



## **MOVIMENTO “CON CRISTO PER LA VITA”**

### **SCHEDE DI BIOETICA**

#### **DONAZIONI E TRAPIANTI DI ORGANI**

##### **ASPETTI GENERALI**

Le donazioni di organi possono essere effettuate sia da persone viventi sia da cadaveri. Lo scopo è di rendere disponibili degli organi per i trapianti.

Possono essere oggetto di donazione il cuore, il fegato, i polmoni, i reni, il pancreas e l'intestino; inoltre possono essere oggetto di trapianto anche dei tessuti, quali la pelle, le ossa, i tendini, la cartilagine, le cornee, le valvole cardiache ed i vasi sanguigni.

Per quanto riguarda i prelievi da cadavere, attualmente vengono effettuati su persone dichiarate in stato di “morte cerebrale”, secondo la definizione stabilita ad Harvard nel 1968. Normalmente i donatori sono dichiarati deceduti a causa di danni diretti al cervello (morte cerebrale primaria); in casi più rari, l'espianto degli organi è però possibile anche da soggetti deceduti a causa di un arresto cardiocircolatorio definitivo (morte cerebrale secondaria): in questi ultimi casi, il prelievo deve avvenire in tempi molto brevi, perché gli organi del corpo non sono più irrorati, e possono dunque subire rapidamente danni.

Prima che venisse presa come standard la Dichiarazione di Harvard,, si affermava che una persona era morta quando erano cessate in essa le funzioni circolatorie e respiratorie; attualmente è sufficiente accertare la cosiddetta “morte cerebrale”, per dichiarare che la persona è totalmente morta, e poter quindi procedere con l'espianto degli organi.

Il Comitato nazionale di Bioetica in Italia, nel documento “ I criteri di accertamento della morte” (2010), afferma che lo standard neurologico è valido; ciò significa che, quando è dimostrato che l'encefalo (composto da cervello, tronco encefalico e cervelletto), nella sua totalità ha perso irreversibilmente e totalmente le sue attività, ossia vi è stato l'arresto supposto irreversibile della sua attività, si può affermare che l'individuo è morto, in quanto l'organismo nella sua complessità coordinata ed organizzata, ha cessato di esistere; al riguardo ci sono degli standard medici molto chiari e rigidi, basati su indagini strumentali validate (quali l'angiografia, la tomografia ad emissione di positroni, i potenziali evocati), che devono essere eseguiti correttamente all'interno di un adeguato periodo di tempo, che non deve essere troppo breve ( in pratica deve sussistere l'assenza di riflessi che partono direttamente dal cervello, di reazioni agli stimoli dolorifici, l'assenza di respiro spontaneo, dello stato di coscienza, ed infine di qualsiasi attività elettrica del cervello, nell'arco di non meno di 6 ore). La diagnosi di “morte cerebrale” deve essere accertata da una commissione composta da almeno 3 medici (un medico legale, un rianimatore ed un neurologo), che devono ripetere gli esami sopra descritti per almeno 3 volte durante l'arco delle 6 ore.

E' molto importante sottolineare che deve essere cessata la totale attività dell'encefalo; infatti non si può parlare di morte cerebrale ad es. nei tentativi di suicidio (intossicazioni da barbiturici e sovradosaggio di sedativi); lo stesso discorso vale nella ipotermia, nella ipoglicemia, nel coma; infine non si è in presenza di morte cerebrale nello stato vegetativo persistente, e nelle cd. sindromi “locked-in”, nelle quali vi è una lesione situata nel tronco encefalico, che impedisce la comunicazione tra la persona e l'ambiente esterno; in sostanza

nella persona rimangono valide ad es. la vigilanza e le funzioni corticali superiori, ossia la persona è cosciente e viva, ma non riesce a comunicare efficacemente con l'esterno.

Il Documento del Comitato Nazionale di Bioetica evidenzia alcuni punti essenziali: a) la morte deve essere certa, ossia rilevata in base a criteri scientifici validati attuabili mediante test ed indagini cliniche scientificamente verificate e correttamente applicate; b) possono essere utilizzati sia lo standard neurologico (preferibile) sia lo standard cardiopolmonare, entrambi clinicamente validi; c) di fronte a situazioni complesse, un essere umano, nella incertezza della sua morte clinica, deve essere considerato vivo e perciò tutelato; d) non si devono mai accorciare i tempi di osservazione e di esecuzione delle indagini cliniche, ossia non è lecito anticipare la morte, la cui dichiarazione non deve essere mai prematura, magari con lo scopo di eseguire prima l'espianto degli organi; a tale proposito è necessario sempre rispettare il criterio della pari dignità tra il diritto alla vita del donatore ed il diritto a ricevere gli organi del ricevente; e) in relazione alla validità dei criteri di accertamento della morte, si deve sempre essere aperti ad ulteriori analisi del problema, soprattutto quando emergono dei nuovi dati scientifici o prima non considerati con sufficiente attenzione (la ricerca scientifica infatti procede in maniera importante ad es. nello studio delle funzioni, in particolare per rilevare la presenza di funzioni cognitive negli stati nei quali la persona sembra morta).

Lo standard neurologico è però messo in discussione da coloro (medici, filosofi, giuristi) che affermano che la morte della persona avviene solo quando anche il cuore smette di battere; questi studiosi affermano che spesso si eseguono degli espianati di organi a cuor battente, in pratica uccidendo la persona, spinti dai grossi interessi economici legati al mondo dei trapianti; la discussione è accesa, e pone molti interrogativi etici, giuridici e scientifici.

Attualmente in Italia l'accertamento di avvenuta morte è regolato dalla legge 578/93 e dal DM 582/94 (aggiornato nel 2008 con le annesse linee guida scientifiche); la legge afferma quanto detto sopra, ossia che si può parlare di morte della persona solo in presenza della cessazione totale ed irreversibile della funzionalità dell'intero encefalo, stabilendo rigorosamente i tempi, le tecniche ed i rilievi indispensabili; la morte encefalica è l'unica condizione di irreversibilità riconosciuta dalla comunità scientifica internazionale, ed è perciò la condizione necessaria per poter "spegnere" le macchine che tengono artificialmente in vita la persona e procedere all'espianto degli organi ai fini della donazione per il trapianto.

L'espianto di organi e la successiva donazione a scopo di trapianto è invece disciplinata dalla legge n. 91 del 1999, seguita da un decreto del Ministero della Sanità dell'aprile 2000; vige il silenzio assenso, a meno che i parenti non facciano opposizione; la legge vieta il trapianto di gonadi e dell'encefalo. In Italia esistono delle associazioni come la lega contro la predazione degli organi che criticano l'attuale legislazione, che sarebbe troppo influenzata dal business del trapianto di organi, che come detto ha bisogno di organi "freschi", possibilmente espianati a "cuore ancora battente" (e quindi con l'organismo ancora vivo).

Vista la complessità del problema, e soprattutto le lunghe liste di attesa, a causa della relativa scarsità di organi a disposizione, soprattutto per trapianti urgenti, purtroppo a livello mondiale esiste un vero e proprio traffico illegale di organi, provenienti soprattutto da Paesi poveri, a danno di persone indigenti (spesso anche bambini che vengono addirittura uccisi). Questo "commercio" illegale è favorito anche dalla sempre maggiore efficacia dei farmaci antirigetto, che diminuiscono sempre di più il pericolo del rigetto.

La scienza sta comunque battendo altre strade, quali la possibile clonazione umana (eticamente non accettabile); oppure la "produzione" di embrioni con la fecondazione artificiale, per ottenere fratellini sani di bambini che nascono con malattie genetiche ereditarie, fratellini che costituiscono una vera e propria riserva di organi e tessuti sani per curare i bambini malati (anche questa soluzione è eticamente inaccettabile); oppure sta iniziando la "produzione" di organi con l'utilizzo di cellule staminali inserite in stampanti 3D (ossia a 3 dimensioni), che evita così anche il problema del rigetto.