREIS (Comunità Religiosa Islamica Italiana) e OPI (Ordine Professioni Infermieristiche) Milano, Lodi, Monza e Brianza,

è possibile una distribuzione gratuita di questo volume in formato cartaceo e digitale.

In appendice al volume abbiamo inoltre voluto pubblicare una sintesi del lavoro svolto a partire dal 2015, una “Carta delle buone pratiche per il pluralismo religioso e l’assistenza spirituale nei luoghi di cura” per incrementare la diffusione di una cultura dell’accoglienza che non segua le logiche dell’improvvisazione né quelle dell’arroccamento identitario.

Milano, 30 novembre 2018

*Il Comitato scientifico
di Insieme per Prenderci Cura*

Introduzione

In questi anni il progresso scientifico in materia di donazioni e trapianti è stato così rapido che ha trovato impreparate l'etica, il diritto, la società civile e le religioni. I primi programmi di trapianto da donatore deceduto sono partiti alla fine degli anni Sessanta. Una prima questione etica ha cominciato a porsi nel 1968 quando un rapporto dell'Università di Harvard introduceva per la prima volta il concetto di morte cerebrale svincolato dall'arresto cardiaco. Da allora, il prelievo di organi viene eseguito a cuore battente, dopo che la morte dell'individuo sia stata accertata con i criteri neurologici, previsti dalla legge 578 del 1993 e relativo Decreto Applicativo 582 aggiornato l'11 aprile 2008. Nonostante il fatto che le evidenze scientifiche confermino che la cessazione irreversibile delle funzioni dell'encefalo corrisponda alla morte dell'individuo, nel tempo sono state proposte da fonti diverse alcune posizioni che mettono in discussione queste evidenze.

Nel 2005 un interessante articolo pubblicato sull'Osservatore Romano annunciava che alcuni specialisti neurologi, giuristi e filosofi sostenevano che la morte cerebrale non può considerarsi a tutti gli effetti morte certa, nonostante il fatto che, anche quando la morte viene accertata con il criterio "cardiaco" si fa riferimento al fatto che l'arresto del cuore per 20 minuti determina un danno irreversibile all'encefalo. Negli ultimi anni si è ripreso a praticare prelievi da soggetti deceduti per arresto cardiaco irreversibile, quindi a cuore fermo – così come si faceva agli inizi della storia dei trapianti – ma questo avviene solo in alcuni ospedali, in quanto le complessità organizzative di questo tipo di prelievo sono maggiori, e non tutti gli ospedali sono attrezzati per eseguirli.

Un altro aspetto dei trapianti è costituito dai prelievi di organi da donatori viventi. In Italia la donazione da vivente è consentita dal 1967, anno di promulgazione della legge 458; ad esempio il trapianto di rene da donatore vivente è una pratica consolidata, che avviene nel rispetto della legge, ed attraverso procedure, come la verifica della Commissione di Parte Terza, che tutelano la libera scelta del donatore e garantiscono l'assenza di pressioni psicologiche o di altra natura. La donazione di rene da vivente è una procedura che si affianca alla donazione da cadavere, e contribuisce a migliorare le possibilità di trapianto dei pazienti in lista d'attesa, nel rispetto degli aspetti etici sottesi.

Nel caso in cui la donazione di rene da vivente non sia possibile per incompatibilità immunologica della coppia donatore-ricevente, è possibile accedere al programma nazionale di donazione incrociata, o "crossover", nel quale si incrociano tra loro le coppie donatore-ricevente in modo da formare coppie immunologicamente compatibili, anche se non imparentate o legate affettivamente.

La donazione samaritana è un particolare tipo di donazione da vivente, nella quale una persona decide in tutta libertà di donare un rene alla comunità dei pazienti in attesa di trapianto, non conoscendo il ricevente e senza nessuna forma di compenso. La donazione samaritana in Italia è consentita previa accurata valutazione psicologica del candidato e verifica delle sue motivazioni, con l'obiettivo primario di garantire la tutela del donatore. La prima donazione samaritana nel nostro Paese è avvenuta nel 2015, ed ha consentito di eseguire 5 trapianti di rene, attraverso l'attivazione del programma nazionale di donazione incrociata e dell'effetto domino che ne viene generato.

Tale pratica ha suscitato pareri negativi dai sostenitori della via ordinaria del prelievo di organi da cadavere. Il rischio è quello di favorire il commercio degli organi, con donatori viventi che si offrono solo perché costretti da situazioni drammatiche, come la povertà o la condanna a morte, come purtroppo è stato dimostrato in alcuni Paesi

extra-europei.

Viceversa non esistono problemi di ordine etico per i trapianti di cellule staminali emopoietiche, prelevate da un organo come il midollo che produce gli elementi del sangue circolante. Un intervento che da molti anni ha ormai assunto un ruolo di primo piano nella terapia dei tumori del sangue, in particolare leucemie, linfomi e mieloma multiplo, che spesso non rispondono ai trattamenti chemioterapici. Il merito è dovuto in gran parte al progressivo aumento dei donatori volontari iscritti alle “banche di midollo”, a cui si rivolgono i pazienti che non dispongono di un fratello o sorella perfettamente uguali, ed alla recente possibilità di utilizzare anche familiari compatibili solo a metà (i cosiddetti trapianti “aploidentici”), come cugini, padre o madre. Un’alternativa alla mancanza di donatori volontari o della famiglia, sono le cellule staminali del cordone ombelicale raccolte al momento della nascita con il consenso della madre. Oggi esistono nel mondo occidentale numerose “banche di cordone” tra loro collegate da un “network” internazionale, alle quali possono attingere pazienti anche adulti. L’introduzione di nuovi farmaci ha ridotto significativamente le complicanze del trapianto di organi o cellule staminali, come le infezioni, gli effetti tossici della chemio-radioterapia, il rigetto e soprattutto la cosiddetta “malattia trapianto verso ospite”, causata dall’aggressione immunologica dei linfociti del donatore non solo contro le cellule malate (effetto positivo), ma anche verso i tessuti sani del paziente ricevente. Grandi aspettative vengono anche dalla capacità delle cellule staminali di riparare i danni funzionali dei diversi organi o tessuti. Si tratta della cosiddetta “medicina rigenerativa” che oggi trova applicazioni soprattutto nelle malattie della cute, della cornea, del cuore, del tessuto nervoso e scheletrico. Il futuro sono però le cellule staminali embrionali che, per la loro capacità di generare in laboratorio qualsiasi tipo di cellula, potrebbero rappresentare la soluzione di molte malattie, soprattutto quelle degenerative del tessuto nervoso. Negli ultimi anni la ricerca ha fatto passi avanti per superare i problemi etici legati all’uso delle

cellule embrionali con le cosiddette “cellule staminali indotte” (iPS), nella speranza di poter un giorno sostituire qualsiasi tessuto o organo malato, fabbricandolo in laboratorio. Un altro tipo di approccio trapiantologico, ancora sperimentale, è costituito dagli xenotrapianti, cioè i trapianti di organi provenienti da animali, in particolare suini da cui si ricavano fegato, cuore e reni. Le difficoltà nascono dal fatto che gli organi degli animali, oltre a creare problemi di competenza immunologica, sono fonte di infezioni virali. Pertanto recentemente, grazie a nuove tecnologie, è stato possibile utilizzare embrioni suini i cui geni, virali o anomali, vengono spenti attraverso metodiche di ordine biologico, così da ottenere organi da trapiantare privi di rischi per il ricevente. La nuova frontiera della trapiantologia è rappresentata anche dagli organi artificiali, cioè dispositivi meccanici, elettrici, elettronici o chimico-fisici, progettati da bioingegneri per sostituire o cooperare all’attività di un organo ammalato. Un futuro immaginato davvero vicino.

Giorgio Lambertenghi Delilieri







Sintesi scientifica
e etica medica

La medicina dei trapianti di organo

Lucio Caccamo

La medicina dei trapianti nasce nel '900. I trapianti di organo iniziano ad affacciarsi alla clinica negli anni '30, ma sarà solo dalla fine degli anni '60 che inizieranno ad essere applicati, fino ad entrare pienamente nella pratica medica dagli anni '90. Questo percorso che dalle sperimentazioni è giunto al riconoscimento di una strategia terapeutica che consente la guarigione da malattie altrimenti mortali, è frutto della ricerca che ha migliorato le conoscenze circa l'immunologia del rigetto degli organi consentendo di sviluppare farmaci immunosoppressori efficaci, delle innovazioni tecnologiche che hanno contribuito a migliorare la diagnostica e la chirurgia, e della disponibilità degli organi a seguito della crescente sensibilizzazione al tema della donazione nella popolazione. Tuttavia ancora rimane tanto da fare.

In Italia i tassi di opposizione alla donazione degli organi sono stabili nel tempo su scala nazionale, dove la media da un lato si giova di una buona disponibilità alla donazione nella maggioranza delle regioni e dall'altro viene penalizzata dal persistere di elevate – sebbene fluttuanti nel tempo – percentuali di opposizione alla donazione in alcune aree del Paese. Anche l'impatto delle notizie, che periodicamente catturano l'attenzione pubblica verso il mondo dei trapianti e quello della donazione, risulta comunemente riverberato nei tassi di disponibilità alla donazione, a riprova che il tema accende – in un verso e nell'altro – l'attenzione della popolazione. Di fatto non si è ancora raggiunto lo stadio della maturità nella presa di coscienza che il trapianto salva la vita e che senza la disponibilità alla donazione degli organi i malati muoiono. Manca la percezione intima che con la morte del proprio caro si possa talvolta contribuire in maniera significativa al

benessere di terzi, così rafforzando il patto sociale che sta alla base della convivenza civile.

In questo stadio di disponibilità di una risorsa che è intrinsecamente limitata, i medici sono chiamati a gestire l'offerta attraverso strategie restrittive volte alla ricerca di un risultato il migliore possibile sulla base della tipologia di offerta disponibile: tanti meno organi sono disponibili, tanto più strette sono le selezioni per l'ingresso nella lista di attesa per trapianto.

Chi è il donatore di organi? Come si diventa donatore?

I donatori possono essere persone decedute oppure esseri viventi, ma la loro definizione è differente a seconda della Nazione che viene presa in esame. Le legislazioni sul tema della donazione cambiano e riflettono la storia civile del Paese. Nella Cina moderna, a mo' di esempio, si ritiene che persista – sebbene senza la visibilità che aveva raggiunto nel passato- la pratica di utilizzare gli organi dei soggetti condannati alla pena capitale, in tal modo facendo sì – nell'ottica sociale - che venga ripagato alla società il torto che il reo aveva messo in atto. La comunità scientifica ha da tempo condannato questa pratica – che origina peraltro dalle condanne a morte...- e si spera che la cosa perda terreno nel tempo. Anche le pratiche di donazione da vivente consenziente di organi non salvavita (reni, fondamentale) mediante una contrattazione economica tra chi dona l'organo e chi riceve il trapianto è stata condannata dal mondo scientifico dei trapianti attraverso la dichiarazione di Istanbul sottoscritta nel 2008. Tuttavia il mondo del commercio degli organi e quello del turismo dei trapianti rimane ancora un florido mercato per attività che in alcuni Stati sono svolte nel sommerso perché illegali, ma in altri rimangono disponibili alla luce del sole in quanto lecite. Va da sé che in queste situazioni ciò che si realizza è uno sfruttamento della povertà: è l'indigente che vende un suo rene – ricevendo in cambio una somma che lo rende benestante ma che difficilmente lo farà uscire per sempre

dalla povertà - a beneficio di un ricco, che compra la propria salute come si compra lo smartphone di ultimo grido.

In Italia i trapianti sono svolti all'interno delle prestazioni riconosciute dal servizio sanitario nazionale e pressoché tutti i centri trapianti sono situati in ospedali pubblici. Abbiamo leggi che codificano nel dettaglio la donazione degli organi che può concretizzarsi secondo le seguenti modalità:

- Da donatori familiari viventi (esclusivamente per il rene ed il fegato) consenzienti, maggiorenni, sani e che dispongano della capacità di intendere e volere, per come si verifica nell'ambito di un strutturato approfondimento clinico, psicologico e legale.
- Da donatori viventi che presentino le medesime caratteristiche sopra riportate pur non essendo familiari del ricevente; questo è il caso del trapianto cross-over e del donatore samaritano. Nel secondo caso si tratta di un soggetto che sceglie di donare (tipicamente un rene) alla società, senza conoscere il ricevente. In questi casi la maggiore difficoltà consiste nell'escludere che il desiderio del donatore derivi da turbe della personalità e questa casistica rimane comunque marginale nell'ambito delle donazioni da vivente. Con il trapianto cross-over avviene che il ricevente ed il donatore familiare vivente non siano tra loro biologicamente compatibili, ma la disponibilità alla donazione viene offerta ad altre coppie familiari che presentino la medesima situazione in modo da identificare una catena di compatibilità fra estranei che vicendevolmente consentano di sviluppare un effetto domino di trapianti con beneficio di più pazienti. Di fatto il familiare che attiva la catena donando il proprio rene al ricevente di un'altra coppia riceverà per il proprio parente un rene da un'altra famiglia. È un circolo sociale virtuoso che riesce peraltro a superare difficili situazioni di incompatibilità biologica. Questi eventi rimangono rari nel corso degli anni, seppure acquistino attenzioni mass-mediatiche cariche di significato sociale.

- Da donatori cadaveri in morte cerebrale (per tutti i trapianti di organi: cuore, polmoni, reni, fegato, pancreas e intestino; e per quelli di tessuti: cornee, ossa, tendini, valvole cardiache, vasi sanguigni, cute, mani, braccia, faccia). Questa categoria è la situazione di maggiore disponibilità in termini numerici, oltre che di tipologia di organi e tessuti per i trapianti. La morte cerebrale è diagnosticata sulla base di criteri legislativi ed è frutto delle modalità di sostentamento biologico mediante la tecnologia della medicina moderna: un cadavere respira attraverso un ventilatore meccanico che scambia l'ossigeno e l'anidride carbonica, mantenendo così la circolazione sanguigna ed il cuore battente; ma il cervello ha perso definitivamente la sua funzione andando in necrosi, e con la morte del cervello la legge italiana identifica la morte dell'individuo.
- Da donatori cadaveri in morte cardiaca (per i trapianti di rene, fegato e polmone). Questa categoria di donatori è di recente introduzione in Italia mentre in altri Paesi è da tempo utilizzata e costituisce una parte anche cospicua della disponibilità di organi. I motivi che hanno rallentato l'applicazione del prelievo degli organi da donatore a cuore fermo in Italia sono determinati dalle norme di certificazione della morte cardiaca che richiedono tempistiche poco favorevoli al mantenimento della vitalità degli organi per i trapianti. La recente disponibilità di tecniche innovative di conservazione degli organi ha aperto la porta all'impiego anche nella nostra Nazione di questa sorgente di organi per i trapianti.

Chi sono i candidati ai trapianti di organo? Quali sono le malattie e in quale stadio di malattia bisogna ricorrere alla richiesta di trapianto?

Per richiedere un trapianto di organo bisogna soffrire di insufficienza funzionale di quell'organo: per esempio, chi presenta un'insufficienza renale cronica ed è in dialisi entrerà in lista di attesa per trapianto di rene e chi presenta un'insufficienza respiratoria grave aspetterà il

trapianto di polmone. Lo stadio di insufficienza di organo deve essere conclamato e definitivo, ossia non ci devono essere possibilità di ripresa funzionale dell'organo malato. Il trapianto è considerato una terapia sostitutiva definitiva per situazioni di insufficienza d'organo che non presentano alternative terapeutiche, sia in termini di sostegno alla vita che in termini di miglioramento della qualità di vita. A questo riguardo sono considerati trapianti salvavita quelli per i quali non ci sono alternative: cuore, fegato, polmoni ed intestino. Se da un lato per il cuore esiste la possibilità di impiantare nel corpo, mediante un intervento chirurgico, un sistema di assistenza ventricolare (VAD, *Ventricular Assist Device*) che consente la domiciliarizzazione del paziente, questa tecnologia è lungi da offrire l'aspettativa di vita raggiungibile con il trapianto cardiaco. Per l'insufficienza respiratoria l'assistenza meccanica mediante circolazione extracorporea (ECMO, *Extracorporeal Membrane Oxygenation*) è una tecnologia che si applica unicamente in ambiente di ricovero in terapia intensiva e quindi enormemente differente dal risultato anche nel breve periodo raggiungibile con il trapianto di polmone. Per l'insufficienza epatica non si dispone di alcuna tecnologia in grado di vicariare la funzione del fegato e quindi senza il trapianto il malato non ha alcuna chance di sopravvivenza *tout court*. Infine il paziente affetto da insufficienza intestinale può sopravvivere mediante una nutrizione permanente per via endovenosa (NPT, Nutrizione Parenterale Totale) che sostituisce completamente quella per via naturale, ma questa condizione comporta un'aspettativa di vita ed una qualità di vita ridotte.

Sono invece considerati trapianti non salvavita quelli di rene e quelli di pancreas. L'indicazione al trapianto di rene avviene per i pazienti che vengono sottoposti alla dialisi per insufficienza renale cronica completa e che grazie a questo presidio sono in grado di avere una vita che presenta una qualità di vita accettabile. Tuttavia le limitazioni determinate dalla dialisi e le sue complicanze confrontate con i risultati del trapianto renale dimostrano una performance nettamente migliore a favore di quest'ultimo in termini sia di durata che di qualità di vita. Il

trapianto di pancreas cura il diabete e la terapia medica di questa malattia è la somministrazione di insulina per iniezione sottocutanea refratta in più dosi nel corso della giornata. Anche il trapianto di pancreas dimostra un migliore risultato rispetto all'insulinoterapia nel controllo nel lungo periodo delle complicanze del diabete e viene suggerito in combinazione a quello renale quando il danno renale è secondario al diabete. Analogamente a questo ultimo esempio, è possibile combinare più trapianti di singoli organi nella stessa seduta operatoria e da uno stesso donatore di organi (es: fegato-rene, cuore-fegato) quando vi sia la concomitanza di plurime insufficienze di organi, come pure un paziente che abbia ricevuto un trapianto di un organo può richiedere nei tempi successivi il trapianto di un altro organo per il sopraggiungere di una nuova condizione di insufficienza funzionale (es: trapianto di rene dopo trapianto di cuore o di fegato). Generalizzando, le cause principali che richiedono la chirurgia sostitutiva sono:

- Cuore, cardiomiopatia dilatativa.
- Polmoni, fibrosi cistica ed enfisema.
- Fegato, cirrosi.
- Reni, nefropatia diabetica e nefropatia cronica post-glomerulonefrite.
- Pancreas, diabete grave.
- Intestino, sindrome da intestino corto grave (più spesso post-chirurgico).

Il trapianto epatico ha una peculiarità che lo contraddistingue da tutti gli altri: è l'unico che ha un ruolo anche come terapia oncologica. Infatti se la presenza o – generalizzando – anche solo la storia anamnestica di tumori sono una controindicazione all'ingresso in lista di attesa per i trapianti di organo, il trapianto di fegato è indicato per la cura di alcune malattie neoplastiche del fegato: in primis l'epatocarcinoma. L'epatocarcinoma è il tumore primitivo del fegato

più frequente (è atteso un netto aumento epidemiologico di questo cancro nei prossimi 20 anni) e spesso si associa alla cirrosi, della quale di fatto è una complicanza. Tuttavia la presenza di epatocarcinoma può richiedere il trapianto – in quanto questa malattia può presentarsi in stadi non altrimenti curabili – a prescindere dalla presenza di insufficienza epatica funzionale determinata dalla sottostante cirrosi.

Si sottolinea come non vi sia un'età minima per dover richiedere un trapianto perché anche i bambini – finanche in tenerissima età – possono presentare una grave insufficienza di organo potenzialmente curabile solo mediante un trapianto. Altresì vi sono dei limiti che le varie comunità mediche nazionali hanno declinato circa l'età massima di candidabilità ai differenti trapianti di organo. Queste in Italia, sebbene siano suscettibili di periodiche rivalutazioni e sottostiano a variabilità tra un centro ed un altro in funzione delle peculiarità organizzative locali, sono generalizzabili intorno ai 65/70 anni di vita, ma sono grandemente influenzate dallo stato di salute generale dell'organismo relativamente alla funzione degli altri organi, a parte quello per il quale sarebbe necessario il trapianto.

Risultati del trapianto di organi solidi.

La vita con il trapianto

“Il trapianto è vita” non è un semplice slogan di propaganda, ma rappresenta ciò che realmente risulta analizzando i dati di sopravvivenza: gli anni medi di vita guadagnata alla malattia con il trapianto di fegato (il più longevo) sono 17, quelli dopo trapianto di cuore 14, segue il trapianto combinato rene-pancreas (13 anni); il trapianto di rene isolato consente un guadagno di 7 anni in media, mentre il trapianto di polmone in questa analisi che riferisco e che è datata 2005 (*MA Schnitzler et al, Am J Transplant*) presentava un guadagno di 2 anni di vita. Questi anni di vita in più che i trapiantati raggiungono rispetto ai pazienti che non hanno ricevuto il trapianto, testimoniano il successo di lungo termine di questi impegnativi interventi chirurgici e si accompagnano ad un reintegro sociale in un

elevato numero di casi. Dai dati del Centro Nazionale Trapianti Italiano del 2009 risulta che l'87% dei trapiantati di fegato ha acquisito un ruolo sociale stabile (lavora, studia, è in pensione o accudisce alla casa in maniera autonoma). Questi risultati sono resi evidenti anche dall'esperienza comune mediante la quale si osserva che il bambino sottoposto in età prescolare a trapianto crescerà, studierà e avrà una vita degna di essere vissuta; che le donne trapiantate in età fertile possono generare figli sani; e che il trapiantato può svolgere attività sportiva anche di tipo agonistico (ci sono i giochi olimpici mondiali dei trapiantati...).

Con il trapianto ci sono altresì dei rischi, specie nel primo periodo postoperatorio che può comportare l'insorgenza di complicanze che possono risultare letali. Il rischio di morte varia in funzione dell'organo trapiantato e risulta minimo nel trapianto di rene, per raggiungere il valore massimo nel trapianto di polmone. Le complicanze più significative non sono peraltro il temuto rigetto dell'organo trapiantato, quanto quelle chirurgiche ed infettivologiche. Ma per la stragrande maggioranza dei pazienti essersi sottoposti ad un trapianto di organo significherà: vita! Con alcune limitazioni che perdureranno per sempre:

- la terapia immunosoppressiva (l'antirigetto) deve essere assunta per sempre;
- i controlli medici devono essere eseguiti per sempre.

Il persistere per tutta la vita di una condizione di immunosoppressione cronica espone il trapiantato a sviluppare tumori tipici dell'immunodepresso e poco rappresentati nella popolazione generale, malattie infettive determinate dallo stato di immunosoppressione, e malattie cardiovascolari in maggior misura rispetto alla popolazione generale. È il prezzo che si paga al mantenimento di uno stato di protezione costante verso il rigetto che l'organismo svilupperebbe contro l'organo trapiantato, il qual danno era la causa degli insuccessi

dei trapianti ai suoi albori. Altresì rimane il rischio di un invecchiamento più rapido che in natura degli organi trapiantati, come pure la possibilità che si generi una forma di rigetto cronico che negli anni determini un impoverimento della funzione del trapianto.

Tutte queste condizioni spiegano perché, se da un lato il trapianto consente di godere di una eccellente sopravvivenza, sia in termini di durata che di qualità di vita, a malattie altrimenti mortali, dal confronto con la popolazione generale si evince che il trapiantato presenta una durata di vita media inferiore, con una differenza di 7 anni. È la cicatrice della malattia che si è avuta e che il trapianto non può annullare del tutto.

Conclusioni

Gli eclatanti successi raggiunti dalla medicina dei trapianti sfociano da un insieme di condizioni, ognuna delle quali rilevante. La ricerca medica ha consentito di raggiungere traguardi impensabili, superando le barriere difensive che ogni organismo vivente presenta in natura verso gli altri organismi. La chirurgia ha sviluppato le metodiche di conservazione degli organi fuori dal corpo ed in assenza di flusso sanguigno, oltre che le tecniche di condotta operatoria. L'organizzazione sanitaria ha consentito lo sviluppo di programmi di cura dove concorre un intero ospedale: dal laboratorio alla sala operatoria, dai reparti di medicina alle degenze chirurgiche, dalla radiologia alle terapie intensive, passando attraverso i servizi di fisioterapia, psicologia, il centro trasfusionale, l'infettivologia, l'anatomia patologica, ed il tutto governato dalle direzioni e coordinato dalle organizzazioni di segnalazione dei donatori e assegnazioni degli organi. Ma tutte queste conoscenze, professionalità ed organizzazione non potrebbero essere di alcun aiuto ai malati se non ci fosse in origine la disponibilità verso la donazione degli organi da parte della società civile.

La Carta dei Principi delle donazioni e dei trapianti

Nord Italia Transplant program

La Carta dei Principi è un importante documento che riassume e illustra l'etica e la filosofia che sovrintendono e regolano l'attività del Nord Italia Transplant. Questa, da sempre basata sulla professionalità degli operatori, trae legittimità dal consenso sulla necessità di agire sempre in modo trasparente, condiviso, scientificamente valido e non discriminante verso nessuna delle categorie di persone coinvolte nell'esteso settore della pratica trapiantologica. Il rispetto delle regole illustrate è di per sé elemento di garanzia per i cittadini in ordine alla correttezza di tutto il processo.

La Carta dei Principi del NITp, ispirata ai concetti di solidarietà e rispetto del singolo e della società, esprime compiutamente la volontà di dar corso a una medicina complessa, moderna ed entusiasmante per i risultati e le implicazioni di ogni genere che comporta, con modalità oggettivamente valide e a tutti comprensibili.

Cristiano Martini

Presidente del NITp

Premessa

Il Nord Italia Transplant (NITp) fin dalla sua nascita ha inteso salvaguardare un fondamentale principio etico: essere strumento di *garanzia* per i cittadini in ordine all'intero processo di trapianto di organi e tessuti. *L'attuale contesto*, caratterizzato da un continuo sviluppo tecnico-scientifico che ha ampliato le possibilità di intervento, e dalla partecipazione attiva del cittadino alle scelte in

campo sanitario, *esige di riformulare oggi, in continuità e coerenza, quella scelta fondamentale*. La Carta dei Principi, affiancandosi alla Carta dei Servizi, non la sostituisce, ma la integra e la completa. L'obiettivo è di *“portare a parola” e di rendere ragione* delle scelte, anche etiche, che gli operatori sanitari quotidianamente compiono nel campo dei trapianti. Ciò nella consapevolezza che solo *un'integrazione reciproca tra principi etici e aspetti tecnici* consente di motivare in modo equo e trasparente le scelte cliniche in trapiantologia. La Carta dei Principi rappresenta un quadro di riferimento dentro cui si esercita la responsabilità personale e collettiva degli operatori e delle strutture coinvolte. Quindi il NITp attua una scelta di sistema, una scelta che intende coinvolgere e qualificare tutti i centri che ad esso afferiscono. Lo scopo è definire un volto preciso di questa organizzazione, nella duplice consapevolezza che il lavoro non sarà mai definitivamente concluso, ma *perfettibile e aperto* a tutti gli sviluppi che la tecnologia, l'atteggiamento culturale della società e la normativa ci consegneranno, e che la *comunità dei trapianti* è composta dagli operatori sanitari e dalle loro istituzioni, dai pazienti in attesa di trapianto e dalle loro famiglie, e da ciascun cittadino, in quanto potenziale donatore e potenziale ricevente. La Carta poggia su due criteri fondamentali: il *coinvolgimento di tutti gli attori* implicati nel processo del trapianto e la *trasparenza delle scelte*.

Il reperimento degli organi

La donazione

Nel processo di reperimento degli organi si vuole sottolineare e rimarcare l'imprescindibile valore della *solidarietà*, caratterizzante ogni convivenza civile, che trova nel gesto della donazione una sua concreta traduzione. La donazione acquista un *valore di legame* sociale che la definisce e la distingue dalle modalità di scambio. La donazione di parti del proprio corpo per la salute di altre persone giustifica e sostiene sia il trapianto da cadavere sia il trapianto da vivente. Nella

donazione da cadavere, la volontà positiva espressa in vita o la non opposizione dei familiari è gesto di prossimità nei confronti di un proprio simile, anche se non conosciuto. Il donatore consegna la sua scelta alla comunità, che ne diventa garante. Nella donazione da vivente il soggetto da tutelare è rappresentato dal donatore, il quale gratuitamente e consapevolmente sceglie di donare una parte del proprio corpo per la salute di una persona a lui cara. Il NITp, per garantire la libertà di tale gesto, ed evitare qualsiasi tipo di obbligo o di coercizione, ritiene importante mantenere il ricevente inserito nella lista d'attesa per trapianto da cadavere e verificare la volontarietà del donatore da una "parte terza", estranea al processo di trapianto. Il NITp esprime formalmente la gratitudine della società alla famiglia del donatore cadavere e agli operatori coinvolti e si fa carico, quando richiesto, delle ricadute psicologiche della donazione.

L'autonomia dei soggetti coinvolti e il ruolo di garanzia degli operatori sanitari

Gli operatori sanitari sono tenuti a rispettare *l'autonomia* del cittadino, assicurando, attraverso un adeguato processo relazionale, l'accompagnamento dei diversi soggetti coinvolti, indipendentemente dalla decisione pro/contro la donazione. Il NITp invita gli operatori ad offrire le *buone ragioni* a favore del trapianto. Gli operatori sanitari, nella proposta di donazione, devono spiegare le finalità del trapianto e ricercare con i familiari l'aderenza delle scelte alla volontà del defunto, quali testimoni e/o interpreti del "desiderio" del loro congiunto.

Le garanzie per la comunità

Il NITp garantisce il rispetto per la salma a salvaguardia dei sentimenti che accompagnano il lutto dei familiari. L'attenta e scrupolosa ricomposizione della salma dopo le operazioni di prelievo è parte integrante delle garanzie nel processo di donazione. Le procedure di prelievo vengono eseguite garantendo equità e trasparenza nell'uso delle risorse, nella consapevolezza del loro impatto sulle attività assistenziali dell'ente e sui pari diritti alla cura delle persone ricoverate.

La qualità dell'organo

La proporzionalità dell'intervento

Organi idonei al prelievo a scopo di trapianto possono essere qualitativamente diversi e condizionare la selezione del ricevente. Nel valutare la proporzionalità dell'intervento viene considerato sia l'*elemento oggettivo*, il grado di sicurezza/ rischio calcolato in base alle evidenze scientifiche comparando il profilo del ricevente con la qualità dell'organo, sia l'*elemento soggettivo*, la volontà del paziente di accettare il trattamento proposto, previa adeguata informazione sui prevedibili rischi connessi e le possibili ripercussioni sulla sua vita.

Una decisione condivisa

Il NITp ricerca la condivisione delle scelte tra tutti gli attori implicati nel processo donazione-trapianto. Lo sviluppo di una buona relazione tra il paziente e l'équipe sanitaria, nel pieno rispetto dell'autonomia del paziente, è garanzia di una scelta consapevole. Tale decisione diventa quindi, verificati i requisiti scientifici, personale e specifica per ogni singolo caso.

L'assegnazione degli organi

L'inserimento in lista d'attesa per trapianto e l'assegnazione degli organi fanno parte di un processo unitario e al contempo molto complesso, dove diversi principi si intersecano coerentemente. L'insufficiente disponibilità di organi rispetto alle necessità della comunità impone di stabilire delle regole chiare per la loro attribuzione. Pur nella sua unitarietà il processo viene, per chiarezza, suddiviso in tre passaggi.

L'inserimento in lista

La *proporzionalità dell'intervento* rappresenta l'elemento decisivo in ordine alla scelta di inserire una persona nella lista di attesa per trapianto. Questo principio viene tradotto in base ai seguenti criteri:

- *il giudizio clinico*, in cui assume rilevanza l'assenza di alternative terapeutiche, la fattibilità tecnica dell'intervento, il rapporto positivo tra benefici e rischi. Questo giudizio assume valenze diverse per ciascun organo e per ciascun paziente, e viene garantito dalla professionalità degli operatori sanitari chiamati a condividere e utilizzare gli stessi criteri di giudizio;
- *la territorialità*, intesa sia in senso regionale che nazionale in riferimento ai diversi organi. Il livello regionale valorizza il ruolo della comunità e garantisce in modo migliore la continuità delle cure al paziente. L'ambito nazionale garantisce nell'urgenza la salvaguardia della sopravvivenza del paziente, o una miglior compatibilità tra donatore e ricevente in casi particolari, rispettando di conseguenza *il principio di sussidiarietà e di solidarietà*.
- la valutazione del tempo minimo d'attesa compatibile con la possibilità di sopravvivenza del paziente, nel *rispetto della tutela della vita*.

La gestione della lista

La gestione della lista d'attesa viene compiuta dal Centro Interregionale insieme ai Centri, garantendo un aggiornamento continuo della lista, considerati i nuovi ingressi, le uscite, l'evolversi della situazione clinica delle persone in lista di attesa e le alternative terapeutiche eventualmente disponibili.

L'attribuzione degli organi

Gli organi vengono assegnati dal Centro Interregionale *alla lista* dell'Ospedale che ha procurato il donatore; altrimenti alle rotazioni dei Centri Trapianto. L'assegnazione degli organi ai pazienti avviene nel rispetto del principio di *uguaglianza*.

L'uguaglianza riconosce e rispetta le differenze tra gli stessi pazienti: quindi per garantire un trattamento equo gli organi vengono assegnati

secondo questi principi, gerarchicamente considerati:

- l'urgenza, ossia il tempo di attesa entro il quale il paziente può beneficiare del trapianto di organo, *privilegiando la sopravvivenza*;
- le probabilità del successo dell'intervento insieme alla tutela della miglior qualità e attesa di vita, con una adeguata valutazione del *rapporto rischi/benefici*;
- il tempo di attesa del paziente, considerato dal momento in cui è stato inserito in lista, *garantendo una giusta distribuzione*.

L'età non rappresenta un criterio assoluto di esclusione dall'inserimento in lista, ma uno dei parametri da valutare nel giudizio clinico sulla proporzionalità dell'intervento. L'età entra nei criteri di assegnazione dell'organo, tenendo conto della diversa aspettativa di vita di coloro che sono in lista d'attesa.

Il post-trapianto

Il periodo post-trapianto rappresenta una nuova fase del percorso relazionale tra l'équipe curante e il paziente, che inizia con la proposta di inserimento in lista di attesa per trapianto.

La conferma di una responsabilità

Il NITp si impegna a sensibilizzare e responsabilizzare il soggetto trapiantato nell'aderenza alle cure, per il suo bene e nel rispetto del dono ricevuto e dell'intera comunità.

L'attenzione alla persona

La valutazione del follow-up terrà conto degli aspetti clinici, dei risvolti personali e del contesto psico-sociale, considerando tutte le dimensioni del paziente. La *fiducia reciproca* tra tutti gli attori coinvolti nel processo di cura è il presupposto necessario per garantire il raggiungimento degli obiettivi descritti.

A cura di:*Gruppo di Lavoro sulla Carta dei Principi*: Mario Picozzi (coordinatore), Claudia Pizzi, Roberto Crepaldi, Maurizio Ragagni, Stefania Rosati, Luisa Andrello. *Consiglio Direttivo NITp*: Fabrizio Bresadola, Maria Frigerio, Andrea Gianelli Castiglione, Francesco Giordano, Cristiano Martini, Adolfo Paolin, †Alessandro Pellegrini, Maurizio Ragagni, Lucia Rizzato, Giampietro Rupolo, Silvio Sandrini, Mario Scalamogna, Girolamo Sirchia, Duilio Testasecca, Umberto Valente.

In collaborazione con: *Gruppo di Lavoro sugli aspetti psicologici legati all'attività di prelievo e trapianto di organi e tessuti*. In particolare: Gabriella Biffa, Anna Maria Bernasconi, Rita Nobili, Ambra Sala, Gaetano Trabucco, Pietro Zoncheddu. *Gruppo di Lavoro sulla formazione*. In particolare: Mariangelo Cossolini, Alessandra Feltrin. *Gruppo di Lavoro dei Medici Legali*. In particolare: Rita Crocitto, Tullia Maria De Feo. Con la partecipazione di tutti i Gruppi di Lavoro NITp.

Il commercio di organi

Giovanni Ravasi

Il tema del traffico di organi ai fini del trapianto ha vaste implicazioni morali, civili, economiche e penali. È bene forse premettere che non si tratta, per fortuna, di un traffico facile da esercitare perché, a differenza di altri traffici illegali, si deve svolgere in ambienti particolarmente attrezzati, con sale operatorie di buon livello delle quali solo alcuni ospedali possono disporre.

Mentre il prelievo è atto in sé relativamente meno complesso, il trapianto su una persona di un rene, di un cuore, del fegato, del polmone o anche il trapianto di tessuti come le cornee, comporta poi una tracciabilità che, per la necessità di cure successive non è facile da eludere. In buona sostanza, chi “compra” un organo per il trapianto sa di correre rischi legali e sanitari molto seri per la propria salute.

Nonostante ciò, il traffico clandestino di organi esiste. In Europa questo traffico è molto più difficile che in altre realtà del mondo come per esempio in Africa o in certi stati dell’America del Sud, oppure ancora in India, in Cina o in alcuni Stati della Russia. In Italia in particolare si può escludere che questo accada o, se accade attraverso una rete criminale sconosciuta, questi casi non sono stati scoperti.

Fanno fede le dichiarazioni del dott. Alessandro Nanni Costa, direttore del Centro Nazionale Trapianti, intervenuto più volte su questo tema, anche a seguito della dichiarazione di uno “scafista”, venditore di vita umane che aveva dichiarato di aver saputo di alcuni giovani e addirittura di bambini, presi e uccisi per poterne utilizzare gli organi al fine di trapianto illegale. In rete si trovano peraltro testimonianze di giovani in fuga dall’Africa che mostrano cicatrici nella parte renale, a indicare di essere stati privati del loro organo per farne oggetto di

vendita. L'estrema povertà di tanta gente in questi anni sta dando luogo a un esodo epocale, che impoverisce l'Africa e altri Paesi, di tanti giovani donne e uomini e spaventa l'Europa che vede in questo afflusso disordinato e disperato, un pericolo per il proprio equilibrio socio-economico. Addirittura spinge a "vendere" consapevolmente i propri organi per avere il denaro necessario a fuggire dalla miseria e dalla pura disperazione.

In Italia è forte anche l'azione dell'AIDO – Associazione Italiana per la Donazione di Organi, Tessuti e Cellule – con 1 milione 350 mila iscritti che hanno deciso di manifestare la loro volontà alla donazione dopo la morte. Questa Associazione è fortemente impegnata nella diffusione della cultura della donazione che deve essere volontaria, anonima e senza altra finalità se non il bene del prossimo che versa in condizioni di difficoltà. Proprio per questo impegno etico Aido è riconosciuta dagli organismi istituzionali come il Ministero della Salute, il Centro Nazionale Trapianti, le Regioni, le Province e i Comuni.

L'Organizzazione mondiale della sanità stima che, in un anno, vengano eseguiti in tutto il mondo circa 21.000 trapianti di fegato, 66.000 trapianti di rene, 6.000 trapianti di cuore: di tutti questi trapianti almeno il 5 % non viene tracciato negli Ospedali e nei Centri specializzati finendo così nel traffico illecito di organi. La fondazione statunitense Global Financial Integrity (specializzata nell'analisi dei "flussi finanziari illeciti") contabilizza in 1,4 miliardi di dollari il mercato illegale dei trapianti.

E in Italia? Occorre innanzitutto precisare che nel nostro Paese i prelievi e i trapianti sono effettuati solo in strutture pubbliche e a titolo del tutto gratuito a carico del servizio sanitario nazionale.

Ad ogni modo, la situazione, fortunatamente, è ottimale. La vigilanza è molto alta e del fenomeno non si conoscono casi concreti. Dal 7 gennaio del 2017 il Codice penale recepisce la legge 236 e con l'articolo 610-bis punisce (da 3 a 12 anni) «chiunque, illecitamente, commercia, vende, acquista ovvero, in qualsiasi modo e a qualsiasi

titolo, procura o tratta organi o parti di organi prelevati da persona vivente». E il dott. Alessandro Nanni Costa assicura (con appena 805 italiani trapiantati all'estero negli ultimi dieci anni): «Il nostro sistema di controllo funziona benissimo, sia in entrata che in uscita». Nel resto del mondo, purtroppo, non si può dire lo stesso.

In questo contesto molto forte è l'impegno della Chiesa Cristiana Cattolica. Il summit sul traffico di organi e sul turismo dei trapianti, organizzato dalla Pontificia Accademia delle Scienze nel 2017 invita i leader religiosi a "incoraggiare le donazioni etiche di organi e condannare la tratta di esseri umani che ha l'obiettivo della rimozione e del traffico di organi", sottolineando che "tutti i Paesi devono riconoscere come crimine il traffico di organi, compreso l'uso di organi da prigionieri morti per esecuzione capitale".

La dichiarazione della Pontificia Accademia invita poi tutti gli Stati a ridurre preventivamente il bisogno di organi tramite un sistema legale ed etico di donazioni; a stabilire un quadro legale per la prevenzione e il contrasto al traffico di organi, spinge a creare registri di trapianti e facilitare la denuncia di casi sospetti.

Sollecita infine medici e organizzazioni sanitarie a controllare che donatori e beneficiari delle donazioni agiscano in modo morale e trasparente ed invita le autorità preposte a sensibilizzare il pubblico sul tema del traffico di organi.

Nonostante che la situazione italiana risulti essere sotto controllo da questo punto di vista, non ci si deve dimenticare che ogni anno fra le 9 mila e le 10 mila persone sono in lista d'attesa di un organo che salvi loro la vita. E purtroppo di queste persone, circa 500-600 ogni anno, non arrivano al trapianto perché muoiono prima in attesa dell'agognato traguardo. È un dato estremamente drammatico che deve muovere le nostre coscienze.

La chirurgia dei trapianti, legalmente esercitata, peraltro regala aspettative di vita incredibilmente positive. Con un cuore trapiantato, con un fegato, con i polmoni, con i reni e con tutti gli altri organi e tessuti trapiantabili, si può ritornare a vivere in modo ottimale anche

per 20, 30 o 40 anni. Si vive una vita dignitosa, a volte perfino migliore di quella vissuta prima del trapianto.

Da anni ormai ci si adopera per risolvere il divario fra richiesta e offerta di organi, ma ciò non toglie che si debba procedere con cautela. È necessario tenere sempre presente che non è ammissibile assegnare più valore a un'esistenza rispetto a un'altra, quella di un uomo, di una donna, di un bambino in lista d'attesa per un trapianto rispetto a quella di una persona che versa in fin di vita, in un reparto di rianimazione. Occorre agire con prudenza, dimostrando che l'interesse ultimo resta sempre e soltanto il rispetto e la salute dei cittadini, in qualsiasi fase della vita siano, a qualsiasi età e in qualsiasi situazione.

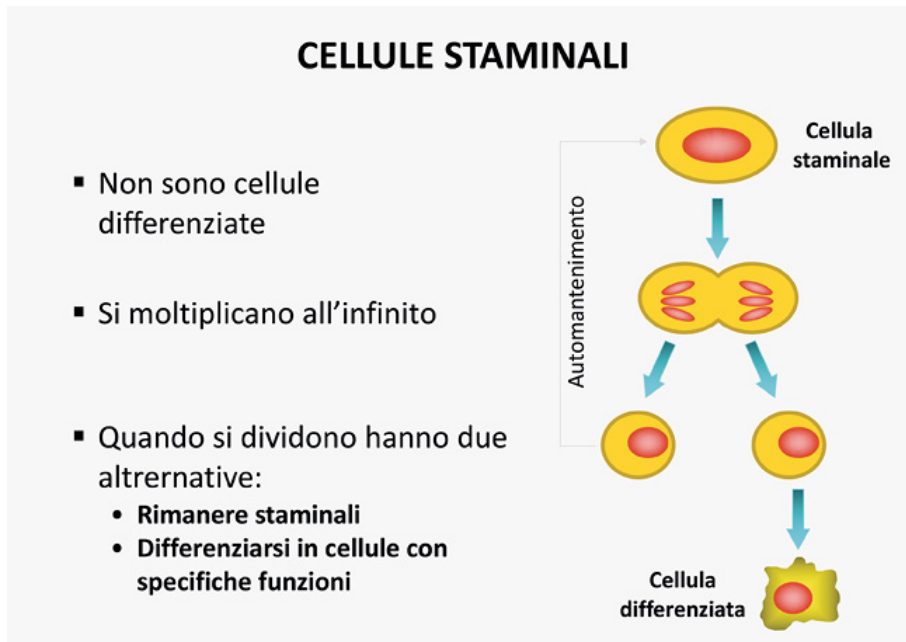
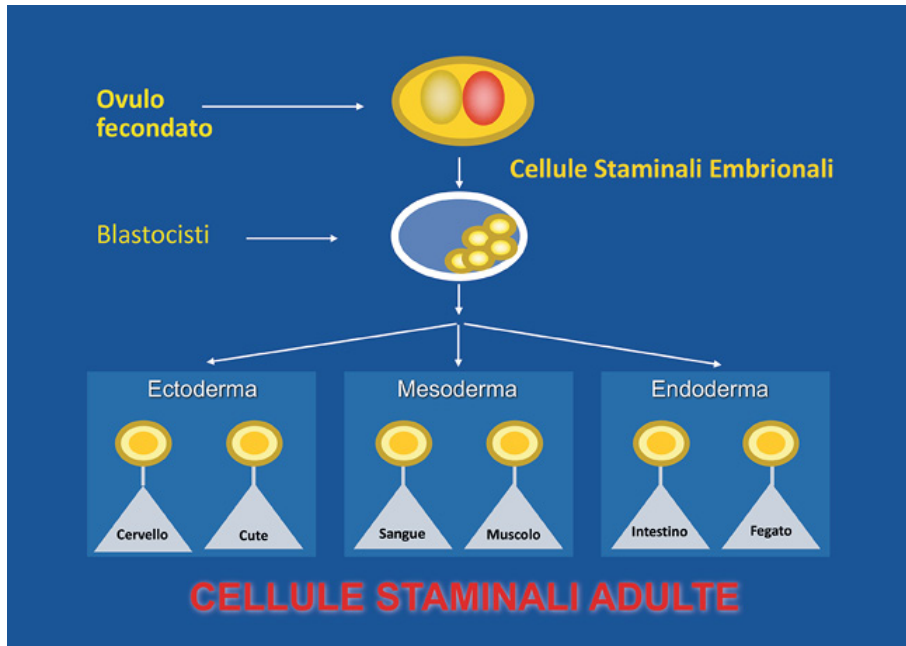
Un ultimo dato a favore dei trapianti legali e in un contesto di sanità che funziona: in Italia i trapiantati viventi si stimano circa 45 mila. Una cifra altissima di persone a cui è stata restituita la vita e la serenità di tutta la famiglia. Davvero un dato eccezionale su cui riflettere.

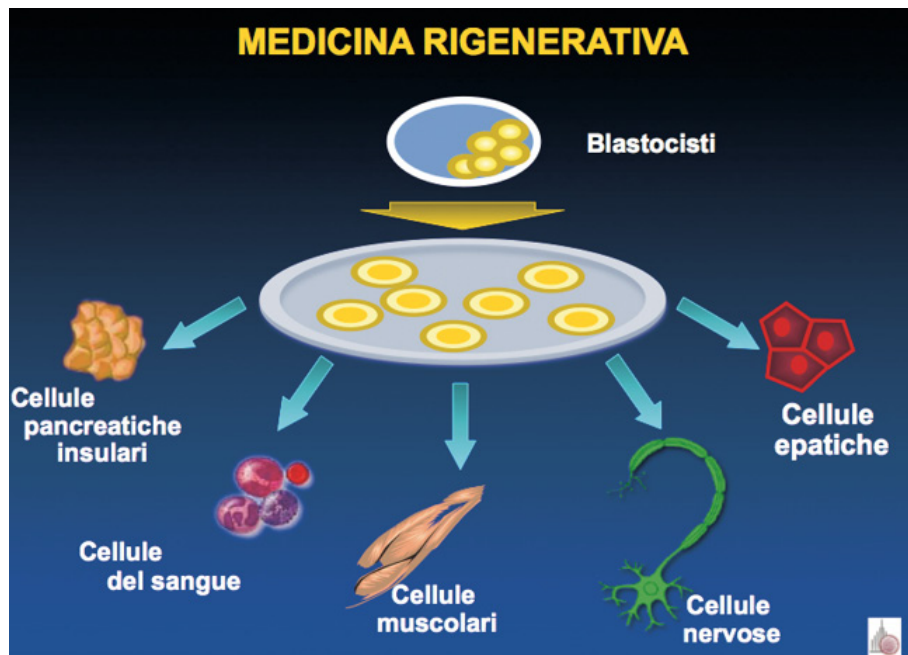
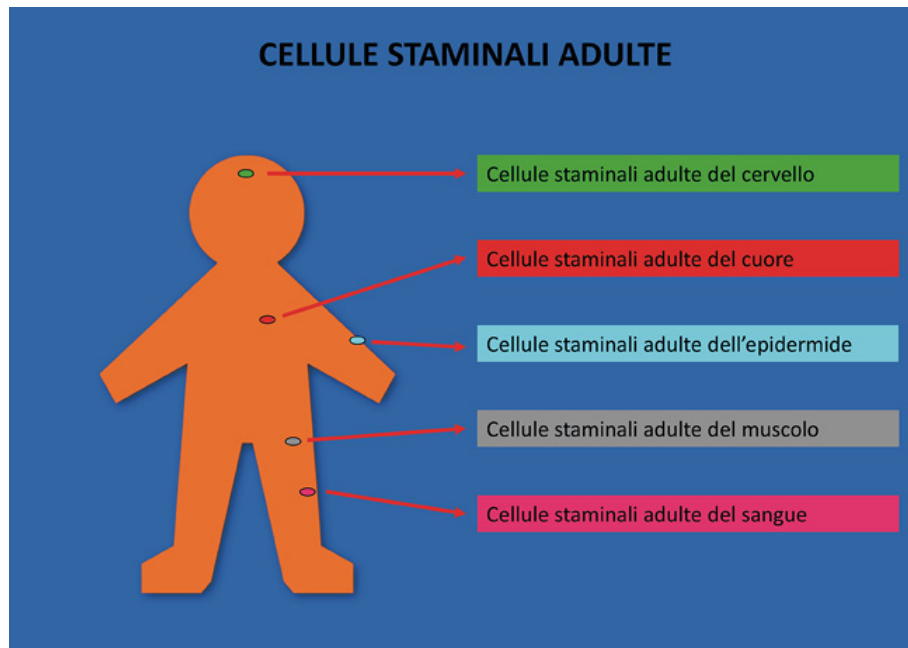
Le cellule staminali

Giorgio Lambertenghi Delilieri

Il termine “staminale” è solo un aggettivo che racchiude in sé il concetto di vita. *Stamen* infatti è la parte più fine e resistente del filo di lana al quale, secondo il mito, è attaccata la vita e il destino dell'uomo e che le Parche filano e recidono. In biologia indica la funzione di un certo tipo di cellula poco differenziata, capace di dare origine a numerose cellule figlie con caratteristiche più differenziate.

Le cellule staminali più staminali di tutte sono quelle “embrionali”, contenute nella blastocisti che si forma dopo 6-7 giorni dalla fecondazione dell'ovulo. Sono chiamate totipotenti in quanto capaci di dare origine ad un embrione ed in pratica a tutti i tessuti dell'organismo. Dopo la nascita ciascun organo viene dotato di un corredo di cellule staminali chiamate “adulte”, funzionalmente unipotenti cioè capaci di differenziarsi in un solo tipo di cellule presenti in un determinato organo. Esempi tipici sono le cellule del midollo emopoietico che producono gli elementi del sangue circolante, le cellule della cute e della parete intestinale che si rinnovano continuamente. Recenti studi hanno dimostrato che anche il cervello ed il cuore possiedono cellule staminali “adulte” con funzioni rigenerative e riparative.





Nel 1998 James A. Thomson ha dimostrato che è possibile coltivare in

vitro le cellule staminali embrionali derivate dalla blastocisti, mantenendole indifferenziate anche indefinitamente, e poi indurle a differenziarsi con agenti chimici. In teoria le cellule embrionali sono in grado di produrre tutti i 250 tipi di cellule specializzate che compongono i tessuti adulti. Da queste ricerche è emerso il razionale della moderna medicina rigenerativa basata sulla terapia cellulare per guarire molte malattie di natura degenerativa o neoplastica. In realtà attualmente non sono praticabili terapie con cellule embrionali nell'uomo, e non è ancora possibile prevedere quando queste saranno disponibili secondo criteri di sicurezza ed efficacia. La ricerca sperimentale va avanti rapidamente, e attualmente esistono progetti che intendono curare alcune malattie del sistema nervoso come la SLA, il Parkinson, l'Alzheimer e la malattia di Huntington, trapiantando nel cervello dei malati cellule del tessuto nervoso ottenute dalle culture embrionali. E' noto infatti che la causa prima di molte malattie neurodegenerative è da ricercarsi nella morte delle cellule nervose e nella mancata produzione di sostanze da cui dipendono molte delle capacità cognitive e motorie. Pertanto, per rallentare o bloccare il corso di queste gravi malattie si è pensato di fare ricorso alle cellule staminali embrionali. Ad esempio le prove condotte in laboratorio su topi affetti dalla versione animale del Parkinson hanno mostrato che i neuroni dopaminergici derivati da cellule staminali embrionali sono in grado di ripristinare efficacemente le funzioni motorie.

In questi ultimi anni grande interesse stanno suscitando le "cellule staminali indotte" (iPS), con potenzialità analoghe alle staminali embrionali. Vengono ottenute artificialmente in laboratorio da cellule differenziate dell'adulto (cute, sangue) tramite l'espressione forzata di geni specifici con l'uso di vettori virali. In altre parole le cellule adulte vengono sdifferenziate e riacquistano la capacità di essere totipotenti, diventando quindi come le cellule staminali embrionali. Ad esempio è stato dimostrato che cellule iPS sono state indotte a divenire neuroni che sintetizzano dopamina, esattamente il tipo di cellula cerebrale che

non funziona più nel morbo di Parkinson. La metodica delle iPS, introdotta nel 2007 dal medico giapponese Shinya Yamanaka (premio Nobel per la medicina nel 2012), teoricamente apre la possibilità di curare molte malattie superando quelle obiezioni di natura etica che hanno suscitato le staminali embrionali.

Come è stato detto in precedenza, tutti i tessuti adulti contengono una riserva di cellule staminali le quali, quando interviene una malattia o un insulto lesivo, si differenziano spontaneamente a scopo riparativo. Questo processo avviene fisiologicamente nel fegato, nel midollo emopoietico, nella cute e nel rene. Un tempo si riteneva che le cellule staminali presenti nel cervello e nel cuore fossero immortali, mentre oggi sappiamo che anche in questi organi è possibile una rigenerazione per recuperare i neuroni che ogni giorno vengono perduti (85 mila su 100 miliardi totali) o per ridare una capacità contrattile al muscolo cardiaco. Per quanto riguarda le applicazioni cliniche, attualmente le cellule staminali adulte vengono utilizzate per curare alcune malattie del sangue, le ustioni della pelle e gravi alterazioni della vista dovute a gravi lesioni della cornea. Le malattie del sangue che vengono trattate con le staminali isolate dal midollo, dal sangue periferico o dal cordone ombelicale sono le talassemie, le immunodeficienze, le leucemie, i linfomi, i mielomi, l'anemia aplastica. Le ustioni vengono curate con l'applicazione di strati di pelle nuova, ottenute da staminali cutanee coltivate in vitro. Il recupero della vista viene ottenuto con il trapianto di nuove cornee ottenute in vitro da cellule prelevate a livello del cosiddetto "limbo" oculare.

È stato ipotizzato che nel corso della gestazione cellule staminali di altri organi, per esempio muscolari, epatiche, cerebrali e cardiache, possano trovare ospitalità nel midollo emopoietico per mantenere la loro staminalità ed essere disponibili al momento opportuno per circolare nel sangue e andare a riparare eventuali danni tissutali specifici. Un'ipotesi alternativa è che le cellule staminali midollari siano dotate di una plasticità tale per la quale possono essere indotte a transdifferenziarsi, cioè a differenziarsi in tipi cellulari diversi dal

sangue, secondo la nostra volontà. Da queste due diverse teorie è nata recentemente la cosiddetta “medicina rigenerativa”, basata sull’utilizzo delle sottopopolazioni di cellule midollari per curare le malattie del sangue e del fegato, le fratture dello scheletro e le degenerazioni delle cartilagini articolari, l’infarto miocardico, la distrofia muscolare e le malattie neurodegenerative. Sulla base di esperimenti su animali che mostravano un miglioramento della funzione cardiaca, si sono avviati numerosi studi clinici su pazienti con infarto trattati con iniezioni dirette di cellule staminali midollari nella zona miocardica necrotica oppure infuse nel circolo coronarico. Dalle numerose revisioni della letteratura si deduce l’impressione che nei pazienti con infarti acuti o malattia coronarica ischemica, le staminali midollari influenzano positivamente la rapidità della guarigione e migliorano significativamente la funzionalità cardiaca. Per quanto riguarda le altre applicazioni cliniche, soprattutto in campo neurologico e ortopedico, spesso evocati anche per motivi esclusivamente di profitto, molte sono le considerazioni critiche e soprattutto le incertezze sull’efficacia terapeutica.

Infine un breve accenno alla terapia genica. La metodica consiste nel prelevare le cellule staminali dal midollo di pazienti affetti da malattie congenite del sangue (es. talassemia), e nel modificarle attraverso l’uso di vettori virali contenenti geni sani che vanno a sostituire quelli malati. Queste cellule geneticamente curate vengono poi infuse al paziente.

In conclusione, le cellule staminali rappresentano la nuova frontiera della scienza medica, che sta suscitando grandi aspettative in molti pazienti affetti da malattie inguaribili con i presidi tradizionali. Una frontiera tuttavia ancora in gran parte sperimentale che pone quesiti etici sui criteri di scelta dei donatori e dei riceventi. Problematiche che coinvolgono anche l’economia del sistema sanitario ed in particolare la comunicazione al pubblico, che deve essere scientificamente veritiera senza creare false illusioni. Servono ancora molti anni di studi e di ricerche scientificamente rigorose e controllate per dare una risposta

definitiva sulla reale efficacia terapeutica delle cellule staminali.





L'apporto
delle tradizioni religiose

Induismo

Svamini Hamsananda Ghiri

La discussione sulla liceità del trapianto degli organi o dei tessuti non trova una menzione esplicita nelle Scritture induiste, tuttavia molti passi delle stesse, così come alcuni miti e raffigurazioni iconografiche del Divino, lasciano intendere una disposizione favorevole a questa pratica.

Il trapianto degli organi non si limita a essere una questione medica, scientifica o meramente tecnologica; chiama in campo molti altri fattori tra cui quello emozionale, religioso, legale e sociale che non possono essere sottovalutati. Trattandosi di un tema estremamente delicato, non si può stabilire una regola generale di comportamento valida sempre.

Partendo dal presupposto imprescindibile che l'induismo racchiude al suo interno diverse scuole dottrinali e tradizioni anche molto eterogenee tra loro – motivo per cui non è possibile fornire una visione unitaria –, ogni scelta di carattere bioetico e che coinvolge la sfera personale, è lasciata alla piena libertà di coscienza di ciascuno.

Una libertà che dovrebbe scaturire dalla responsabilità del proprio agire e in conformità al principio della nonviolenza e della protezione della vita.

Il rispetto della vita comporta il sostenerla in tutti i suoi aspetti e in ogni modo possibile. La donazione degli organi risponde a pieno titolo a questo precetto. Questa pratica è perciò considerata altamente *dharmica*, meritoria. Non vi sono motivi ostativi o dilemmi morali qualora un induista decida di donare i propri organi in vita o a morte sopraggiunta. Nel primo caso, però, la donazione è lecita solamente a patto che non comprometta la salute o la sopravvivenza stessa del donatore.

Molte sono le testimonianze di induisti divenuti donatori in vita che portano avanti campagne di sensibilizzazione, a livello mondiale, affinché il numero dei donatori cresca. Sensibilizzare le persone su questo tema ha due grandi

ricadute positive: la prima, la possibilità certamente di salvare una vita o quantomeno di cercare di migliorarne le condizioni; la seconda, non meno rilevante, contribuire ad abbattere energicamente il disumano e atroce mercato illegale degli organi. Un mercato generatore di morte e di sofferenze inaudite.

Ancora oggi uno dei problemi dei trapianti dipende dalle risorse relativamente scarse di organi umani di cui poter disporre. Perché, se è vero che per un rene, solo fare un esempio, è sufficiente un donatore vivente, altri organi possono essere espianati solo poche ore dopo la morte cerebrale.

A questo punto potrebbero sorgere alcuni quesiti relativi al modo in cui si stabilisce la morte di una persona o alle concezioni che si hanno sulla vita oltre la morte.

Un aspetto importante nell'induismo sta nel fatto che la morte non è opposta alla vita, ma piuttosto è opposta alla nascita. La vita è considerata un viaggio tra la nascita e la morte. Le implicazioni filosofiche di tale concezione sono complesse e richiederebbero un approfondimento maggiore, ma basti qui ricordare che il Sé non è identificato con il corpo.

Per la maggior parte delle scuole filosofiche indù, il corpo è la dimora dell'anima individuale (*jiva*) nel suo lungo viaggio verso l'emancipazione finale (*mukti*) dall'ignoranza; è un campo di esperienza.

La nascita in un corpo umano è considerata un grande merito, una benedizione, in quanto strumento necessario per poter ritornare all'Assoluto (*Brahman*), alla Realtà divina variamente definita. Il corpo è considerato il tempio di Dio e pertanto se ne deve avere rispetto, bisogna mantenerlo puro e in salute.

Ciononostante esso resta un aggregato di elementi, transeunte e destinato a perire, laddove il Sé, che vi dimora, è eterno.

Quando tutte le forze vitali (*prana*), presenti nel corpo, lo abbandonano, la morte sopraggiunge; a partire da questo momento, tradizionalmente, si lasciavano passare undici giorni e il dodicesimo si compiva il rituale funebre della cremazione. Simbolicamente questi undici giorni servivano all'anima individuale per distaccarsi completamente dal corpo e poter così

proseguire nel suo viaggio.

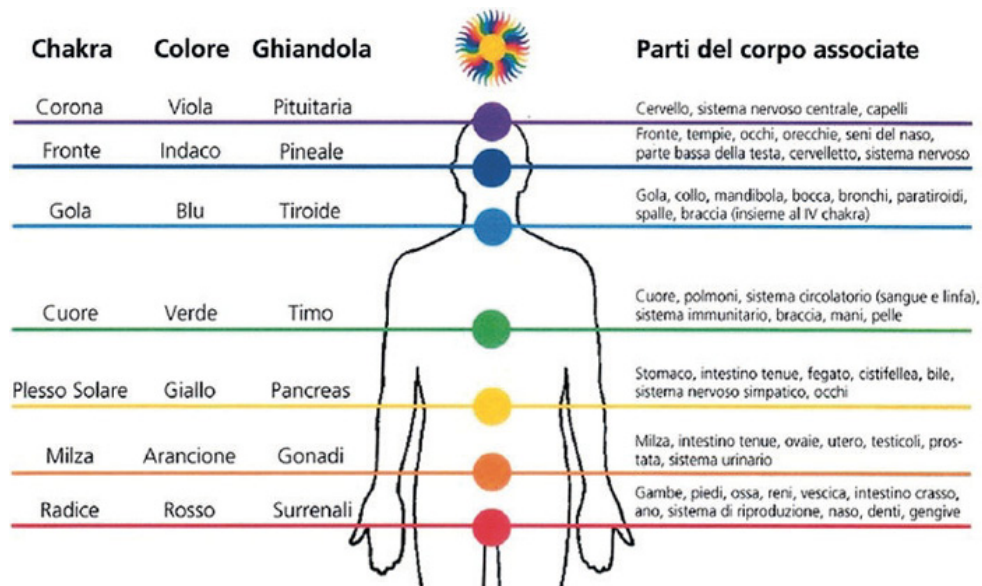
A differenza delle persone comuni, le figure di Maestri e di santi non sono cremati, ma al corpo è riservato un particolare trattamento per mantenerlo integro e in posizione solitamente seduta.

Le storie della vita di molti Maestri e yoghin documentano la possibilità di raggiungere stati di profonda meditazione (*samadhi*) in cui i parametri vitali divengono pari a quelli di un cadavere. Partendo da questi casi, seppure eccezionali, legati a figure mistiche di elevata coscienza spirituale, il problema di stabilire la morte definitiva di una persona resta, secondo alcune visioni induiste, un problema aperto.

L'induismo tradizionalmente associa la morte con l'arresto cardiorespiratorio, ma molti induisti accettano la posizione scientifica e medica secondo cui la morte cerebrale indica una condizione irreversibile e pertanto sono generalmente favorevoli a disporre per l'espianto degli organi.

La decisione finale deve comunque essere lasciata sempre al singolo individuo e ai famigliari coinvolti, non è possibile fissare una prassi prestabilita.

L'ideale sarebbe che ognuno che volesse diventare donatore sottoscrivesse in vita un consenso per autorizzare l'espianto degli organi.



Quest'attitudine alla solidarietà si ritrova negli insegnamenti dei Testi sacri, primo tra tutti il riconoscimento della profonda interrelazione che lega ogni essere vivente e del dono come anello portante di tale unione.

Il dono (*dana*) è una delle virtù cardini su cui si regge l'intera manifestazione e imprescindibile nell'edificazione di una buona persona.

Il valore del donare è sempre accostato a quello dell'autodisciplina (*dama*), della verità (*satya*) e della compassione (*daya*). Quest'ultima, espressione per eccellenza dell'*ahimsa*, il non-nuocere con pensiero, parola e azione ad alcun essere vivente.

Tutti questi sono le "membra" del grande corpo del *Dharma*, la Norma eterna che sostiene e regola la vita.

L'atto del donare è trattato nelle Scritture con estremo acume e minuzia ed è regolato da un vero e proprio codice.

Uno dei passi più belli sul dono, inteso come dovere innato nell'essere umano, è probabilmente quello presente nella *Taittiriya-upanishad* (1.11.3) in cui si legge:

"Bisogna dare con fede, non dare senza fede. Bisogna dare con magnanimità, bisogna dare con modestia, bisogna dare con rispetto, bisogna

dare con simpatia.”

Il dono per essere veramente tale deve essere disinteressato e non egoistico. Vi sono molte forme di dono, dal cibo (*anna-dana*), alla conoscenza (*vidya-dana*), all'aiuto ad altri (*seva-dana*).

La *Manusmriti* afferma che tra le possibili offerte quella del proprio corpo, per salvare una vita, è di certo la più meritoria.

Riferimenti espliciti alla chirurgia e al trapianto dei tessuti e degli organi si ritrovano nei trattati di medicina ayurvedica, quali la *Caraka Samhita* e la *Shushruta Samhita*.

Non mancano inoltre storie nelle Scritture in cui parti del corpo umano e anche di animali sono state donate a vantaggio di altri esseri viventi o della società stessa. Grandi saggi non hanno esitato a sacrificarsi per proteggere il *Dharma*, il bene, e salvaguardare così la vita dell'intera umanità. Un esempio di tale magnanimità è offerto dal saggio Dadichi.

Si narra che egli donò il suo intero corpo affinché i Celesti potessero costruirvi un'arma così potente da sconfiggere i demoni che avevano occupato la dimora celeste e tediavano l'umanità con ogni sorta di angheria; disturbavano le preghiere e i rituali e stavano distruggendo l'intera manifestazione con il loro egoismo.

Dalle ossa del saggio Dadichi nacque il potente Vajra di Indra che fu in grado di sconfiggere gli Oscuri e di riportare il *Dharma* nel mondo.

Un altro celebre esempio è legato alla figura di Kannapa, uno dei sessantatré mistici shivaiti del sud dell'India, i *Nayanar*. Egli era un cacciatore che seppure inesperto nella pratica rituale aveva un cuore puro. Un giorno il Dio Shiva volle provare la sua devozione. Da un occhio della sua immagine aniconica (*linga*) iniziarono a sgorgare lacrime e sangue. Senza pensarci due volte il pio Kannapa si estrasse un occhio e lo donò alla Divinità. Shiva smise di sanguinare, ma un attimo dopo iniziò a piangere e sanguinare anche dall'altro, così Kannapa senza esitazione donò anche l'altro suo occhio.

Commosso da tanta devozione, il Dio Shiva apparve dinanzi a Kannapa, lo benedì con la sua Grazia e gli restituì entrambi gli occhi. Il gesto di Kannapa mostra il grande valore della donazione disinteressata a cui si

unisce una grande fede nell'Assoluto.

In conclusione, da questo racconto emergono due principi chiave utili in questa discussione sulla liceità della pratica dei trapianti: il dono e la fede.

Il primo aiuta a sentirsi parte della vita di ogni essere, ponendosi al servizio del bene comune (*dharma*); la seconda a cercare di esperire, in ogni attimo della propria esistenza, la Presenza divina.

Quali fari migliori del dono e della fede per illuminare tutte le scelte e le buone azioni?

Buddhismo

Monaco Tenzin Khentse

In un testo dal titolo “Arya Sutra” si raccontano le vite precedenti di Gautama Siddharta prima di raggiungere l’illuminazione ed essere chiamato Buddha, tra le altre si narra di due esistenze nelle quali Siddharta fa dono del suo stesso corpo per sfamare degli animali. Nel primo racconto, un giorno vede una tigre con i suoi cuccioli, la povera tigre non mangiava da molto tempo e dalle sue mammelle ormai non usciva più latte per sfamare i suoi cuccioli che indeboliti dalla fame stavano morendo, oltre la evidente sofferenza, lui notò la lotta interiore della tigre combattuta tra l’istinto di sopravvivenza che la spingeva a mangiare la sua stessa prole e l’amore per i suoi figli che le imponeva di proteggerli. Mosso da una incontenibile compassione, Siddharta decide di dare il suo corpo in pasto alla tigre perché fosse libera da quella scelta terribile oltre a sfamare se stessa ed i suoi cuccioli. Nel secondo racconto, Siddharta a quel tempo aveva una esistenza come elefante, c’era stata una grande siccità e moltissimi animali erano morti perché non c’era più erba della quale nutrirsi né acqua per dissetarsi, di conseguenza erano morti anche molti animali carnivori perché non c’erano più prede da cacciare. Un giorno Siddharta l’elefante, vide un branco di leoni indiani ormai sul punto di morire per gli stenti, i loro strazianti lamenti arrivano alle sue grandi orecchie procurandogli una sofferenza insopportabile. Pensò tra sé:” non posso più sopportare di assistere a tanta sofferenza senza fare niente, ma sono solo un elefante, cosa posso fare? Però nel mio corpo c’è tanta carne da sfamare tutto il branco per giorni, c’è anche tantissimo sangue per dissetarli tutti, in fondo io sono solo uno e loro sono tanti, le vite di molti sono più importanti di una sola”. Così si avvicinò al branco ed accucciatosi in segno di resa offrì il suo corpo come cibo.

Che sia un racconto simbolico, una allegoria, o la pura verità, questo dipende dalla fede dell'ascoltatore, ma in definitiva importa poco, quello che conta è il valore sublime della generosità e del donare che queste due storie ci fanno capire.

Donare qualcosa è il modo di manifestare concretamente la nostra generosità, tra tutte le azioni virtuose è la più elevata, sublime, ed è quella che realmente ci qualifica come esseri sociali ed empatici. Donare il nostro tempo e le nostre attenzioni è una cosa bellissima, donare il nostro aiuto in ogni forma possibile a chi ha bisogno lo è ancora di più, donare una parte di noi, il nostro sangue, un organo, o ancora meglio donare tutto ciò che può essere utilizzato del nostro vecchio corpo che ormai ha cessato di vivere, è in assoluto l'azione più generosa, altruistica, virtuosa e preziosa che possiamo fare.

In estrema sintesi questa è la posizione buddhista in merito alla donazione di organi, detto questo è giusto però fare alcune considerazioni.



Buddha in paranirvana, Manbulsa, Corea del Sud.

Secondo il modo di vedere buddhista, quando il corpo cessa di vivere, bisogna aspettare tre giorni prima di procedere con la sepoltura o con la cremazione o prima di fare qualsiasi cosa, questo è il tempo necessario affinché l'intero processo della morte sia definitivamente compiuto. Durante questi tre giorni il corpo andrebbe preservato da qualsiasi forma di disturbo in modo che niente possa recare disturbo o interferenza alla coscienza che nella sua forma più sottile continua ad essere legata al corpo. Per essere chiari; l'intero processo della morte inizia con la dissoluzione degli elementi grossolani che costituiscono la base del corpo fisico, queste dissoluzioni sono visibili nei giorni o nei momenti che precedono l'arresto del respiro e del battito del cuore, terminata questa fase, la mente o coscienza, viene riassorbita per gradi partendo dagli aspetti più grossolani come le coscienze sensoriali e le coscienze concettuali fino a giungere alla sua ultima essenza che viene chiamata "mente o coscienza sottile", quando questa si separa dal corpo allora l'intero processo della morte è compiuto, normalmente questo richiede tre giorni.

Se le cose stanno così verrebbe da dire che non si possono donare parti del corpo se non quando ormai sono inservibili, ma non è così. Il praticante buddhista che ha generato una fortissima motivazione altruistica di generosità durante la vita, può decidere di donare le sue parti non appena avviene la morte clinica; questa sua motivazione altruistica diventa l'antidoto più potente a qualsiasi disturbo al processo della morte e niente di ciò che può accadere diventerà interferenza o disturbo proprio perché la forza della sua motivazione di generosità renderà la sua mente stabile ed al sicuro da ogni influenza disturbante. In ogni caso sarebbe meglio prima di prendere questa decisione consultarsi con un maestro qualificato.

Per quanto riguarda i trapianti, in generale non c'è alcuna obiezione o ostacolo a donare ciò che può salvare la vita di un altro, sempre che questo gesto non rechi danni irreparabili al donatore. La scienza e la medicina in particolare hanno la grande responsabilità di usare queste preziose risorse al meglio, senza recare danno alcuno al donatore e senza cadere nell'inutile e dannoso accanimento terapeutico verso il ricevente.

Ebraismo

Rav Paolo Mordechay Sciunnach

Il problema della donazione di organi, che al giorno d'oggi ha assunto grande rilevanza, viene affrontato nell'ebraismo sulla base di varie definizioni riportate nei sacri testi e interpretate dai rabbini. Sui trapianti non esiste quindi una voce univoca, ma esistono varie opinioni maggioritarie anche con posizioni di forte divergenza. Si tratta di un tema molto complesso e articolato, mi limiterò in questa sede ad illustrare alcuni principi generali. Ci occuperemo degli aspetti più importanti e ne tralascieremo altri. L'ebraismo considera il salvare e il mantenere la vita umana come una priorità assoluta: *“e sceglierai la vita”*¹ è l'imperativo del testo biblico.

Ogni essere umano ha il dovere di mettere in gioco sé stesso per salvare la vita di un altro essere umano: *“Non rimanere inerte di fronte al sangue del tuo prossimo”*². Salvare una vita, è come salvare il mondo intero e bisogna fare ogni sforzo per salvare le vite in pericolo. Il valore della vita umana non è misurabile (in termini di tempo e qualità), è infinito ed è uguale per tutti: in qualsiasi condizione, ogni momento della vita ha lo stesso valore. È proibito quindi mettere in atto qualsiasi azione che possa anche indirettamente accorciare la vita di un agonizzante³.

The image shows the Hebrew word 'אמת' (Emeth), which means 'truth' or 'veritas'. It is written in a bold, black, calligraphic style. The letters are thick and have a slightly irregular, hand-drawn appearance. The word is centered on the page.

Calligrafia in ebraico emeth, verità.

In questo senso ci viene comandato di trasgredire lo Shabbat per salvare una vita: anche se non siamo sicuri dell'esito della nostra azione, dobbiamo

tentare di salvare un uomo anche violando lo Shabbat, *“lo Shabbat è stato dato nelle tue mani, non tu nelle sue”*⁴. È implicito quindi nell’osservanza dello Shabbat l’obbligo di compiere tutto il necessario per salvare una persona in pericolo⁵.

Tuttavia non si è tenuti necessariamente a sacrificare la propria vita per quella di un altro uomo: la tua vita vale quanto la sua, e la sua vita vale quanto la tua: *“possa vivere tuo fratello con te”*⁶, *“chi ti ha detto che il tuo sangue è più rosso del suo? forse il suo sangue è più rosso del tuo”*⁷.

Un individuo ha il dovere di offrire la propria vita soltanto al fine di evitare la trasgressione in prima persona del divieto di omicidio, idolatria e rapporti incestuosi⁸.

È nostro dovere quindi metterci in una situazione che può essere potenzialmente pericolosa per salvare chi è sicuramente in pericolo di vita. Tuttavia, una persona non è obbligata a mettere, a priori, a repentaglio la propria vita per salvarne un’altra; ma ogni situazione va vista nel contesto in cui ci si trova⁹.

A sostegno di questo è scritto: *“e osserverete dunque i miei statuti e le mie leggi, mediante le quali, chiunque le metterà in pratica, vivrà in esse [e non morirà per esse]. Io sono il Signore”*¹⁰.

È un dovere morale mettersi in gioco (pericolo non vitale) per salvare una vita umana attraverso la libera donazione di organi non vitali, in vita o anche dopo la morte. Il principio religioso dell’integrità del corpo e la proibizione di trarre giovamento dall’utilizzo di un cadavere è in secondo piano di fronte al pericolo di vita altrui (anche nel caso della proibizione della autopsia).

Se il donatore è un essere umano, vi sono problemi giuridici ed etici. Questi ultimi derivano in particolare dal dovere di salvaguardare la vita e la salute del donatore. Quando manchi uno o più di questi requisiti, non sarà possibile concedere il permesso di trapianto:

- il donatore ha dato il consenso da vivo all’estrazione dei suoi organi in vita o anche dopo la sua morte; la consapevolezza e la volontà del

donatore deve venire espressa in vita personalmente davanti ad almeno due testimoni validi per la legge religiosa ebraica;

- non accorciare la vita del donatore in alcuno modo (diretto o indiretto);
- non prolungare le sofferenze;
- il malato ricevente che necessita urgentemente l'intervento si trova «davanti a noi»;
- la situazione del malato ricevente è considerata essere «pericolo di vita».

Ci limiteremo, in questa sede, ad affrontare il problema del trapianto degli organi vitali (in particolare cuore e fegato).

Esiste un preciso dovere di fare ogni sforzo per salvaguardare la vita del donatore. È considerato assolutamente proibito causare la morte di un individuo per salvarne un altro¹¹. È quindi proibito estrarre un organo anche se la persona è in fine di vita¹².

Indispensabile è quindi la definizione esatta del momento della morte secondo la Halachà (legge religiosa ebraica), al fine di stabilire se si possa effettuare – o meno – il prelievo degli organi vitali.

Possiamo definire la morte come la situazione in cui vi è mancanza di vita in modo irreversibile: la perdita assoluta, completa e irreversibile di ogni attività cerebrale, compresa quella della corteccia cerebrale; la cessazione assoluta e irreversibile di ogni attività cardiaca, della circolazione sanguigna e del sistema respiratorio; la morte di tutte le cellule del corpo; la completa separazione dell'anima (Nefesh) dal corpo.

Tradizionalmente il momento della morte viene identificato con la cessazione completa delle attività cardiaca e polmonare¹³.

Tuttavia oggi i mezzi di rianimazione permettono di mantenere l'attività respiratoria artificiale e quindi il mantenimento dell'attività cardiaca per un lungo periodo. Di conseguenza, non collegare il paziente ai mezzi di rianimazione a priori, contraddice il principio di non rimanere inerte di fronte al pericolo di vita altrui. È necessario quindi proseguire a curare il malato fino a quando non cessi il battito del cuore in modo autonomo: quindi è proibito staccare il malato dall'apparecchio della respirazione

artificiale (vige quindi anche la proibizione di ogni forma di eutanasia). Quindi molte autorità rabbiniche contemporanee considerano proibito il trapianto di cuore¹⁴.

Su questa base, un problema particolare è costituito dal trapianto del cuore: per poter effettuare tale trapianto è necessario che il cuore del donatore sia ancora pulsante. Data la proibizione assoluta di intervenire su un agonizzante per accelerarne la morte, ci si è posto il problema se sussista – o meno – il momento opportuno per rendere possibile questo tipo di trapianto. Il primo problema che si pone per permettere il trapianto è quello di essere perfettamente certi della morte del donatore sulla base dei criteri stabiliti.

Fermi restando i principi di non accorciare la vita e di non prolungare le sofferenze, secondo altre autorità rabbiniche contemporanee (Rabbinate Centrale di Israele) esiste un momento limite nel quale la vita diventa un mero prolungamento di sofferenze. Su questa base è possibile staccare il malato dall'apparecchio, facendo cessare l'attività di un "oggetto estraneo" che impedisce la naturale e inevitabile morte del malato (considerando il trattamento un mero artificiale prolungamento di sofferenza), onde in ogni caso il cuore cesserà la sua attività dopo qualche minuto in modo autonomo¹⁵. Coloro che sostengono questa possibilità, ritengono la respirazione (rispetto al battito cardiaco) come l'elemento predominante che definisce la vita o la morte di una persona.

Diventa qui fondamentale il parere del medico: infatti la morte può essere provata solo mediante le conoscenze dei medici che constatano la cessazione della funzione respiratoria mediante l'accertamento del mancato funzionamento assoluto del cervello, ove risiede il centro respiratorio (Esame BAER). La cessazione della attività cerebrale non è dunque importante in sé e per sé come criterio per la definizione di morte, ma solo in quanto centro della respirazione. Fatti quindi gli accertamenti, si permette l'espianto del cuore sulla base del fatto che il suo battere è dovuto esclusivamente all'apparecchio artificiale esterno per la respirazione.

In merito al ricevente restano fermi gli stessi principi di tutela della vita e di non prolungarne la sofferenza. Il cuore malato viene estratto ed entra in

azione un cuore-polmone artificiale che adempie alle funzioni vitali. In questo caso non si può parlare quindi di «morte» del ricevente. La situazione è simile a quanto accade nelle operazioni «a cuore aperto» che sono permesse. Oggi si riscontra un'alta percentuale di successo, onde non si pongono problemi più gravi di quelli presenti in ogni altro intervento chirurgico complicato.

Conclusione

La solidarietà e l'aiuto a chi soffre sono principi fondamentali dell'Ebraismo. La donazione di organi è un atto di grande solidarietà e di valore etico-religioso, nel quale la necessità di salvare una vita umana appare più importante della possibile offesa all'integrità del cadavere. Per alcuni tipi di trapianti (cuore e fegato) il problema è complicato, perché il prelievo si deve eseguire a cuore battente e secondo molte autorità rabbiniche contemporanee questo significa che il donatore è ancora vivo e che estraendogli il cuore lo si uccide. Alcune autorità rabbiniche contemporanee, e tra queste il Rabbinato Centrale d'Israele, si sono invece pronunciate a favore del prelievo a cuore battente, purché sia accertata con dati oggettivi la completa morte cerebrale, anche in presenza di battito cardiaco.

La posizione dell'Assemblea dei Rabbini d'Italia (ARI)

L'Assemblea dei Rabbini d'Italia ha deliberato all'unanimità di seguire su questo argomento l'orientamento del Rabbinato Centrale d'Israele. I criteri stabiliti dalle attuali disposizioni legislative italiane per l'accertamento della morte cerebrale sono tuttavia meno rigorosi di quelli stabiliti nei documenti tecnici allegati alle delibere del Rabbinato Centrale d'Israele: quindi un assenso non condizionato del potenziale donatore ebreo italiano lo espone al rischio di essere considerato deceduto quando per la legge ebraica (Halachà) è ancora in vita. Per questi motivi l'Assemblea suggerisce, agli ebrei italiani che desiderano partecipare alla donazione di organi, la sottoscrizione di una formula di consenso nella quale sia espressamente

aggiunta questa condizione: «purché l'accertamento del decesso, in aggiunta ai criteri stabiliti dalle leggi vigenti, sia eseguito secondo le modalità tecniche che verranno indicate dall'Assemblea dei Rabbini d'Italia».



La concertazione rabbinica durante lo studio dei testi sacri e delle sue applicazioni.

Cristianesimo - Chiesa Cattolica

Palma Sgreccia

Fino al XX secolo la possibilità dei trapianti rimase nel regno della mitologia e del miracolo. Secondo la tradizione, la nascita dei trapianti viene fissata nel III secolo d.C., quando i santi medici Cosma e Damiano compirono il miracolo di sostituire la gamba del diacono Giustiniano, andata in cancrena, con quella di un uomo Etiope deceduto poco prima¹⁶.

Per l'etica cattolica i trapianti sono legittimati dal principio di solidarietà che unisce gli esseri umani e dalla carità che dispone al dono verso i fratelli sofferenti; non si tratta del dono di qualcosa di proprio, ma del dono di sé; l'atto dev'essere assolutamente gratuito.

Il Magistero cattolico è favorevole ai trapianti di organi vitali da cadavere e di tessuti e organi non vitali da vivente, raccomandando il rispetto del donatore e una corretta etica del rischio sanitario.

Secondo l'antropologia cristiana la persona è corporea, ma trascende il corpo, non nel senso di poterne prescindere, ma nel senso di avere la capacità di compiere operazioni non esclusivamente corporee.

La medicina dei trapianti ci offre non solo la speranza della salute, ma anche la possibilità di tornare ad interrogarci sul senso del dono, sul senso della responsabilità personale verso gli altri, sulla cura degli altri che è affidata a ciascuno. Il corpo diventa il luogo che invita a progettare la propria vita secondo la logica della prossimità¹⁷.



Miracolo dei SS. Cosma e Damiano, Beato Angelico, Museo di San Marco, Firenze.

Il corpo è il segno della nostra finitudine e rinvia a ciò che non si vorrebbe – fragilità, debolezze, limiti, malattie, morte – ma nello stesso tempo ci apre alla relazione col mondo e con gli altri, alla dinamica del reciproco riconoscimento.

C'è una tradizionale cesura tra il corpo animato e il corpo inanimato, tra il corpo umano e il cadavere a cui però si accompagna l'indissociabilità del corpo umano dalla persona. Se perdiamo la capacità di pensare al corpo *post mortem* come rimando ad un qualcuno, da rispettare, viene meno anche la nostra partecipazione coinvolta, la nostra apertura qualitativa al mondo.

L'insegnamento del Magistero cattolico mette in luce la liceità-bontà della donazione degli organi, distinguendo quella da vivente, a cui è connessa la questione dell'integrità del donatore, e quella da cadavere con il problema dell'accertamento della morte¹⁸.

Donazione da vivente

Inizialmente la questione della *donazione da vivente* fu affrontata dai moralisti cattolici con le argomentazioni che vietano la mutilazione del corpo umano, pur ritenendo lecito il sacrificio di una parte malata dell'organismo per il beneficio di tutto il corpo. Secondo il principio di integrità e totalità, la mutilazione è consentita solo per il bene dell'organismo che la subisce¹⁹. La difesa del principio di totalità e integrità è espressa nella *Casti connubii* di Pio XI (1930)²⁰ e la ritroviamo nel *Discorso al primo Congresso di istopatologia del sistema nervoso* (1952) di Pio XII²¹.

Il contesto della *Casti connubi* è quello matrimoniale e il Pontefice tratta il principio dell'inviolabilità del corpo e la sua integrità fisica reagendo contro coloro che legittimano l'intervento dei medici per privare alcuni soggetti della "facoltà naturale" di generare la prole.

Nelle parole del *Discorso al primo Congresso di istopatologia del sistema nervoso* di Pio XII c'è una forte difesa dell'integrità fisica e quindi nell'incapacità del soggetto, che ne è titolare, di disporre di organi particolari del suo organismo. La ragione di fondo sta nel fatto che l'individuo ha un potere relativo sul proprio corpo, subordinatamente e in dipendenza del potere assoluto di Dio: il corpo è dato da Dio, in uso, non in proprietà e quindi non è consentito all'uomo di disporne. Di conseguenza qualsiasi atto che, senza fondata ragione, ne violi l'integrità, urta inevitabilmente contro la dignità della persona e la sua integrità fisica, più remotamente contro il progetto stesso di Dio e la sua signoria²².

Pur intransigente nella difesa dell'inviolabilità dell'integrità fisica della persona e nel respingere l'applicazione sociale del principio di totalità, Pio XII ha ammesso la liceità dei trapianti di organi a favore di pazienti bisognosi; un intervento esplicito lo fa a favore dell'innesto della cornea prelevata da cadavere.²³ Il passaggio avviene da un corpo di un essere non più vivente ad un altro vivente in condizione di bisogno.

In seguito, Giovanni Paolo II sottolineò due valori: *l'unità del genere umano e la carità fraterna*²⁴. Applicando questi due valori al tema del dono degli organi, si trasse la conclusione della liceità del dono, anche da vivente. Giovanni Paolo II, pur ribadendo che l'uomo non è padrone della

propria vita, ma la riceve in usufrutto e ne è l'amministratore perché solo Dio è il Signore della vita, evidenzia la dimensione religiosa e fraterna della donazione²⁵, che esprime la solidarietà cristiana, definita come il comandamento nuovo (cfr. Gv 13, 34).

Il *Catechismo della Chiesa Cattolica* è chiaro:

Il trapianto di organi è conforme alla legge morale e può essere meritorio se i danni e i rischi fisici e psichici in cui incorre il donatore sono proporzionati al bene che si cerca per il destinatario (n. 2296).

Nella *Carta degli operatori sanitari* del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute (1995) si scrive che i trapianti sono

legittimati dal *principio di solidarietà* che unisce gli esseri umani e dalla carità che dispone al dono verso i fratelli sofferenti (n. 67).

Legittimamente ci si può esporre a rischi per il bene del prossimo, rinunciare all'integrità del proprio organismo per aiutare il prossimo in grave necessità.

L'integrità fisica, pur essendo un bene prezioso, non è il bene più alto per la persona che, in una prospettiva evangelica, si realizza pienamente nel dono di sé e nell'amore dell'altro.

Riconosciuto il *principio di solidarietà*, occorre delineare *i criteri di praticabilità* che possono essere sintetizzati nelle espressioni: *non lesività e proporzionalità, libertà e gratuità*.

La *non lesività* non va intesa in senso assoluto, ma come *lesività tollerabile* o *ragionevole*. Non sono eticamente praticabili i prelievi che compromettono la sopravvivenza del donatore.

Correlato al criterio della non lesività c'è quello della *proporzionalità*: al danno provocato nel donatore deve corrispondere un miglioramento proporzionato della qualità di vita del ricevente²⁶.

Il gesto di donazione deve scaturire da *libera scelta* e da solidarietà: non si può obbligare una persona a ledere la propria integrità fisica a beneficio di un'altra²⁷.

Donazione da cadavere

Importante riferimento è l'*Allocuzione del 14 maggio 1956* di Pio XII, rivolta all'Associazione Italiana Donatori di Cornea e dell'Unione Italiana Ciechi. Viene accettato pienamente il prelievo di tessuti da un cadavere a scopo terapeutico e anche scientifico, a condizione che il corpo sia trattato con rispetto; si esorta ad un'educazione dell'opinione pubblica che aiuti le famiglie a consentire al prelievo degli organi dal corpo di un parente deceduto.

Anche nel *Catechismo della Chiesa Cattolica* si legge:

Il dono gratuito di organi dopo la morte è legittimo e può essere meritorio (n. 2296).

I problemi morali possono essere ricondotti a tre: *la disponibilità del cadavere, l'accertamento della morte e il consenso.*

Il principio è che, pur essendo doveroso il rispetto per la spoglia mortale che rimanda alla persona che sussisteva in quella realtà somatica e che è destinata alla resurrezione dei corpi, *il cadavere non è più un uomo.*

Afferma Pio XII:

Il cadavere non è più, nel senso proprio della parola, un soggetto di diritto, perché è privo della personalità... (per cui) destinarlo a fini utili, moralmente ineccepibili e anche elevati non è da condannare, ma da giustificare positivamente²⁸.

Al di là della fattibilità pratica, per l'etica cattolica non è legittimo il prelievo di organi, come le gonadi e il cervello, a cui è legata l'identità personale; si raccomanda molta prudenza per i cosiddetti trapianti non salvavita, per gli xenotrapianti, per i quali i rischi possono non essere proporzionati²⁹; si precisa che è lecito prelevare organi dal neonato anencefalico, ma una volta che sia stata accertata la morte³⁰.

Nel caso della donazione da cadavere, il problema nasce dal fatto che, per il successo dell'operazione, occorre che fra la cessazione dell'azione cardiaca e della circolazione sanguigna e il prelievo passi un tempo relativamente breve e variabile a seconda degli organi e dei tessuti.

Ovviamente la competenza sui criteri per stabilire la morte non appartiene alla Chiesa ma alla medicina. A seguito di uno studio della Pontificia Accademia delle Scienze nell'ottobre del 1985, Giovanni Paolo II accetta, come criterio di morte, la cessazione irreversibile di ogni funzione

cerebrale, dando così un sostegno importante alla causa dei trapianti.

In modo chiaro afferma:

Di fronte agli odierni parametri di accertamento della morte, – sia che ci si riferisca ai segni “encefalici”, sia che si faccia ricorso ai più tradizionali segni cardio-respiratori –, *la Chiesa non fa opzioni scientifiche* [ndr *il corsivo è nostro*], ma si limita ad esercitare la responsabilità evangelica di confrontare i dati offerti dalla scienza medica con una concezione unitaria della persona secondo la prospettiva cristiana [...]

In questa prospettiva, si può affermare che il recente criterio di accertamento della morte [...] cioè la cessazione *totale ed irreversibile* di ogni attività encefalica, se applicato scrupolosamente, non appare in contrasto con gli elementi essenziali di una corretta concezione antropologica. Di conseguenza, l’operatore sanitario, che abbia la responsabilità professionale di un tale accertamento, può basarsi su di essi per raggiungere, caso per caso, quel grado di sicurezza nel giudizio etico che la dottrina morale qualifica col termine di “certezza morale”³¹.

In seguito Benedetto XVI richiama alla massima cautela per non rischiare di trattare come un cadavere qualcuno che non lo è ancora. Sottolinea inoltre che, anche nel caso dell’espianto da cadavere, il consenso deve essere chiaramente espresso:

Il consenso informato è condizione previa di libertà, perché il trapianto abbia la caratteristica di un dono e non sia interpretato come un atto coercitivo o di sfruttamento³².

Benedetto XVI invita in modo limpido ad evitare ogni abuso legato alle possibili reificazioni dei corpi, al commercio degli organi:

È utile, soprattutto nel contesto odierno, ritornare a riflettere su questa conquista della scienza, perché non avvenga che il moltiplicarsi delle richieste di trapianto abbia a sovvertire i principi etici che ne stanno alla base. [...] il corpo non potrà mai essere considerato un mero oggetto [...] Eventuali logiche di compravendita degli organi, come pure l’adozione di criteri discriminatori o utilitaristici, stridrebbero talmente con il significato sotteso del dono che si porrebbero da sé fuori gioco, qualificandosi come atti moralmente illeciti. Gli abusi nei trapianti e il loro traffico, che spesso toccano persone innocenti quali i bambini, devono trovare la comunità scientifica e medica prontamente unite nel rifiutarli come pratiche inaccettabili. Esse pertanto vanno decisamente condannate come abominevoli. Lo stesso principio etico va ribadito quando si vuole giungere alla creazione e distruzione di embrioni umani destinati a scopo terapeutico. La semplice idea di considerare l’embrione come “materiale terapeutico” contraddice le basi culturali, civili ed etiche su cui poggia la dignità della persona³³.

Poco dopo Benedetto XVI riafferma che: la persona vivente può dare in dono unicamente organi non vitali – doppi come il rene, oppure parti del fegato o del polmone, o parti di facile rigenerabilità come il midollo osseo – affinché il donatore, in futuro, possa avere un’adeguata qualità di vita.

La donazione samaritana

Nel settore dei trapianti di organo il termine “samaritano” viene riferito al donatore vivente di rene che offre l’organo alla collettività, e non ad uno specifico ricevente, senza alcun tipo di remunerazione o contraccambio. L’organo, reso disponibile dal “samaritano”, viene trapiantato in un ricevente in lista di attesa scelto secondo criteri predeterminati³⁴.

La pratica non è esente da problemi in relazione ad una molteplicità di aspetti: psicologico, psichiatrico e di sicurezza per il donatore. La donazione potrebbe essere una manifestazione narcisistica o autolesionistica, espressione di un rifiuto della propria vita o di una non piena consapevolezza delle implicazioni che l’intervento comporta.

Possiamo sacrificare, in via eccezionale, la nostra integrità per un familiare o un amico, però in questo caso non si sa a chi si dona, è una straordinaria chiamata all’amore e alla comunione³⁵, ma restano gli interrogativi di fronte a un gesto che comporta la menomazione volontaria del proprio corpo.

La donazione da vivente è un atto eroico, supererogatorio, che non potrebbe essere mai definito doveroso.

Islam

Yusuf Abd al Hakim Carrara

Nel mondo islamico esistono diversi documenti ufficiali emanati da enti internazionali governativi, organizzazioni mediche e autorità religiose dei singoli Paesi a maggioranza islamica sul tema dei trapianti. Tra i primi documenti troviamo quello del 1949 emesso dall'autorevole istituzione egiziana di Al-Azhar, di riferimento per i musulmani sunniti che si esprimeva, allora, sulla pratica della trasfusione di sangue considerata lecita, anche da parte di donatori non musulmani, nel caso in cui la vita del paziente fosse dipesa dalla trasfusione. Un altro documento degno di nota che si pronuncia sulla donazione di organi da donatore vivente è rappresentato dal Codice Islamico di Etica Medica che nel 1981 afferma che la donazione di un organo è consentita se è frutto di una libera scelta e se il donatore non corre pericoli per la propria vita. Infine, per la questione più controversa della donazione di organi da cadavere, sono convissute sempre diverse prospettive, alcune favorevoli altre contrarie. Tra le favorevoli segnaliamo quella dell'autorità religiosa egiziana di Al-Azhar nel 1959 per il trapianto di cornea e quella dell'OCI (Organizzazione della Cooperazione Islamica, la più grande organizzazione non governativa dopo l'ONU che raccoglie 57 Paesi a maggioranza islamica) con un documento del 1990 approvato da un consiglio internazionale di giuristi riunitisi in Arabia Saudita. Tale documento consente la donazione da cadavere, del quale è accertata la morte cerebrale, purchè sia stata preventivamente espressa l'autorizzazione da parte di colui che è deceduto o, in seguito, dai suoi parenti o dall'autorità religiosa riconosciuta in quel determinato territorio.

Accanto al documento dell'OCI ciascun Paese islamico legifera in modo autonomo. Di fatto, attualmente, esistono una pluralità di orientamenti e

pratiche a seconda degli Stati. Ci troviamo di fronte a un sostanziale allineamento con molte legislazioni presenti nei Paesi occidentali. La riflessione che vorrei proporre parte dunque dal dato di fatto oggettivo di come le pratiche della donazione degli organi e dei trapianti siano più o meno diffuse, anche in virtù di una legittimazione giuridica e religiosa da parte di alcuni esperti di dottrina islamica.

Potremmo quindi affermare quanto il mondo islamico abbia mostrato apertura verso questo tema posto dalla modernità. Tuttavia ciò che da un punto di vista religioso è rilevante sono i principi su cui si fonda un'azione e la previsione delle sue conseguenze definite sia relativamente alla salute del ricevente che alle dinamiche prodotte da tale pratica nella società. In definitiva la misura di un'azione, che nella prospettiva islamica si valuta a partire dalle intenzioni, deve produrre anche un beneficio diffuso su tutti i piani ed evitare pratiche non etiche. Non basta quindi rendere legittima la pratica dei trapianti e parallelamente vietare il commercio degli organi per avere la coscienza a posto.



Il nome divino al-Khaliq, il Creatore, opera a china di Abd al Haqq Isa Croce.

Le fonti islamiche prese in considerazione per questa delicata questione riguardano sia alcuni versetti del Corano che gli insegnamenti del Profeta Muhammad, entrambi elementi del diritto islamico. La pratica dei trapianti viene valutata in base al principio di fede secondo il quale nel Giorno del Giudizio gli uomini e le donne risorgeranno con il proprio corpo integro e ogni singola parte del corpo dovrà rispondere circa l'uso che l'uomo ne ha fatto. Il corpo è proprietà di Dio che lo ha dato all'uomo provvisto di salute. Il corpo è custode dell'anima ed entrambi sono custoditi dallo spirito che è

l'elemento immortale e rappresenta quel soffio divino che rende l'uomo creato secondo la forma del Misericordioso, come afferma una tradizione profetica.

Per tale ragione l'integrità del corpo dopo la morte viene tutelata tanto che è prescritto che i funerali devono avvenire il prima possibile, prima della decomposizione. L'inviolabilità del cadavere, fosse persino quello dei propri nemici, è un segno di rispetto verso il defunto. Il Profeta Muhammad afferma in proposito che: “spezzare l'osso di un morto equivale a rompere quello di un vivente”. La sepoltura riveste un valore simbolico in attesa della risurrezione dei corpi che si leveranno appunto dai sepolcri. Per tale ragione nella religione islamica non è ammessa la cremazione.

Le fonti tradizionali utilizzate per legittimare la pratica dei trapianti sono:

- il versetto coranico: “Chiunque salva la vita di un uomo sarà come se avesse salvato l'intera umanità” (5, 32);
- il detto profetico: “i fedeli uniti dall'amore sono come un solo corpo, per cui se una parte viene colpita da una malattia, tutte le altre parti del corpo verranno in suo soccorso”;
- il detto profetico: “non esiste una malattia che Dio abbia creato se non perché Egli ne ha creato anche la cura” ma sempre il Profeta ha affermato “ Dio ha creato la cura per ogni malattia ma non usate metodi proibiti”;
- il principio giuridico che afferma: “la necessità fa eccezione alla regola e rende lecito ciò che altrimenti sarebbe vietato”;
- il principio del “male minore” in base al quale un danno su un cadavere è tollerato per prevenire un danno maggiore su un vivente;
- il principio secondo cui la cura del malato rientra tra le responsabilità collettive della comunità islamica; come nel caso di un uomo che morisse di fame perché la società non lo aiuta, è previsto che quest'ultima debba versare un risarcimento pecuniario quale pena dovuta.

Nell'Islam il trapianto rientra nella categoria delle circostanze di forza

maggiore, che richiedono una deroga alla normale applicazione della Legge sacra. Questa deroga dipende quindi strettamente oltre che dalle circostanze, dalle intenzioni di chi vi ricorre e che se ne assume pertanto la totale responsabilità. Ogni musulmano dovrà riferirsi alla propria coscienza e considerare attentamente le proprie intenzioni, sia che si tratti di un donatore sia che si tratti di un ricevente, e gli stessi operatori sanitari dovranno fare attenzione a non mancare mai di rispetto verso la sacralità dei pazienti e dei defunti loro affidati.

Occorrerà pertanto saper operare alcune distinzioni fra le varie tipologie di trapianto, fra i benefici reali che da questi ci si potrà aspettare, senza cadere nell'idolatria della vita che nessuna religione ortodossa ha mai sostenuto. Non si tratta di dover vivere a ogni costo, ma anche di saper imparare a morire, una volta che si è imparato a vivere.

La tradizione islamica invita gli uomini a rifuggire da ogni forma di prassi meccanica e a considerare sempre con attenzione i casi particolari. Nonostante il sistema dei trapianti richieda necessariamente la convergenza di numerose volontà e figure professionali esso non dovrà mai divenire un meccanismo impersonale dove ognuno possa illudersi di essere sciolto dalle proprie responsabilità. A partire dai donatori, dai medici, dal personale sanitario fino ai riceventi, ognuno è chiamato a vivere in modo responsabile la propria funzione, nel pieno rispetto della sacralità del corpo e dell'essere umano, sapendo di essere custode di un mistero che supera le proprie possibilità di comprensione.

Se la medicina va insegnata tenendo presente la sua dimensione di umanità, così la religione non può prescindere da una dimensione di sacralità. Fisico e spirituale sono sempre legati e rappresentano uno degli aspetti dell'ordine della creazione. Secondo i sapienti musulmani, in particolare lo Shaykh Muhyiddin Ibn Arabi nel suo libro "La sapienza dei Profeti", il mondo è simile a uno "specchio dove la realtà s'inverte e diviene ambigua". Altri maestri musulmani insegnano che il corpo è racchiuso nell'anima e quest'ultima, in modo doppiamente rovesciato, nello spirito. Si comprende quindi come una tale visione abbia enormi implicazioni in relazione al modo di considerare la salute e la malattia. Anche gli organi non possono

quindi essere separati dalle realtà invisibili che ne sostengono l'attività, prima fra tutti la vita stessa.

Per concludere vorrei riferirmi al miracolo di plasmare e dare la vita "con il permesso di Dio" che il Corano riconosce come proprio di Gesù, chiamato il Maestro del Soffio. Questo permesso è quindi indispensabile affinché l'uomo non si sostituisca a Dio nell'intervenire nella creazione al fine di rendere fruttuose le proprie azioni prevedendo le conseguenze, invece di rischiare di rimanere in balia di queste.

Un tale principio è forse difficile da applicare oggi nell'ambito della ricerca sperimentale, anche se ha fondato per secoli la ricerca medica anche all'interno del mondo islamico. È il valore del simbolo che riconduce la realtà all'unità divina unendo il piano cosmologico a quello metafisico.





Appendice

Carta delle buone pratiche per il pluralismo religioso e l'assistenza spirituale nei luoghi di cura

Comitato scientifico IPC

Introduzione

Il gruppo di lavoro e studio “Insieme per Prenderci Cura” – la cui attività si è svolta negli anni 2016-2018 ed è risultata nella pubblicazione del volume *Salute e identità religiose* – propone una “Carta delle buone pratiche”, rivolta all’attenzione del personale medico ospedaliero e in generale a quello coinvolto nelle cure sanitarie. Scopo della presente Carta è sensibilizzare a un atteggiamento più responsabile ed adeguato nell’ambito sanitario di fronte al pluralismo culturale e religioso, accentuato dai flussi migratori in corso. Questo documento integra la Carta dei Diritti dei Malati già nota e in uso nelle strutture sociosanitarie ed assistenziali.

Ciò che ci sembra unisca i vari orientamenti delle tradizioni e denominazioni spirituali e religiose – ebraica, cristiana, musulmana, buddhista, induista – è una visione integrale dell’uomo e della donna, non limitata alla mera dimensione del “corpo fisico”, ma estesa anche alla sua valenza spirituale. Questa prospettiva non pretende di ‘confessionalizzare’ la realtà ospedaliera, né di giustificare eccezioni alla necessità di adeguarsi a normative, prassi e regolamenti propri del contesto medico sanitario, bensì intende offrire considerazioni utili per operare con più efficace sinergia nel prenderci cura gli uni degli altri, condividendo responsabilità e speranze in un orizzonte di umanesimo globale.

Premessa

- Non esistono diversi “valori” di vite umane, ma tutte le vite hanno valore incommensurabile e pari dignità ed importanza, in virtù del

principio di uguaglianza. Pertanto ciascuna persona deve essere considerata e curata con il medesimo massimo rispetto e attenzione, evitando qualsiasi discriminazione.

- La religione e la spiritualità costituiscono aspetti intrinseci all'essere umano e si esprimono attraverso un insieme di culti, valori, credenze, tradizioni e pratiche, che si articolano dinamicamente nei diversi piani dell'esistenza umana.
- La Costituzione della Repubblica Italiana riconosce la dignità della persona umana e ne garantisce le libertà e i diritti inviolabili, compresi quelli afferenti la sfera religiosa, sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità (art. 2, 3, 7, 8, 19, 20 Cost.).
- La Legge 23 dicembre 1978, n. 833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale", all'articolo 38 sancisce che "presso le strutture di ricovero del servizio sanitario nazionale è assicurata l'assistenza religiosa nel rispetto della volontà e della libertà di coscienza del cittadino".

(I) Buone pratiche di attenzione al pluralismo culturale e religioso

1) Negli ospedali, case di cura o di assistenza e nelle strutture socio-assistenziali e ambulatoriali è assicurata la libertà di religione o credenza, compatibilmente con le specifiche condizioni ed esigenze di organizzazione, servizio e sicurezza.

2) Nei siti di cui al primo punto, ogni individuo ha diritto di ricevere, su richiesta sua (o dei propri familiari qualora impossibilitato ad esprimere questo desiderio), l'assistenza spirituale di rappresentanti delle religioni e tradizioni spirituali, confessionali o non confessionali.

3) L'assistenza spirituale e religiosa, nelle suddette strutture, mirerà a consentire il rispetto della prassi del culto, delle normative alimentari, delle festività del paziente, secondo la propria fede e convinzione spirituale, senza in questo ostacolare la diagnosi e le cure indispensabili e indifferibili per la vita del paziente.

4) L'assistenza spirituale e religiosa, oltre a quanto sopraindicato, considererà, nel rispetto della sensibilità e volontà del paziente, più

specificatamente gli aspetti inerenti a:

- cura;
- inizio vita;
- contraccezione;
- procreazione;
- interruzione della gravidanza;
- donazioni e trapianti di organi;
- fine vita: disposizioni anticipate di trattamento e cure palliative;
- sospensione di interventi terapeutici.

5) Nell'ambito del pluralismo religioso che lo Stato riconosce e tutela, è auspicabile la conoscenza, da parte di tutto il personale sanitario, dei basilari principi religiosi-culturali e delle prassi dei vari culti, relativi alla salute e alla vita del malato.

(II) Responsabilità dell'Ente Ospedaliero

Per lo svolgimento del servizio di assistenza religiosa l'ente gestore ospedaliero si impegna ad assicurare:

- spazi idonei per le funzioni di culto (adibendo all'uopo una sala riservata);
- una camera mortuaria idonea ai riti funebri inerenti alle varie religioni o tradizioni spirituali. In caso di decesso nel corso della degenza nelle strutture di cui al primo punto, sono adottate misure necessarie ad assicurare la celebrazione di esequie in conformità alla volontà espressa in vita dalla persona e, comunque, in mancanza di dichiarazioni di volontà, in conformità alle cerimonie della religione o credenza del defunto o dei familiari.
- un elenco di mediatori culturali e di ministri di culto delle diverse religioni.

Compatibilmente con le esigenze di organizzazione interna e di spesa, le

strutture di cui al punto 1 assicurano ai soggetti che lo richiedano l'adempimento delle prescrizioni in materia alimentare e di astensione dal lavoro legate alla propria religione o credenza; assicurano altresì la ricezione di pubblicazioni di natura religiosa e spirituale e l'esposizione di immagini o simboli della propria religione o credenza negli spazi personali riservati.

(III) Responsabilità del personale ospedaliero

Il personale medico e di assistenza deve avere conoscenza ed attenzione affinché il paziente sia curato e assistito nel rispetto della sua religione o credenza.

Gli operatori costituenti l'équipe dei sanitari devono individuare la modalità comunicativa (anche tramite mediatori culturali) più adeguata alla condizione culturale, religiosa e spirituale della persona assistita.

Durante la degenza i pazienti non devono essere impediti nell'esercizio della libertà religiosa o nell'adempimento delle pratiche di culto, compatibilmente con le esigenze sanitarie di diagnosi e cura del paziente.

(IV) Responsabilità dei pazienti

Resta inteso che, pur nel rispetto delle diverse identità religiose e culturali, i pazienti sono tenuti al rispetto delle Leggi, degli Ordinamenti e delle Normative che tutelano la propria ed altrui sicurezza e salute.

Milano, 24 luglio 2018

Presentazione degli Autori e del Comitato Scientifico

Antonio Angelucci

Si è laureato in giurisprudenza ed è Dottore di ricerca in discipline canonistiche ed ecclesiasticistiche. Insegna Diritto ecclesiastico europeo all'Università degli Studi del Piemonte Orientale di Novara e Diritto islamico alla Facoltà di Teologia di Lugano ed è membro del Gruppo Islam dell'Ufficio Ecumenismo e Dialogo Interreligioso della Conferenza Episcopale Italiana. Fa parte della Redazione di riviste scientifiche e dei Comitati scientifici del Forum Internazionale Democrazia e Religioni e dell'Associazione Internazionale Karol Woytja. Segretario del Centro di Ricerca "Religioni, Diritti ed Economie nello Spazio Mediterraneo", partecipa a progetti di ricerca nazionali e internazionali. Si occupa, fra l'altro, di dialogo interreligioso, di associazionismo musulmano e di sanità e religioni. Vanta numerose pubblicazioni scientifiche, fra cui due monografie: *L'Islam in Italia. Dalla tutela costituzionale dell'associazionismo alle recenti prospettive pattizie* (2018) e *Dietro la circoncisione. La sfida della cittadinanza e lo spazio di libertà religiosa in Europa* (2018).

Filippo Maria Boscia

È docente di Fisiopatologia della Riproduzione Umana e Bioetica nell'Università di Bari e Direttore del Dipartimento per la Salute della Donna e la tutela del Nascituro – GVM Care & Research – Ospedale Santa Maria – Bari. È Consultore del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari dal 2011 e Presidente Nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani dal 2013. Nella sua qualità di Presidente Nazionale della Società Italiana per la Bioetica è stato editore di documenti ed atti, quali: *Bioetica Coscienza e libertà. Aspetti antropologici giuridici medici e sociali*, Ed. Laterza 1999; *Recenti problematiche bioetiche all'inizio della vita*, Puglia Grafica Sud, 2004; *Ri-umanizzare l'assistenza socio-sanitaria in Italia*, Levante Editori, 2009; *Identità di genere. Aspetti sociali, medici, bioetici e giuridici*, Antezza Tipografi, 2016; *La sofferenza umana tra fragilità, solitudine e speranza*, Antezza Tipografi, 2016. Editor di 20 volumi sulla sessualità e la riproduzione umana tra natura e cultura. Ha collaborato al *Trattato di Bioetica*, Levante Editori 1992; *Dizionario di Bioetica*; Ist. Siciliano di Bioetica 1994; *Enciclopedia di Bioetica e Scienza giuridica*, Edizioni Scientifiche Italiane, 2016; *Medicina e Morale* Volume 5/1995, Tipografia Cooperate Roma.

Lucio Caccamo

Medico chirurgo, nato nel 1961 nella Locride, ha studiato a Milano e lavora presso il Policlinico di Milano in qualità di chirurgo epato-pancreatico specialista nei trapianti di fegato. Nello svolgimento della sua attività professionale coltiva con passione il rapporto con il paziente e mantiene una

attenzione costante verso il coinvolgimento multidisciplinare sia tra medici che verso il personale non medico. È attivo nell'ambito della promozione della cultura della donazione di organi, tessuti, sangue e midollo osseo anche attraverso le attività della sezione milanese di AIDO. È coordinatore della campagna nazionale di sensibilizzazione ed aggiornamento sul trapianto di fegato Epateam (www.epateam.org). Si interessa di musica lirica, è un avido lettore di romanzi, adora il cinema europeo ed ama la pittura moderna e contemporanea. Nuota e scia felicemente.

Yusuf Abd al Hakim Carrara

Nato a Milano nel 1955, città dove vive e lavora. È tra i primi animatori di un sodalizio formatosi alla fine degli anni Ottanta, su ispirazione dello Shaykh Abd al Wahid Pallavicini, che costituirà in seguito il nucleo della Comunità Religiosa Islamica Italiana, della quale oggi riveste l'incarico di vice presidente. Svolge diverse attività attraverso articoli, interventi in convegni accademici e inter-religiosi come il ciclo di incontri "I giovedì della sapienza islamica" che si tengono a Torino. Ha pubblicato il saggio "Il destino ultraterreno dell'uomo" sul n.7 della rivista Il Messaggio, Centro Studi Metafisici, Milano, 2003. È padre di due figlie.

Elisa Crotti

Dal 2001 è consulente nell'area della Comunicazione e delle Relazioni pubbliche per il Collegio IPASVI Milano-Lodi-Monza e Brianza. Svolge inoltre attività di formazione e docenza nei contesti sanitari, affrontando le aree tematiche inerenti la comunicazione, con particolare riferimento alla costruzione della relazione terapeutica con il paziente, la comunicazione interdisciplinare e l'*empowerment* della persona assistita. Con Giovanni Muttillio è coautore per Maggioli Editore del volume *Comunicazione e salute* (2008).

Pasqualino D'Aloia

Dottore Magistrale in Infermieristica, foggiano, classe 1957, è Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Milano - Lodi - Monza e Brianza dal 10 luglio 2018. Attualmente ricopre il ruolo di Responsabile del SITRA e Responsabile Scientifico per la formazione permanente presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi occupandosi nello specifico di selezione, gestione, valutazione e formazione del personale infermieristico, tecnico, della riabilitazione e di supporto. Svolge attività di consulenza per la Direzione Aziendale dell'Istituto di Cura Città di Pavia e presso l'Ospedale San Raffaele; è Professore a contratto presso l'Università di Pavia. Ha partecipazione in qualità di relatore a numerosi Congressi Nazionali e Internazionali Infermieristici e come docente per eventi ECM. È il fondatore dell'ASI – Accademia Scienze Infermieristiche.

Maria Luisa De Natale

Già professore ordinario di pedagogia generale presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, e Prorettore nella stessa Università per gli anni 2002 – 2010, ha diretto master di I e II livello e 12 dottorati di ricerca anche in cotutorato con Università straniere in Cile e in Brasile. Ha collaborato con il Centro Studi della Scuola Cattolica dal 2005 al 2015 su designazione della CEI. Ha

fondato e dirige il centro Creada-onlus per le relazioni educative tra adulti ed adolescenti. È autore di oltre 100 pubblicazioni con le principali case editrici italiane ed estere. È componente di comitati scientifici nazionali e internazionali. Dal 2011 è expert della Commissione Europea per la valutazione di progetti di ricerca internazionali nell'ambito della REA (*European Research Agency*). Ha ottenuto premi nazionali ed internazionali tra cui il premio Paulo Freire dall'Università Statale di Valparaiso per i suoi impegni di ricerca riferiti all'educazione dei giovani e degli adulti.

IlhamAllah Chiara Ferrero

È nata a Torino nel 1974. Nel corso degli ultimi 20 anni si è specializzata nella comunicazione interculturale curando l'editing di libri, atti e la realizzazione di video sul tema del dialogo e collaborando all'organizzazione di numerosi eventi di carattere interreligioso. Ha pubblicato saggi su diverse tematiche relative alla religione islamica, tra i quali: introduzione al volume *Pace e guerra nei testi sacri di Ebraismo, Cristianesimo e Islam*, AA.VV., Ed. Il Messaggero di Padova, 2016; "Donne musulmane e Occidente" in *I diritti delle donne nell'area del Mediterraneo*, (a cura di) Alpa, Andò, Grimaldi, Ed. ESI, 2010; "Muslim women and worship" in *Women and Worship, perspective from the world religions*, Journal of Dharma, Bangalore, 2000. Dal 2013 è presidente dell'Interreligious Studies Academy dove si occupa della progettazione di corsi di formazione. È felicemente sposata e ha un figlio. Vive tra Milano e Roma.

Alessandra Forni

È nata nel 1933 a Milano. Laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano. Specializzata in Ematologia e Oncologia. Nel 1964, dopo un soggiorno di due anni a New York con Borsa di ricerca dello Sloan Kettering Institute, ha iniziato una collaborazione con la Clinica del Lavoro dell'Università come consulente, poi assistente ordinario e dal 1991 come professore associato di Medicina del Lavoro, svolgendo attività diagnostica e di ricerca sui tumori professionali. È in pensione dal 2001. Dal 1990 vive a Monza. Culturalmente interessata all'Ecumenismo e al Dialogo interreligioso, ha frequentato numerosi corsi per operatori pastorali organizzati dalla Diocesi di Milano. È stata membro del Consiglio pastorale diocesano dal 2000 al 2010. Dal 2009 al 2013, poi dal 2014 al 2018, della Commissione diocesana per l'Ecumenismo e il Dialogo come membro laico, rappresentante per la Zona V della Diocesi scegliendo la Sezione per i Rapporti con l'Ebraismo, di cui è responsabile Mons. Pier Francesco Fumagalli.

Sergio Fucci

Già magistrato ordinario (da ultimo con le funzioni di consigliere della Corte d'Appello di Milano), è ora giudice tributario presso la Commissione Tributaria Regionale della Lombardia, sede di Milano, membro del Comitato per l'Etica di Fine Vita con sede in Milano, nonché Vicedirettore della rivista *Decidere in Medicina*. Ha conseguito un dottorato di ricerca in Bioetica, è stato professore a contratto di Bioetica presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università dell'Insubria e docente in alcuni Master. È autore di numerose pubblicazioni sulla responsabilità professionale del medico e dell'infermiere, sulla cartella clinica, sul consenso informato, sul segreto professionale, sulla privacy in campo sanitario. In particolare (con A. Pagni) ha curato come *editor in chief* il *Manuale della*

Professione Medica – Deontologia Etica Normativa, Torino, 2011. È stato relatore in numerosi congressi e convegni nelle materie sopra indicate.

Pier Francesco Fumagalli

Presbitero della Chiesa Ambrosiana dal 1978, è Dottore ordinario della Biblioteca Ambrosiana, direttore delle Classi di studi sul Vicino Oriente e sull'Estremo Oriente dell'Accademia Ambrosiana di Milano, docente di Lingua e Cultura Cinese all'Università Cattolica del Sacro Cuore in Brescia e Consultore dell'*Institute of Morality and Religions* dell'Università Tsinghua di Pechino. Dal 1986 al 1993 è stato Segretario della Commissione della Santa Sede per i rapporti religiosi con l'Ebraismo, della quale è Consultore. Dal 2013 è responsabile del settore per i rapporti con l'Ebraismo nel Servizio Ecumenismo e Dialogo dell'Arcidiocesi di Milano. Autore di opere su ecumenismo, Ebraismo, manoscritti ebraici ed arabi, religioni orientali e cultura cinese.

Stefania Ganassin

È un'Ausiliaria Diocesana della diocesi di Milano. Dal 2001 è assistente spirituale alla Fondazione Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico. Collabora con il servizio della pastorale della salute della Diocesi di Milano.

Svamini Hamsananda Ghiri

Monaca induista, vive, da più di trent'anni, nel monastero Matha Gitananda Ashram. È vicepresidente dell'Unione Induista Italiana (UII), per la quale è anche presidente della Commissione Dialogo interreligioso e coordinatrice della Commissione templi. È ministro di culto. Promotrice del Tavolo cristiano – indù, tra Conferenza Episcopale Italiana (CEI) e Pontificio Consiglio Dialogo Interreligioso (PCID). Fa parte del DIM Italia (Dialogo interreligioso monastico). Partecipa a dibattiti, convegni, tavole rotonde nell'ambito del dialogo interreligioso. È consulente di cultura e religione indù presso numerosi enti, istituzioni e comitati interreligiosi e scientifici. Membro del progetto regionale sulle religioni "*Le cure dello Spirito*" (D.G.R. 14 luglio 2008, n.8-9172 pubblicato nel B.U.R.P. n.31 del 31-07-2008) per l'assistenza religiosa-spirituale realizzato presso l'Ospedale Molinette di Torino. Referente UII per l'assistenza sanitaria secondo il Protocollo, "*La cura dello Spirito*", tra Città della salute e della scienza di Torino e le Religioni (Protocollo settembre 2016). Referente UII nell'Accordo tra azienda ospedaliera Careggi (FI) e rappresentanti delle comunità religiose, 21 marzo 2016. È direttrice editoriale della casa editrice Laksmi ed è curatrice della collana *Santi e yogin*. Direttrice dei corsi e docente dei corsi di Induismo – corsi formazione per docenti accreditati dal MIUR.

Ilenya Goss

Ha compiuto gli studi di Filosofia (1999) e di Medicina e Chirurgia (2009) laureandosi presso l'Università degli Studi di Torino, e di Teologia (2016) presso l'Università di Strasburgo e presso la Facoltà Valdese di Teologia di Roma. Ha insegnato Storia della Medicina ed Etica medica nel Corso di Laurea in Infermieristica (Facoltà di Medicina e Chirurgia-polo didattico di Orbassano, San Luigi

Gonzaga), e collabora attualmente con l'Ateneo torinese nella preparazione dei contributi etico-bioetici del corso integrato di Evidence Based Medicine del Corso di Laurea in Medicina e chirurgia. Preparandosi al ministero pastorale nella Chiesa evangelica Valdese ha seguito la formazione in Clinical Pastoral Education presso l'Ospedale Evangelico Internazionale di Genova. Dal 2012 è membro della Commissione bioetica nominata dalla Tavola Valdese.

Paolo Inghilleri

Medico, specializzato in Psicologia, dal 2001 è Professore Ordinario di Psicologia Sociale, Dipartimento di Beni Culturali e Ambientali dell'Università degli Studi di Milano, e Direttore Scientifico della Fondazione Cecchini Pace-Istituto Transculturale per la salute. I suoi interessi di ricerca riguardano la relazione tra biologia, mente e cultura, lo studio dell'esperienza ottimale, la psicologia ambientale, la psichiatria culturale. È autore di numerosi libri e di più di 100 articoli pubblicati su riviste italiane e internazionali. Tra i volumi internazionali si veda: Inghilleri P. (1999), *From Subjective Experience to Cultural Change*, Cambridge University Press, New York; Inghilleri P., Riva G., Riva E. (2014), *Enabling Positive Change*, De Gruyter, Berlin.

Tenzin Khentse Cesare Milani

Monaco buddhista di tradizione tibetana ordinato direttamente da S.S. Dalai Lama nel 2012. Da sempre interessato alla filosofia, alle religioni ed a tutte le tradizioni spirituali. Dal 1993 segue regolarmente gli insegnamenti ed i ritiri spirituali del centro Ghe Pel Ling di Milano sotto la guida del Ven. Lama Thamthog Rinpoche ora assistente di S.S. Dalai Lama ed abate del suo monastero. Su incarico del Ven. Lama Khenrab Rinpoche insegna la meditazione e la pratica della tradizione buddhista tibetana in due centri del nord Italia, insegna meditazione nella sezione di alta sicurezza del carcere di Vigevano ed è il rappresentante della tradizione buddhista per gli incontri interreligiosi presso la Diocesi di Milano.

Giorgio Lambertenghi Deliliers

È nato a Milano nel 1940. Professore Ordinario di Malattie del Sangue dell'Università di Milano, sino al 2010 ha diretto l'U.O. di Ematologia e Centro Trapianti di Midollo della Fondazione IRCCS Ospedale Policlinico di Milano, dove come medico e ricercatore ha collaborato con prestigiose Istituzioni nazionali e internazionali. Dal 2004 al 2012 è stato Presidente dell'Associazione Medici Cattolici, sezione di Milano. Attualmente Presidente della Fondazione Matarelli di Milano per sostenere la ricerca scientifica nell'ambito dei tumori del sangue, e Direttore Scientifico dell'Associazione "Beat Leukemia" per la diffusione delle conoscenze sulla malattia leucemica. È responsabile dell'U.O. di Medicina Generale dell'Istituto Auxologico Italiano (Polo Capitanio) e Presidente del Comitato Etico dello stesso Istituto. Organizza incontri sui problemi dell'etica medica in qualità di membro del Consiglio Direttivo della Fondazione culturale Ambrosianum. All'impegno professionale affianca un'opera di volontariato presso l'ambulatorio della Fondazione "Fratelli di S. Francesco d'Assisi" come medico volontario. Nel 2015 ha ricevuto la medaglia d'oro di Benemerita Civica del Comune di Milano ("ambrogino d'oro") quale riconoscimento per l'attività svolta in campo scientifico e sociale.

Giorgio Mortara

Medico chirurgo, nato a Milano nel 1947, sposato con due figli. Specialista in Chirurgia generale ed in Gastroenterologia ed endoscopia digestiva. Ha collaborato al progetto di “Umanizzazione degli ospedali” realizzato in Lombardia. Presidente onorario dell’Associazione Medica Ebraica (AME) membro della *World Fellowship dell’Israel Medical Association*. Consigliere del “Giardino dei Giusti” di Milano. Dal 2010 è consigliere dell’Unione delle Comunità Ebraiche Italiane (UCEI), attualmente è vice-presidente ed assessore alle politiche sociali. Nell’ultimo mandato ha coordinato la commissione per i servizi sociali progettando il servizio sociale territoriale e gli aiuti ai terremotati e migranti. Coordinatore scientifico del Progetto interreligioso in sanità *Insieme per prenderci cura*.

Nord Italia Transplant

È stato costituito intorno al 1970 per opera di tre scuole chirurgiche: Stefanini a Roma, Malan a Milano, Confortini a Verona che in quell’epoca effettuarono i primi trapianti di rene da cadavere. All’Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, con l’inizio dell’attività di dialisi nei primi anni ’60, per opera di Mariano Della Grazia ed Enrico Pisani, Malan e la sua scuola si dedicarono all’impianto di fistole artero-venose ed ottennero risultati così brillanti da diventare il riferimento per tutti i pazienti nefropatici che dovevano sottoporsi a trattamento dialitico. Il 22 maggio 1969, Malan eseguì il suo primo trapianto di rene da cadavere al padiglione Zonda realizzando così il terzo trapianto in Italia. Ben presto apparve evidente che l’assegnazione dei reni non poteva essere effettuata dagli stessi clinici che poi eseguivano il trapianto, ma doveva essere affidata ad una struttura super partes che non avesse propri pazienti e che allogasse i reni in modo trasparente applicando criteri predefiniti e condivisi. Edmondo Malan propose che la gestione delle liste d’attesa e l’allogazione dei reni venisse affidata al Centro di Immunoematologia che operava presso l’Istituto di Semeiotica Medica dell’Università e che aveva sviluppato la propria attività nel campo dell’immunologia e, non disponendo di propri pazienti, poteva considerarsi al di sopra delle parti e quindi capace di scelte obiettive. Il 18 giugno 1972, con un donatore cadavere segnalato dal Policlinico, iniziava così l’attività di trapianto lombardo.

Nel 1973 la Regione Lombardia identificò, con propria legge, il Centro di Riferimento della Regione nel Centro di Immunoematologia diventato, nel frattempo, Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti dell’Ospedale Maggiore di Milano. Guardando poi all’esperienza di altri paesi avanzati, i professori Edmondo Malan e Girolamo Sirchia di Milano, con Piero Confortini di Verona diedero vita nel 1974 ad un programma collaborativo tra Lombardia e Veneto. L’11 febbraio 1976 i professori Edmondo Malan, Piero Confortini e Girolamo Sirchia firmarono l’atto costitutivo dell’Associazione Nord Italia Transplant (NITp) e fu formalizzata la convenzione tra la Regione Veneto e l’Ospedale Maggiore Policlinico di Milano per l’utilizzo del Centro Trasfusionale e di Immunologia dei Trapianti, che divenne pertanto il primo Centro Interregionale di Riferimento (CIR) italiano e, come tale, riconosciuto dal Ministero della Sanità. Attualmente in Italia l’organizzazione dei trapianti, definita dalla Legge 1 aprile 1999, n. 91, si basa su di un Centro Nazionale Trapianti (CNT) che ha sede presso l’Istituto Superiore di Sanità e su programmi regionali di trapianto dotati di un Centro Regionale per i Trapianti (CRT). Nell’area multi regionale del Nord Italia Transplant program (NITp), le Regioni partecipanti al programma hanno mantenuto la centralizzazione del coordinamento delle attività di prelievo e trapianto e dell’assegnazione degli organi a Milano, presso la Fondazione Ospedale Maggiore Policlinico. Il NITp è storicamente la prima organizzazione

italiana che si basa sulle convenzioni tra diverse Regioni. Comprende un'area di 18 milioni di abitanti in Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Veneto e Provincia Autonoma di Trento. Nella sua area operano:

- 129 rianimazioni (*oltre 80 procurano donatori*);
- 42 unità di trapianto (15 di rene, 5 di rene-pancreas, 9 di fegato, 6 di cuore, 2 di cuore-polmoni e 5 di polmoni) localizzate in 16 ospedali;
- 5 Coordinamenti Regionali e uno della Provincia Autonoma di Trento;
- 1 Centro Interregionale di Riferimento (CIR).

Dopo 40 anni di trapianti il NITp è una realtà consolidata con operatori che sono consapevoli del loro ruolo e che vedono questo tipo di medicina come una medicina vicina alle persone, svolta nell'interesse dei pazienti, della società, responsabili nell'amministrare una risorsa che è preziosa e limitata.

Yahya Pallavicini

È un cittadino italiano musulmano di nascita. Imam della moschea al-Wahid di via Meda a Milano e Presidente della COREIS (Comunità Religiosa Islamica) Italiana. È consigliere del Comitato per la Cultura e il Dialogo Interreligioso del Centro Islamico Culturale d'Italia (grande moschea di Roma) e Ambasciatore dell'ISESCO per il dialogo tra le civiltà. Dal 2005 è referente per l'Islam Italiano per il Ministero dell'Interno. Relatore sull'Islam presso il College della NATO a Roma. Docente sul *Corano e i commentari* nel Master sulle Religioni di Abramo dell'Università Cattolica di Milano, sulla *Conoscenza dell'Islam e del mondo musulmano* nel Master sulla Comunicazione Interculturale dell'Università della Svizzera Italiana di Lugano e sul *Dialogo Interreligioso nella prevenzione del radicalismo* nel Master in Sicurezza economica, geopolitica e intelligence del SIOI, Società Italiana per l'Organizzazione Internazionale di Roma. Ha partecipato alle delegazioni dei sapienti musulmani internazionali del Forum Cattolico-Musulmano in Vaticano (2008 e 2014).

Giuseppe Platone

Dal 2009 è pastore titolare della chiesa valdese di Milano. Ha studiato teologia a Roma (Facoltà Valdese) e a Bonn laureandosi su Karl Barth. È stato pastore nelle Valli Valdesi, a New York, in Sicilia dove ha diretto il Servizio Cristiano di Riesi (CL) e titolare, per i due mandati consentiti, alla chiesa valdese di Torino. Come giornalista dal 2003 al 2010 ha diretto il settimanale protestante *Riforma*. Come saggista tra le sue pubblicazioni, edita da Claudiana (Torino) segnaliamo: *Religioni e libertà: quale rapporto?* (2008); *Roghi della fede. Verso una riconciliazione delle memorie* (2008); *Riforma, Risorgimento, Risveglio* (2011); *Valdesi e Riforma nel passaggio del 1532 a Chanforan* (2014); *Immaginate una casetta in alta montagna...*(2016). Sposato con Daniela Ferraro, insegnante, hanno due figli: Oscar e Sara. Dal 2015 è diventato nonno del piccolo Noè.

Giovanni Ravasi

Nato nel 1948 ad Airuno (LC), ha svolto la sua attività presso diverse aziende italiane divenendo direttore commerciale prima e direttore di produzione poi presso una importante azienda del settore tessile. Si iscrive al gruppo Aido lavorando come volontario nella diffusione del messaggio

associativo. Eletto Presidente del Gruppo di Airuno, in seguito viene nominato Consigliere Provinciale e nel 2008 entra a far parte del Consiglio Direttivo Aido Lombardia. Negli anni successivi ricopre il ruolo di Vicepresidente Vicario e collabora per diversi anni con il Cav. Leonida Pozzi, storico Presidente dell'Aido lombarda. In questa funzione ha modo di entrare a stretto contatto con tutti gli stakeholder legati alla donazione/trapianto, a cominciare da quelli istituzionali, CNT, NITp, Ospedali, Regione Lombardia e soprattutto con le tante e splendide persone che ogni giorno diffondono il messaggio di Aido. Nel 2009 viene eletto Consigliere Comunale ad Airuno, assumendo la carica di assessore al bilancio, confermato con le elezioni del 2014 quando gli viene attribuita anche la funzione di vicesindaco.

Alberto Scanni

Ha diretto il Dipartimento di Oncologia dell'Ospedale Fatebenefratelli-Oftalmico di Milano sino al 2005. Già fondatore e presidente della Società Italiana di Psiconcologia e del Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO) di cui è presidente emerito, è stato direttore generale dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano. Attualmente è presidente onorario dell'Associazione Progetto Oncologia Uman.A, da lui fondata, che realizza programmi di aiuto ai malati oncologici e ai loro familiari. Sotto la sua direzione nel 2001 l'Associazione, in linea con le proprie finalità, ha donato all'Ospedale Fatebenefratelli un reparto hospice per i malati oncologici terminali. Inoltre, è stato responsabile dell'Ufficio Formazione e Aggiornamento dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Milano e provincia. Oltre agli interessi scientifici ha sempre coltivato l'attenzione alle problematiche umane e sociali dei pazienti portatori di tumore, temi sui quali ha pubblicato articoli, editoriali e testimonianze di vario genere.

Paolo Mordechay Hirsch ben David Sciunnach

Nato a Genova nel 1977, è Rabbino e Dottore in Storia e Filosofia con una Tesi di Pensiero Ebraico presso l'Università degli Studi di Genova. Ha conseguito l'alta formazione in studi ebraici in Israele alla Yeshivat Netivot Olam di Bnei Braq e all'Università Ebraica di Gerusalemme; ha studiato presso il Collegio Rabbinico Italiano ed è membro dell'Assemblea dei Rabbini d'Italia. Si occupa soprattutto di pensiero ebraico ed è intervenuto in convegni internazionali dedicati a questi temi. Vive e lavora a Milano. Attualmente insegna Ebraismo presso il Liceo della Scuola Ebraica di Milano.

Palma Sgreccia

È professore straordinario di Filosofia morale e Bioetica presso l'Istituto Camillianum, di cui è anche Preside. Dopo la maturità classica (liceo G. Nolfi di Fano) ha conseguito la laurea in filosofia presso l'Università SS.ma Maria Assunta (Lumsa) di Roma e il dottorato di ricerca in bioetica presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore (UCSC) di Roma. Insegna presso la Facoltà di Filosofia della Pontificia Università Lateranense e presso l'Istituto di Scienze Religiose Mater Ecclesiae della Pontificia Università San Tommaso d'Aquino. Tra le pubblicazioni: Il pensiero di Luigi Pareyson. Una filosofia della libertà e della sofferenza, con la Presentazione di Armando Rigobello, Vita e Pensiero, Milano 2006; La dinamica esistenziale dell'uomo. Lezioni di filosofia della salute, Vita e Pensiero, Milano 2008; Tomismo analitico, etica e bioetica, con la Presentazione di Giovanni

Fornero, Vita e Pensiero, Milano 2011; Fratelli per caso. Libertà riproduttiva e diritti dei figli, a cura di Palma Sgreccia e José Michel Favi, Aracne Roma 2016.

Rosanna Supino

È nata a Milano da famiglia italiana di antica tradizione ebraica, si è laureata in Scienze biologiche e ha lavorato presso l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano prima come borsista, poi contrattista e dal 1979 al 2011 come dirigente nel reparto di farmacologia molecolare antitumorale. È autrice di circa 150 pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali. Negli anni '90 entrata a far parte dell'Associazione Medici Ebrei del Nord Italia, è stata tra i propulsori e fondatori della trasformazione in Associazione Medica Ebraica (AME) per aprirla a operatori sanitari ebrei e non-ebrei interessati alla cultura e all'etica medica ebraica. Segretaria Generale di tale associazione dal 2004, è stata eletta Presidente nel febbraio 2017.

Abd al-Sabur Gianenrico Turrini

È nato a Milano il 18 marzo 1962, si è laureato nel 1987 in Filosofia presso l'Università degli Studi di Milano, con una tesi su *La comunicazione non verbale nelle psicoterapie*. È il Direttore Generale della COREIS (Comunità Religiosa Islamica) Italiana, responsabile del Dipartimento di Studi Filosofici della COREIS Italiana e Segretario del Centro Studi Metafisici di Milano. È membro dal 2013 del comitato scientifico della Biblioteca Ambrosiana. Partecipa con il Comune di Milano al tavolo di lavoro per le comunità religiose. È membro dello *sharia Board* della COREIS Italiana per la valutazione, analisi e certificazione di prodotti finanziari *sharia compliant*. Opera professionalmente in una società di consulenza in ambito Real Estate e Corporate Finance. Ha curato nel 2013 con Don Paolo Nicelli, la pubblicazione del volume *Pluralità nell'unità. Il dialogo islamo-cristiano dall'estremo Oriente all'Occidente* edito dal Centro Ambrosiano di Milano. È sposato e ha due figlie.

Seminari realizzati

Il calendario completo dei seminari e dei relatori è pubblicato sul sito www.prendercicura.it.

- L'umanizzazione dell'ospedale: dall'architettura alla multiculturalità
- Significato di cura e malattia nelle prospettive laica e religiose
- Le sfide bioetiche in una società multiculturalale
- Tematiche di inizio vita: deontologia, giurisprudenza e religioni a confronto
- Tematiche di fine vita: deontologia, giurisprudenza e religioni a confronto
- Donazioni di organi e trapianti. Le religioni e la società civile di fronte ai progressi scientifici
- Ricerca e sperimentazione in sanità: dimensioni etiche e spirituali
- Accoglienza e rispetto del pluralismo religioso e culturale nelle strutture sanitarie
- La mente, l'io, le religioni e la salute mentale
- Adolescenza, laicità e fedi religiose
- Il dono e la dignità nella vecchiaia: la prospettiva laica e religiosa
- Violenza e rifiuto in famiglia
- Il Testamento biologico: etica, normativa e religioni

Contatti utili

Insieme per prenderci cura

www.prendercicura.it

Associazione Medica Ebraica

www.moked.it/ame

ameitalia.2@gmail.com

OPI (Ordine Professioni Infermieristiche)

Milano, Lodi, Monza e Brianza

Via Adige 20, 20135 Milano

T. 02 59900154

F. 02 55189977

info@opimilomb.it

www.opimilomb.it

COREIS Italiana (Comunità Religiosa Islamica)

Via Giuseppe Meda 9, 20136 Milano

T. 02 8393340

coreis@coreis.it

www.coreis.it

Ghe Pel Ling

Istituto Studi Buddismo Tibetano

Via Euclide 17, 20128 Milano

T. 02 2576015

info@ghepelling.com

www.ghepelling.com

Interreligious Studies Academy

Via Giuseppe Meda 7, 20136 Milano

info@accademiaisa.it

www.accademiaisa.it

Sinagoga centrale di Milano

Ufficio rabbinico T. 02 54124043

Segreteria: segreteria.generale@com-ebraicamilano.it

T. 02 483110223

Ufficio Relazioni con il Pubblico T. 02 483110232

www.mosaico-cem.it

I pasti kosher vengono forniti dalla RSA di via Arzaga a Milano.

UII, Unione Induista Italiana

www.hinduism.it

Veneranda Biblioteca Ambrosiana

Piazza Pio XI 2, 20123 Milano

T. 02 806921

www.ambrosiana.eu

Bibliografia

Abraham Abraham S., M.D., *Nishmat Avraham Vol.1, 2, 3, Medical Halachah for doctors, nurses, health-care personnel and patients*, ArtScroll Mesorah Publications, 2005.

Aramini M., Di Nauta S., *Etica dei trapianti di organi. Per una cultura della donazione*, Paoline, Milano 1998.

Atighetchi, Dariusch, *Etica islamica e trapianti d'organo*, *Medicina e Morale*, 45, 1995/6, pp. 1183-1207.

Atighetchi, Dariusch, *I trapianti d'organo nei Paesi islamici*, *Kos*, 80, 1992, pp. 39-42.

AA.VV., *Salute e identità religiose. Per un approccio multiculturale nell'assistenza alla persona*, atti del corso di formazione "Insieme per prenderci cura" www.prendercicura.it, 2017

Babu Sahib, M.H., Maulavi, *The Islamic Point of View on Transplantation of Organs*, *Islam and Comparative Law Quarterly*, 7, 1987, pp. 128-131.

Ballen K.K., Gluckman E., Broxmeyer HE. *Umbelical cord blood transplantation: the first 25 years and beyond*. *Blood*, 2013; 122:491-498.

Becchi P., *Morte cerebrale e trapianto di organi. Nuovi studi*, Morcelliana, Brescia 2015.

Benedetto XVI, *Ai partecipanti al congresso internazionale sul tema: "Un dono per la vita. Considerazioni sulla donazione di organi"*, promosso dalla Pontificia Accademia per la Vita, Venerdì, 7 novembre 2008.

Bompiani A., Sgreccia E. (a cura di), *Trapianti d'organo*, Vita e Pensiero, Milano, 1989.

Chiesa Cattolica, *Catechismo della Chiesa Cattolica*, Città del Vaticano, 1992; n. 2296.

Concetti G., *I trapianti di organi umani. Esigenze morali*, Piemme, Casale Monferrato (AL) 1987.

Coward H. and Sidhu T., *Bioethics for clinicians: 19. Hinduism and Sikhism*, *CMAJ*, 2000.

Dariusch Atighetchi, *Islam e bioetica*, Armando editore, Roma 2009.

Declaration of Istanbul on organ trafficking and transplant

tourism. http://multivu.prnewswire.com/mnr/transplantationsociety/33914/docs/33914-Declaration_of_Istanbul-Lancet.pdf

Faggioni M.P., *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, Edizioni Camilliane, Torino, 2004.

Feinstein Moshe, *Igheroth Moshe*, 1986.

Fрати P. Organ, *Transplantation from living donors, between bioethics and the law*. *Transplant Proc*, 2005; 37 (6). 2433-5.

Giovanni Paolo II, Lettera enciclica *Evangelium vitae* (25 marzo 1995); nn. 15, 63, 64, in: AAS 87 (1995).

Giovanni Paolo II, *Discorso al 18° Congresso Internazionale della Società dei Trapianti (29 agosto 2000)*, 2000; in AAS 92 .

Gòmez MP, Arredondo E, Pàez G, Manyalich M. *International Registry in Organ Donation and Transplantation*, 2013. *Transplant Proc*, 2014; 46 (4): 1044-8.

Hossam E. Fadel *Prospects and Ethics of Stem Cell Research: An Islamic Perspective*, JIMA, Volume 39, 2007; 73-83

Iannacone, E. *Formule d'immortalità, La terapia rasāyana nei testi classici dell'āyurveda*, Laksmī Edizioni, Savona, 2012.

Iannacone, E. *Il corpo immaginario dell'āyurveda Insegnamenti di anatomia, embriologia e ostetricia nella Caraka-samhitā*, Laksmī Edizioni, San Giuliano Milanese (MI), 2013.

Iannacone, E. *I disordini della mente nell'āyurveda. (Unmāda)*, Laksmī Edizioni, San Giuliano Milanese (MI), 2015.

Jain, S. and Maheswari M.C., *Brain Death – The Indian Perspective*, In Machado C. *Brain Death*, Elsevier, Amsterdam, 1995.

Kekre N, Antin JH. *Hematopoietic stem cell transplantation donor sources in the 21st century: choosing the ideal donor when a perfect match does not exist*. *Blood* 2014; 124 (3): 3343-43.

Kim J.J., Marks SD., *Long-term outcomes of children after solid organ transplantation*, *Clinics (Sao Paulo)*, 2014; 69 Suppl 1: 28-38.

Lamb D., *Etica e trapianto degli organi*, Il Mulino, Bologna, 1995.

Legendre C., Canaud G., Martinez F. *Factors influencing long-term outcome after kidney*

transplantation. *Transpl Int*, 2014; 27: 19-27.

Marino IR, Cirillo C. *An Abridged Photographic History of Organ Transplantation*. *Exp Clin Transplant* 2014; 12 Suppl 1: 11-16.

Maddalena E. *I trapianti cross-over: una prospettiva attraente*. *G Ital Nefrol* 2013; 30: pii:gin/30.6.4.

Nanni Costa Alessandro, De Cillia C, Di Ciaccio P et al. *Solid organ transplantation: the Italian experience in the international context*. *Transplant Proc*, 2011; 43 (6): 2446-7.

Passeweg JR, Baldomero H, Bader P et al. *Hematopoietic stem cell transplantation in Europe, 2014: more than 40.000 transplants annually*. *Bone Marrow Transplant*. 2016; 51 (6):786-792.

Pio XI, Enc. *Casti connubii*, 31 dicembre 1930; in AAS, 22 (1930).

Pio XII, *Discorsi ai medici*, a cura di F. Angelini, Roma, 1960.

Pontificia Accademia pro Vita, *La prospettiva degli xenotrapianti. Aspetti scientifici e considerazioni etiche*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 2001.

Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari (COS)*, 1995: 4.a ed., nn. 84-91, 128-129.

Pretagostini R., Ricci A., Gabbriellini F. et al. *Living organ donation, a therapeutic possibility, is still poorly used in Italy: a national analysis*. *Transplant Proc*. 2012; 44 (7): 1818-9.

Rabello Alfredo, *Introduzione al diritto ebraico. Fonti, matrimonio e divorzio, bioetica*, Giappichelli, 2002.

Rabello Alfredo, *Intorno alla vita che nasce. Diritto ebraico, canonico e islamico a confronto*, Giappichelli, 2013.

Reisner Y., Hagin D., Martelli MF. *Haploidentical hematopoietic transplantation: current status and future perspectives*. *Blood* 2011; 118(23):6006-6017.

Rotberg Moshe, *Medical Decisions in Halachah*, Frenkel Edition - Israel Books, 2005.

Rotberg Moshe, *Emergencies in Halachah - How to Deal with Medical & Other Emergencies on Shabbos*, Israel Books, 2003.

Spinsanti S. (a cura di), *Bioetica e grandi religioni*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo (MI), 1987.

Steinberg Avraham, *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*, Feldheim, 2005.

Trivedi H., *Hindu religious view in context of transplantation of organs from cadavers*. Transplant Proceedings, 1990.

Trounson A, McDonald C. *Stem Cell Therapies in Clinical Trials: Progress and Challenges*. Cell Stem Cell 2015; 17 (1): 11-22.

Verspieren P., *Biologia, medicina ed etica. Testi del Magistero cattolico*, Queriniana, Brescia, 1990.

Volk ML., Hagan M. *Organ quality and quality of life after liver transplantation*. Liv Transplant 2011; 17:1443-1447.

Zilberstein Yitzchak, *Medical Halachic Responsa*, Artscrooll, 2003.



Didascalie immagini:

Sezione I: Hermes, il Mercante, Esculapio con le figlie Meditrina, Igea e Panacea. Disegno da un originale dei Musei Vaticani a cura di Aubin Louis Millin, Galerie Mythologique, Recueil de Monuments, Parigi 1811.

Sezione II: Miniatura di Adamo ed Eva nella Cronaca di Albelda, Codex Vigilanus, Spagna, X

secolo.

Sezione III: Miniatura indiana.

Immagine di chiusura: Miniatura del Profeta Elia che secondo la tradizione ebraica, cristiana e islamica non è mai morto.

1 *Deuteronomio* 30, 19.

2 *Levitico* 19, 16.

3 *Talmud Bavli*, Sanhedrin 37a; *Shulchan Aruch*: Yoreh Deah 339, 1.

4 *Talmud Bavli*, Yomah 85b.

5 *Shulchan Aruch*, Orach Chaim 329, 3-4.

6 *Levitico* 25, 36.

7 *Talmud Bavli*, Sanhedrin 74a.

8 Talmud Bavli, Yoma 82b; Pesachim 25a-b; Sanhedrin 74a; Rambam, Hilcoth Rotzeach 2, 2.

9 Talmud Bavli, Bava Metzia 62a.

10 *Levitico* 18, 5, (Shulchan Aruch, Choshen Mishpat 426, 1; 426, 4).

11 Rambam, Yesodeh Torah 5, 5.

12 Shulchan Aruch: Yoreh Deah 339, 1.

13 Yomah 85a; Chatam Sofer, Yoreh Deah 358.

14 Rav Eliashiv.

15 Shulchan Aruch, Ramah, Yoreh Deah 339, 1.

16 Si veda la Pala del Beato Angelico del 1440, Museo di San Marco, Firenze.

17 Cfr. Aramini M., Di Nauta S., *Etica dei trapianti di organi. Per una cultura della donazione*, Paoline, Milano 1998, p. 150.

18 Cfr. Faggioni M.P., *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, Edizioni Camilliane, Torino 2004; Spinsanti S. (a cura di), *Bioetica e grandi religioni*, Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1987; Concetti G., *I trapianti di organi umani. Esigenze morali*, Piemme, Casale Monferrato (AL) 1987; Bompiani A., Sgreccia E. (a cura di), *Trapianti d'organo*, Vita e Pensiero, Milano 1989.

19 Tommaso d'Aquino aveva sottolineato che le membra del corpo esistono per il bene dell'intero corpo, e che se ne può disporre nella misura in cui ciò va a vantaggio del tutto.

20 Pio XI, Enc. *Casti connubii*, 31 dicembre 1930, in AAS, 22 (1930).

21 Pio XII, *Al primo congresso di istopatologia del sistema nervoso* (14 settembre 1952), in Pio XII, *Discorsi ai medici*, a cura di F. Angelini, Roma 1960, pp. 197-198; in AAS 48 (1956) 459-467.

22 Il Pontefice e i moralisti cattolici erano consapevoli degli abusi dei governi totalitari, pertanto sottolineano che la parte deve trovare la sua intera finalità e il suo significato in termini di globalità dell'individuo. L'etica medica cattolica si articola intorno a tre principi: diritto alla vita, diritto all'uso e principio di totalità.

23 Pio XII, *All'associazione italiana donatori della cornea ed ai clinici oculisti e medici legali* (14 maggio 1956), in Pio XII, *Discorsi ai medici*, op. cit., pp. 460-461. Pio XII esalta la figura di don Gnocchi che aveva donato le sue cornee a due bimbi, Silvio Colagrande e Amabile Battistello.

24 Giovanni Paolo II, *Discorso al 18° Congresso Internazionale della Società dei Trapianti* (29 agosto 2000), in AAS 92 (2000); Giovanni Paolo II, Lettera enciclica *Evangelium vitae* (25 marzo 1995), in: AAS 87 (1995).

25 Cfr. Verspieren P., *Biologia, medicina ed etica. Testi del Magistero cattolico*, Queriniana, Brescia 1990.

26 Non ha senso prelevare un rene da un soggetto sano per trapiantarlo in un anziano cardiopatico.

27 Non si può non considerare le pressioni che ricevono i familiari di una persona che

ha bisogno di un trapianto di rene.

28 Pio XII, *Ai Delegati dell'Associazione Italiana donatori di cornea e all'Unione Italiana Ciechi*, 14-5-1956, AAS 48 (1956), p. 460.

29 Il rischio viene definito attraverso due caratteri: *il grado di probabilità e l'entità del danno*. Un rischio molto probabile sarà tollerato se l'entità del danno è molto piccola; un rischio che preveda un'elevata entità di danno possibile, pur presentandosi come improbabile, necessita di maggiori cautele. Cfr. Pontificia Accademia pro Vita, *La prospettiva degli xenotrapianti. Aspetti scientifici e considerazioni etiche*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2001.

30 Il neonato anencefalico deve essere seguito con le sole cure ordinarie (evitando quindi ogni accanimento terapeutico) fino all'arresto cardio-respiratorio, a seguito del quale si procede al prelievo degli organi.

31 Giovanni Paolo II, *Discorso al 18° Congresso Internazionale della Società dei Trapianti (29 agosto 2000)*, in AAS 2 (2000), 8: AAS 92 (2000) 826. A fronte di questa posizione filosofi cattolici, molto vicini a Benedetto XVI, come Seifert e Spaemann, si sono dichiarati fermamente contrari al criterio di morte cerebrale.

32 Benedetto XVI, *Ai partecipanti al congresso internazionale sul tema: "Un dono per la vita. Considerazioni sulla donazione di organi"*, promosso dalla Pontificia Accademia per la Vita, Venerdì, 7 novembre 2008.

33 *Ibidem*.

34 Si vedano i documenti del Comitato Nazionale di Bioetica del 23 aprile 2010 e del Consiglio Superiore di Sanità del 4 maggio 2010, nel rispetto della legge n. 458/67 e del suo regolamento attuativo n. 116 del 16 aprile 2010. In Italia, il 7 aprile 2015, il primo donatore di rene Samaritano ha donato il proprio rene in un centro della Lombardia e da quel momento è partita una organizzazione complessa dei trapianti *cross-over*. Grazie al suo gesto samaritano, per un effetto "domino" sono stati possibili altri 5 trapianti: è stato possibile incrociare in successione tutti i donatori e i riceventi delle coppie –

idonei al trapianto da vivente ma incompatibili tra di loro a livello immunologico o per gruppo sanguigno – creando una catena di donazioni e di trapianti.

[35](#) Spagnolo A.G., *Donare un organo ad uno sconosciuto*, “La Stampa”, 10 aprile 2015.

