

---

## Considerazioni etiche per una pratica in continuo sviluppo

[Alberto Bondolfi](#)

Denunciando il carattere a tratti confuso e non sempre sufficientemente differenziato da un punto di vista etico del dibattito sulla donazione degli organi, l'autore si sforza di ritracciarne l'evoluzione storica e di presentare una sintesi degli aspetti e argomenti etici più rilevanti sul piano della discussione internazionale, per suggerire infine alcune riflessioni sulle questioni emergenti.

Gli interventi medici legati ai trapianti di organo sono passati, in questi ultimi tempi, da uno stadio sperimentale a una situazione che in alcuni casi può già essere definita «di routine». I confini tra la sfera della sperimentazione e della pratica quotidiana rimangono comunque ancora mobili, poiché da una parte si tenta di introdurre il trapianto di organi ritenuti fino a pochi anni fa ancora intrapiantabili (pensiamo ad esempio al fegato) e dall'altra si stanno tentando pratiche trapiantistiche in cui non è un organo a essere trapiantato, bensì un tessuto o cellule sia di origine umana che animale. Così fanno oggi molto parlare di sé i tentativi terapeutici legati al trapianto di tessuti fetali nel cervello di pazienti che soffrono del morbo di Parkinson<sup>1</sup> o di altre malattie neurovegetative. A uno stadio sperimentale, ma non privo di risvolti etici molto discussi è inoltre il tentativo di trapiantare organi animali nel corpo umano. I cosiddetti xenotrapianti sono diventati ultimamente tema di dibattito sociale, giuridico ed etico<sup>2</sup>, anche se gli ultimi anni hanno visto il dibattito smorzarsi a causa dell'abbandono almeno parziale e provvisorio di questa ipotesi a causa dei pericoli (zoonotici, virali e altri) legati a questa tecnica.

Contrariamente a quanto avvenuto presso altre pratiche mediche, la riflessione etica sui trapianti non si è avviata *a parte post*, come reazione susseguente a una prassi già quasi istituzionalizzata, bensì ha accompagnato la medicina trapiantistica fin dai suoi albori. Ciò vale in maniera particolare per la riflessione etico-teologica, particolarmente attenta ai risvolti antropologici insiti in questa pratica, ma non legata in questo ambito a elementi e difficoltà relative alla sua tradizione particolare, come invece è il caso quando si parli di pratiche riguardanti direttamente o indirettamente l'esercizio della sessualità o della propria riproduzione biologica.

Scopo di queste pagine<sup>3</sup> non è tanto quello di voler introdurre elementi originali nel dibattito in questione quanto piuttosto quello di tentare una sintesi, certamente non completa, degli aspetti e argomenti etici più rilevanti finora portati in campo nella discussione internazionale e di schizzare alcune linee di necessarie riflessioni future su aspetti nuovi della problematica. Tale sintesi può essere intrapresa senza eccessive difficoltà, se si pone mente ai temi prevalenti nella discussione stessa, temi che hanno subito una certa qual variazione con il passare degli anni ma che mantengono una costante valenza antropologica e rimandano a costanti valori morali.

Così in un primo momento il dibattito etico si è concentrato sul tema dell'*integrità del corpo umano*, visto come criterio-guida fondamentale, in una seconda tappa si è rivolto al tema della cosiddetta «morte cerebrale» come premessa fattuale necessaria al trapianto e alla problematica del consenso del donatore, e infine si è ultimamente dedicato agli aspetti della macro- e microallocazione degli organi stessi. Queste tappe storiche non sono evidentemente da vedere come susseguenti ma parzialmente contemporanee, anche se ogni periodo storico mette in evidenza una sensibilità particolare. Anche le legislazioni nazionali e internazionali cercano di rendere conto di questa mutevole sensibilità per aspetti particolari della problematica globale. Le mie considerazioni riprenderanno dunque questi temi, cercando di evidenziare in ogni tappa del discorso i nodi argomentativi non ancora risolti e proponendo alcune linee di soluzione degli stessi<sup>4</sup>. Attraverso questo avvicinamento cronologico ai vari temi dovrebbe comunque anche evidenziarsi la struttura sistematica che lega i vari temi tra di loro e che permette di

distinguere tra aspetti fondamentali e questioni di dettaglio della problematica stessa<sup>5</sup>.

Attorno all'argomento di totalità e di integrità del corpo e il dono di organo da vivente

A partire dalla metà degli anni '50 del secolo scorso si diffonde la pratica di trapianto della cornea, come una delle prime forme di trapianto di tessuto umano. Questo intervento, che già allora risolveva brillantemente alcuni casi di cecità, fu accolto molto positivamente dall'opinione pubblica. Pio XII colse l'occasione di un'udienza a una organizzazione di potenziali donatori per proporre alcune considerazioni di fondo sull'argomento<sup>6</sup> che a mio avviso valgono tuttora, indipendentemente dal grado di intervento tecnico possibile oggi rispetto a ieri.

Papa Pacelli evoca una dottrina ben nota a chi frequentava e frequenta la letteratura scolastica e riferentesi al corretto rapporto tra l'organismo umano visto nella sua globalità e nelle sue singole parti. La preoccupazione del pontefice si concentra sul possibile uso improprio di tale dottrina nell'ambito della medicina trapiantistica. La filosofia e teologia scolastica avevano costantemente affermato che in un organismo il tutto e le parti che lo costituiscono stanno in una relazione tanto stretta che un intervento su una sola parte si ripercuote sull'insieme dell'organismo. Questa affermazione che non si vuole ancora strettamente normativa aveva trovato nella manualistica teologico-morale varie applicazioni concrete<sup>7</sup>. Così Tomaso d'Aquino aveva legittimato anche la pena di morte come istituzione giuridica tesa a «sanare» l'organismo sociale da membri particolarmente «infetti».

«Il bene comune è superiore al bene particolare di un individuo (*Ethic.*, I, c. 2, n. 8). Quindi è giusto eliminare un bene particolare, per conservare il bene comune. Ma la vita di certi uomini pestiferi impedisce il bene comune, che è la concordia della società umana. Dunque codesti uomini è giusto che siano eliminati con la morte dalla società umana. Come il medico ha di mira la salute, che consiste nell'ordinata concordia degli umori, così il reggitore dello stato ha di mira la pace, che consiste nell'ordinata concordia dei cittadini". Ora il medico fa una cosa buona e utile nel recidere un organo in putrefazione, quando esso minaccia l'infezione di tutto il corpo. Quindi anche il reggitore dello stato uccide con giustizia e senza peccato gli uomini malvagi, affinché non sia turbata la pace dello stato»<sup>8</sup>.

Di fronte a una simile lettura del cosiddetto *principio di totalità* Pio XII temeva, e a giusta ragione, che si potesse applicare quest'ultimo anche alla tecnica dei trapianti tra persone vive mediante considerazioni che si rifacevano in un modo o in un altro a una visione organicistica del rapporto tra individuo e società. Già a quel tempo infatti si prospettava la possibilità di legittimare un *dovere di dono di organo* a partire dalla considerazione che il corpo umano dell'individuo facesse parte del corpo sociale e che a questo titolo potesse o dovesse essere messo al servizio di altri corpi che ne avessero bisogno. Pio XII rifiuta comunque di legittimare tale dovere e ritiene che ogni persona sia sì parte dell'organismo sociale, ma in corrispondenza al proprio agire e non nella dimensione corporale che caratterizza la propria esistenza. Nessuno può essere obbligato a dare definitivamente parti rilevanti del proprio corpo poiché queste ultime sono espressione certo non completa, ma comunque rilevante della personalità. Il trapianto involontario rappresenterebbe un uso puramente strumentale della corporeità di una persona umana.

Questa problematica è oggi ancora discussa ma in un contesto che mi sembra più chiaro. Nel cosiddetto trapianto da donatore vivo si tratta di organi, di liquidi o tessuti *rigenerabili* (come nel caso del fegato, del sangue o del midollo osseo) o di organi doppi, come i reni, che permettono una vita relativamente normale, nonostante il danno della loro ablazione. L'attenzione della riflessione etica si è comunque spostata su un'altra dimensione del dono di organi o parti del corpo da vivente.

Questa modalità di dono viene infatti propagata oggi soprattutto come alternativa al «dono cadaverico» (di cui parlerò più tardi) ed è fonte di problemi e conflitti specifici.

Ci si imbatte in una serie di difficoltà legate alla piena libertà del gesto. Qualora il donatore fosse estraneo al paziente c'è il pericolo di una «donazione» interessata dal punto di vista commerciale. Questa difficoltà va superata a mio avviso con il principio secondo cui «*abusus non tollit usum*». Procedure giuridiche precise dovrebbero, almeno alle nostre latitudini, poter superare il problema<sup>9</sup> e la recente legge entrata in vigore in Svizzera nel mese di luglio del 2007 ha messo un limite chiaro ad ogni transazione che non sia pienamente gratuita.

Nel caso invece di donazione tra parenti stretti è il condizionamento psicologico, la quasi-coazione

salvifica nei confronti del parente, a fare difficoltà. Molte legislazioni europee, privilegiando il dono da parente e proibendo praticamente il dono da estranei, hanno ancora rafforzato questo nodo problematico. Non è possibile qui esaminare ulteriormente questi complessi problemi. Sia sufficiente notare come la risposta alla mancanza di organi attraverso il solo potenziamento delle donazione da vivo sia inadeguata<sup>10</sup>, e ciò sia a livello dei fatti che delle norme etiche. La donazione da vivo va considerata come fondamentalmente lecita in quanto gesto puntuale, anche tra persone non legate da parentela, ma non come risposta medico-politica alla mancanza di organi, dovuta quest'ultima in gran parte a una inadeguata organizzazione dell'espianto da cadavere.

Purtroppo il dibattito contemporaneo al riguardo è abbastanza confuso e non sufficientemente differenziato da un punto di vista etico. Per questo motivo si ricorre a stratagemmi organizzativi, come ad esempio il dono incrociato di organi, o le soluzioni che danno indirettamente altri vantaggi ai potenziali donatori viventi. Pur non volendo delegittimare completamente simili pratiche ritengo che sarebbe più eticamente corretto tener distinti i piani individuali e di politica sanitaria in cui valgono registri e criteri diversi.

### Il nodo della «morte cerebrale» e la gestione del consenso

Già il parlare stesso di «dono» riposa qui, in questo contesto specifico, su un linguaggio metaforico. Un cadavere non è certo in grado di donare, bensì solo la persona che vive con e attraverso un corpo animato. L'espressione della propria volontà sulla destinazione possibile del proprio corpo quando esso sarà cadavere è certamente opera legittima anche se tale espressione non ha carattere stretta mente cogente. Nessuno di noi, almeno nei sistemi giuridici a noi noti, può disporre in maniera completa e senza appello dell'uso futuro dei propri resti mortali. Il cadavere non può essere considerato un bene che sia oggetto di proprietà da parte di colui che per il momento ancora lo «anima» da vivente<sup>11</sup>, poiché esso è solo da considerare come un'icona, un'immagine della persona che lo abitava. I cosiddetti «diritti personali postmortali» sono un riflesso parziale dei diritti inalienabili che valgono solo per la persona viva.

Attraverso il testamento ciascuno di noi può prevedere cosa si debba fare dei propri beni materiali e come si debba procedere con il proprio corpo, anche se questa espressione della propria volontà non ha valore assoluto e cogente (salvo se una persona pensi che tali modalità siano espressioni obbligatorie delle proprie convinzioni religiose), bensì vale *ut in pluribus*, cioè all'interno di condizioni-quadro previste dalla legge e compatibili con il comune senso morale. Così il desiderio di vedere i propri resti mortali messi al servizio della scienza medica viene normalmente esaudito e lo stesso vale per il dono dei propri organi a fini di trapianto.

È evidentemente necessario che la persona in questione possa, senza ombra di dubbio, essere considerata defunta. E qui iniziano i dibattiti attorno alla definizione empirica di morte. Quella attualmente ritenuta come corrispondente a verità è quella di «morte cerebrale»<sup>12</sup>. Non si tratta, come avviene spesso nella foga di una discussione talvolta troppo emozionale, di vedere nella «morte cerebrale» un tipo di morte tra gli altri, come se si potesse parlare in maniera corretta di vari tipi di morte. La morte è unica e rimane sottratta radicalmente a una nostra esperienza diretta. Da un punto di vista empirico noi possiamo solo constatarla, senza poter, sempre empiricamente, interpretare ulteriormente il fenomeno<sup>13</sup>. La cosiddetta «morte cerebrale» è la definizione di parametri che danno la certezza morale di trovarci di fronte a una situazione di irreversibilità.

È quest'ultima a rendere plausibile l'arresto di ogni intervento terapeutico nei confronti del defunto e a rendere sensati solo quegli atti o tecniche che rendano possibile e adeguato un eventuale espianto di organi<sup>14</sup>. In altre parole il parametro della cosiddetta «morte cerebrale» si è rivelato necessario al momento in cui, attraverso gli strumenti della medicina intensiva, le funzioni cardiache e vegetative si sono distinte da quelle cerebrali e con l'aiuto di macchine sono state mantenute anche quando il centro organizzatore di tutto l'organismo, cioè il cervello, è venuto a mancare.

Come va vista una tale definizione da un punto di vista etico? La prima reazione sensata mi sembra essere quella che già aveva espresso il giurista Alberico Gentili con la nota frase: «*silete theologi in munere alieno*»<sup>15</sup>. Da un punto di vista metodologico lo studioso di etica, sia esso filosofo o teologo, non ha elementi per poter dire se la definizione di morte cerebrale sia *empiricamente* corretta o meno. Si tratta qui di giudicare della irreversibilità o meno di un fenomeno e al riguardo le due discipline citate

non hanno competenze specifiche da portare in campo. La competenza della filosofia e della teologia sta nel proporre interpretazioni adeguate di questa presenza-assenza che chiamiamo morte e non tanto nel determinarne i criteri di osservabilità empirica.

Per questo motivo interpreto le difficoltà di accettazione di un simile criterio di accertamento della morte soprattutto anche se non esclusivamente come *ostacolo a carattere psicologico*. I cadaveri infatti, dopo l'accertamento della morte, se è previsto un espianto, continuano a essere rianimati e a essere mantenuti nelle funzioni puramente fisiologiche dando soggettivamente l'impressione al personale infermieristico di trovarsi di fronte a pazienti in vita (sono infatti «a cuore battente»).

Questa dissociazione tra la realtà, e cioè il fatto che siamo di fronte a cadaveri, e l'impressione visiva, provoca problemi di gestione psicologica abbastanza gravi. Tali problemi vanno assunti seriamente anche dalla pratica medica e superati adeguatamente mediante una serie di supporti psicologici e organizzativi<sup>16</sup>. Essi non vanno però frettolosamente confusi con difficoltà genuinamente a carattere morale o normativo.

Questi ultimi non sono pure da confondere con problemi empirici della constatazione del decesso avvenuto. Come dice giustamente D. Lamb «né il secolare né il teista si attendono un "recupero" in una persona che sia stata dichiarata morta da un medico competente»<sup>17</sup>.

Da un punto di vista morale è invece importante sottolineare il fatto che una corretta definizione empirica di morte rappresenti una *condizione sufficiente e necessaria* al contempo per poter intraprendere legittimamente azioni ritenute legittime se intraprese su un cadavere. Sarebbe ideologico affermare l'illegittimità di tali pratiche affermando che la definizione di morte cerebrale sia insufficiente. Quest'ultima lo è certamente da un punto di vista metafisico poiché il mistero della morte non si lascia ridurre ai fatti empirici osservabili. Ma per giustificare un intervento di espianto non è necessario (e d'altronde sarebbe persino impossibile) scandagliare il mistero della morte: è sufficiente avere una *certezza «morale»* che il trapasso sia avvenuto<sup>18</sup>.

I criteri per stabilire la morte cerebrale non vanno comunque confusi con stati che possono empiricamente essere a essa apparentati anche se rivestono significato molto diverso. Ciò vale ad esempio per gli *stati vegetativi cronici* che non possono, appunto perchè non assolutamente irreversibili, essere considerati come segni di morte avvenuta<sup>19</sup>. Lo stesso vale anche per eventuali illazioni affrettate su casi-limite, come quello dei bambini anencefalici. Il fatto della mancanza parziale o completa di cervello non significa ancora che tali neonati possano già fin dalla nascita essere considerati e trattati come «cadaveri»<sup>20</sup>.

A partire da questi due esempi si può vedere come la succitata definizione, o meglio il criterio di accertamento della morte, possa indirettamente provocare ideologiche applicazioni indebite. Per questo motivo va precisato in che senso quello della «morte cerebrale» sia un criterio per legittimare un espianto.

Nonostante queste possibili applicazioni ideologiche della nozione di «morte cerebrale» non penso che si debba vedere in essa, come ad esempio tende ad affermare Hans Jonas, solo un tentativo di legittimazione pragmatica *a posteriori* dell'espianto<sup>21</sup>. L'espianto di organi mi sembra moralmente accettabile se eseguito appunto dopo diligente accertamento dell'avvenuta morte cerebrale. Quello che rimane aperto è il quesito legato alla necessità o meno di un *consenso* e della sua precisa qualificazione.

Attorno a questo tema si è sviluppata nei vari Paesi industrializzati una ricca letteratura giuridica ed etica, tesa ad analizzare criticamente i vari argomenti portati a difesa delle varie soluzioni<sup>22</sup>. Per poter formulare una risposta moralmente adeguata mi sembra che si debba innanzitutto escludere soluzioni estreme, sia nel senso restrittivo che permissivo, che non tengano conto delle due dimensioni in gioco: da una parte abbiamo a che fare con un cadavere e dall'altra con una persona malata che può sopravvivere solo se si può intraprendere un intervento trapiantistico.

Per quanto riguarda lo *status del cadavere* la maggior parte delle legislazioni cercano di rispettare alcuni dati antropologici e di tener conto di interessi legittimi in gioco. Il cadavere va visto come *un segno della persona defunta* su cui si esercita ritualmente un esercizio di memoria celebrativa, commemorativa e di elaborazione del lutto da parte dei parenti e delle persone che erano vicine a colui o colei che è morto. Per questo motivo il cadavere non è meramente una *cosa* e nemmeno può essere considerato come una *persona*. Una tale collocazione culturale e giuridica impedisce un uso del cadavere a soli scopi commerciali, ma permette quegli interventi in cui siano in gioco interessi legittimi prevalenti.

Così tutti ritengono legittima un'autopsia fatta su un cadavere per ottenere informazioni utili alla collettività in vista, della salvaguardia di vite future (vedi le applicazioni in sede di polizia stradale e giudiziaria). In molti Paesi qualora non fosse facilmente possibile informare i parenti di un simile atto si può legittimamente procedere d'ufficio.

Questa prassi è segno del fatto che l'integrità organica del cadavere non è un bene giuridico tale da essere rispettato in ogni caso, bensì un bene che va correlato con il diritto morale dei parenti a un decoroso processo di lutto nei confronti della persona defunta. Questo criterio mi sembra poter e dover valere anche nel caso del trapianto. Quest'ultimo provoca necessariamente nella parentela un certo disagio poiché per un certo periodo di tempo il cadavere del parente non è disponibile per i funerali, ma in attesa di espianto. Per questo motivo anche le legislazioni che preferiscono il cosiddetto *consenso e silentio*, che partono cioè dall'ipotesi che quando una persona non abbia esplicitamente dichiarato di essere contraria a un espianto ciò vada interpretato come un *assenso tacito* a esso, ricorrono in ogni caso al consenso dei parenti, poiché ciò fa parte del necessario processo di lutto, cui essi hanno moralmente diritto.

In altre parole non è il cadavere stesso a mettere in campo diritti, ma al massimo i parenti i quali a loro volta non mi sembra possano avere argomenti cogenti per impedire un trapianto, ma solo un diritto a un degno trattamento delle spoglie, in vista della celebrazione della memoria del defunto. I parenti non vanno comunque considerati come dei «proprietari del cadavere» che possono esercitare su di esso una specie di potere di definizione. Nemmeno lo Stato può disporre liberamente dei cadaveri, come fossero delle «cose», ma solo nell'ambito previsto dalle leggi. Tutta questa discussione sarebbe estremamente periferica se da parte del trapiantando non fosse in gioco un diritto estremamente centrale e cioè il *suo diritto alla vita e alle cure* efficaci. Questa situazione del paziente non gli dà diritto a ricevere un organo preciso poiché ciò non può essere facilmente garantito da un sistema sanitario, ma gli dà perlomeno il diritto a essere considerato su una lista di attesa basata su indicazioni mediche corrette e precise<sup>23</sup>.

#### Attorno alla cessione «non altruistica» degli organi

Ho sottolineato finora con una certa enfasi il fatto che alcuni parlino di «diritti sul proprio corpo» poiché a quest'argomento si rifanno anche coloro che cercano di legittimare moralmente la cessione commerciale di parti del proprio corpo vivente. Fino a poco tempo fa infatti sembrava che la categoria di dono fosse l'unica moralmente lecita in questo campo. In questi ultimi anni si fa strada anche un discorso teso a legittimare la cosiddetta «donazione non altruistica» cioè remunerata di organi<sup>24</sup>. Ci si rifà qui al fatto che già in altre situazioni si ammette un uso strumentale del proprio corpo, sia tollerandolo (come nel caso della prostituzione) o persino legittimandolo (come nel caso del dono del proprio corpo nella «guerra giusta») o ammettendolo per alcuni gruppi di persone (così nel caso di asceti estrema con danni corporali).

A tali argomenti si può rispondere che un abuso presente non legittima un abuso futuro, anche se analogo. Maggiormente evidente mi pare comunque la considerazione che mette in evidenza il fatto che chi arriva a vendere parte del proprio corpo per poter garantire la propria sopravvivenza o quella della propria famiglia è già ora oggetto di ingiustizia da parte di altri. Sono questi ultimi, cioè indirettamente noi tutti, a dover innanzitutto impedire l'insorgere di situazioni di tale ingiustizia e a operare affinché non si creino le condizioni per l'insorgere di un «mercato degli organi».

Il problema si fa qui di etica e di diritto internazionale. Si potranno obbligare i Paesi del Terzo mondo ad applicare i nostri stessi meccanismi di controllo (cioè attraverso protocolli testimonianti che l'espianto è avvenuto da cadavere comprovato) solo nella misura in cui incoraggeremo anche finanziariamente programmi sanitari tesi a evitare preventivamente ogni abuso<sup>25</sup>. A questo punto la nostra condanna della vendita dei propri organi non sarà cinicamente moralistica ma minimamente credibile così come pure operazionalizzabile.

#### Problemi di giustizia distributiva nella medicina dei trapianti

La pratica dei trapianti avviene nei Paesi altamente sviluppati attraverso una complessa organizzazione sanitaria in cui innanzitutto i *potenziali candidati* vengono scelti in base a una precisa

*indicazione medica*. Quest'ultima è diventata recentemente molto più ampia da quando si sono potuti risolvere molti problemi di immunodeficienza grazie alla scoperta di nuovi farmaci inibitori del processo di rigetto. Questo fatto, assieme ad altri fattori, ha fatto aumentare il numero di potenziali candidati senza che parallelamente si sviluppasse quantitativamente il numero di potenziali donatori, tra cui scegliere i pochi *reali cadaveri* atti a un espianto. Infatti non tutti coloro che esprimono la volontà di dono, una volta morti, sono adatti a una operazione di questo genere.

Qualsiasi situazione di scarsità di beni provoca una *questione di giustizia distributiva*. A questo interrogativo non ha potuto sottrarsi nemmeno la medicina dei trapianti e già si sono espressi vari studiosi di etica sull'argomento dell'equa distribuzione degli organi<sup>26</sup>. Dietro questa espressione possono intendersi comunque vari dilemmi a carattere morale. Un tra pianto potrebbe essere infatti qualificato come «ingiusto» anche a partire da una prospettiva non tanto di giustizia distributiva quanto di giustizia commutativa. Ciò si realizzerebbe ad esempio qualora l'équipe esigesse somme esorbitanti per un trapianto o non rispettasse le regole di diligenza connesse a questa pratica. In questa sede intendo solo accennare a qualche problema di giustizia distributiva e senza alcuna pretesa sistematica:

- Si possono innanzitutto mettere in discussione tutte le pratiche di *medicina di punta* mettendole in relazione alle risorse riservate alla *medicina di base* e sostenendo che la relazione tra i due tipi di investimento vada riconsiderata a favore della seconda. Tale discussione mi sembra legittima e qualora si potesse dimostrare un disequilibrio tra i due investimenti, in sede di politica sanitaria nazionale e internazionale, si potrà e dovrà riequilibrare quest'ultima. Non mi sembra invece corretto, sempre a partire da considerazioni di questo tipo, intervenire direttamente su processi di cura già in atto, affermando di «voler fare giustizia». In altre parole le priorità, anche eticamente motivate, di politica sanitaria non devono concretizzarsi direttamente all'interno di un microprocesso di cura a un individuo. Fare ciò significherebbe ignorare le regole interne ai vari livelli sistemici entro cui l'uomo interviene e manifesta il suo senso di responsabilità<sup>27</sup>.

- Considerazioni analoghe valgono anche per chi affermasse che la medicina trapiantistica, approfondisce il solco di ingiustizia nella distribuzione delle risorse medico-sanitarie tra Primo e Terzo Mondo. Il fatto può corrispondere a verità, anche se esso non rappresenta ancora adeguatamente il processo reale del passaggio da causa a effetto. Anche qui la complessità del fenomeno dovrebbe impedire una applicazione diretta di imperativi di redistribuzione. Nessuno infatti è in grado di assicurare che un numero minore di trapianti nei Paesi ricchi sia garanzia sicura di misure efficaci di sopravvivenza nei confronti di morenti del Terzo mondo.

- Ulteriori considerazioni interne alla medicina occidentale mettono in campo altre dimensioni di giustizia distributiva. Così c'è chi a giusta ragione mette in evidenza il rapporto intercorrente tra mezzi investiti in *ricerca di punta* e in *attività clinica*, preferendo, come maggiormente giustificata in sede morale, la seconda alla prima. Anche qui si tratta di mantenere un equilibrio (sulla cui maggior «giustizia» ed «efficacia» potranno giudicare al meglio coloro che conoscono a fondo gli effetti di tale rapporto) tra le due realtà, evitando di moralizzare frettolosamente mediante il privilegio dato a una sola delle dimensioni.

- Lo stesso vale anche per la contrapposizione tra *attività di prevenzione* delle degenerazioni organiche e di *intervento riparatore*. Tutti sanno che costa molto meno prevenire che riparare, ma nel caso della medicina dei trapianti questo criterio vale solo in parte, poiché molti trapianti si rendono necessari indipendentemente dal fatto che si è fatta anche della prevenzione. Inoltre è eticamente scorretto «far pagare» al singolo trapiantando le contraddizioni inerenti a questo rapporto. Non vedo così come si possa «punire» un alcolizzato impedendogli, *in linea di principio*, di accedere a una lista di attesa di trapianto del fegato. Al massimo si dovrà chiedergli di impegnarsi a non più bere dopo l'intervento e a sottoporsi alle cure del caso. La riflessione su questo rapporto è invece adeguata in sede di *macroallocazione*, quando si tratta di definire quali crediti dare alla prevenzione o alla medicina di punta.

In altre parole vanno sempre tenuti distinti i piani di *macro-* e di *microallocazione*, così come le misure di politica sanitaria da una parte e di intervento terapeutico dall'altra. I problemi di microallocazione nell'ambito che qui ci occupa sono particolarmente drammatici anche perché essi non possono essere delegati a una riflessione generale sulla *giustizia distributiva in medicina* ma sono oggetto specifico dell'etica dei trapianti.

Mi soffermerò dunque un istante su questi ultimi, non proponendo tanto una soluzione globale,

quanto piuttosto facendo alcune osservazioni frammentarie, fatte a partire dall'esempio della legislazione svizzera, che sottopongo alla discussione sia di coloro che opera no in questo settore che di quelli che la accompagnano in sede di riflessione etica.

Nel 1999 il popolo svizzero aveva approvato a larga maggioranza l'inserimento nella Costituzione dell'art. 119a sulla medicina dei trapianti, in cui l'alinella 2 afferma: «stabilisce in particolare criteri affinché l'attribuzione degli organi sia equa». Ma, esaminando con attenzione i testi della legge e delle ordinanze di applicazione si fatica a trovare una referenza esplicita a teorie dell'equità cui ci si voglia riferire. Bisogna certo tener conto del fatto che non sia compito di un testo giuridico esplicitare le referenze teoriche cui si fa capo nel regolare una materia precisa. Nel nostro caso comunque il testo del messaggio governativo che accompagnava il progetto di legge arrivato in parlamento mette in luce gli intenti di fondo del governo rispetto a questa materia. Secondo il governo «spetta al legislatore e non al corpo medico definire i criteri e la procedura di attribuzione. Questo risulta, da un lato, direttamente dalla Costituzione poiché la procedura di attribuzione implica una decisione concernente diritti fondamentali dei pazienti e, dall'altro, dalla stessa natura delle decisioni concernenti i criteri di attribuzione: optare a favore o contro l'applicazione di un criterio è una decisione che implica sempre un giudizio di valore di ordine etico. Non vi sono criteri puramente «medici» e neutri sul piano morale che consentirebbero di evitare di fissare le regole dell'attribuzione senza doversi riferire a giudizi etici. Ad esempio, come illustrato sopra, nell'applicazione del criterio dell'urgenza medica si è pronti ad accordare la priorità a pazienti gravemente malati, nonostante abbiano solo possibilità ridotte di sopravvivere, rispetto a pazienti che presentano una prognosi medica più favorevole ma per i quali un trapianto non è (ancora) immediatamente indispensabile»<sup>28</sup>.

Si può inoltre constatare come la legge svizzera adotti un *approccio ugualitarista* e non *utilitarista* quando stabilisce (all'art. 17 alinea 1) che nessuno può essere discriminato nell'atto della distribuzione e quando afferma che solo criteri medici siano ammessi al momento di essere inseriti in una lista di attesa (art. 21, 2). Fino a questo punto i criteri mi sembrano del tutto chiari e ben fondati. Il cammino si fa più complesso in seguito quando si tratterà di decidere, a partire da una lista già elaborata, come gestirla e come scegliere in caso di conflitto. La legge propone al riguardo tre criteri, senza stabilire però una gerarchia tra di essi almeno in linea di principio: si tratta del criterio dell'urgenza, dell'efficacia sperata e del tempo di attesa che il paziente in questione ha già passato sulla lista stessa (art. 18, 1). A partire dall'applicazione di questi criteri la legge pensa che si possa arrivare a un'uguaglianza delle chances di ricevere un organo (art. 18, 2).

Già il messaggio governativo ammetteva la difficoltà inerente alla gerarchizzazione dei criteri ora citati quando affermava che «in materia di attribuzione di organi l'attività normativa è confrontata a una grande difficoltà, ossia la definizione di un compromesso tra l'utilizzazione efficace degli organi a disposizione e la ripartizione equa di queste risorse»<sup>29</sup>.

Le ordinanze di applicazione, pur avendo ancor maggiormente specificato le modalità di distribuzione non hanno voluto stabilire una gerarchia di principio tra i tre criteri evocati poc'anzi, ma hanno demandato il loro soppesamento quantitativo al cosiddetto *algoritmo* che Swisstransplant, la fondazione incaricata dalla Confederazione di organizzare la distribuzione degli organi a partire da una lista di attesa nazionale, ha elaborato.

A dire il vero questo non voler gerarchizzare a livello di principio da parte del testo di legge mi aveva alquanto urtato. Con il tempo sono comunque arrivato alla convinzione che non sia opportuno stabilire una gerarchia una volta per tutte poiché i conflitti che si manifestano nelle decisioni concrete sono tali da consigliare maggiormente una gerarchizzazione differenziata a seconda delle situazioni in cui avviene questa medesima distribuzione. Mi sono infatti sempre più convinto che l'attività di allocazione sia una operazione complessa che avviene nel tempo e che è data da una serie di sottodecisioni a loro volta dettate da criteri non sempre coerenti. Evoco qui *due momenti* particolarmente significativi quando si voglia attribuire un organo a una persona.

1. *Prima di entrare in lista di attesa* i criteri di distribuzione espletano già un ruolo se non decisivo comunque molto importante. Il medico dispone in questa fase di un certo qual potere discrezionale poiché, sebbene l'iscrizione sulla lista si faccia a partire da criteri medici abbastanza precisi e univoci, e sebbene la legge svizzera escluda criteri di esclusione dalla lista come l'età in quanto tale o l'inserimento sociale del candidato, rimane il fatto che il medico dispone di una certa qual discrezionalità nel decidere

quando mettere un paziente in lista di attesa. La lista quindi, presa in sé stessa, non è ancora un indice univoco della gravità della situazione del paziente.

2. *All'interno della lista stessa*, vanno stabiliti i criteri che determinano la priorità di alcuni candidati rispetto ad altri. In sede internazionale la scelta di altri criteri da aggiungere a quello del tempo di attesa in lista non è per nulla unitaria e armoniosa. Qualora in un caso preciso si passasse da una lista svizzera a una straniera, mancando nel nostro paese candidati atti a ricevere un organo, non sapremmo se le liste straniere siano state elaborate con i nostri medesimi criteri o meno.

3. *La limitazione dei candidati ai residenti*. La limitazione è stata formulata nella legge e mi sembra fundamentalmente legittima nella misura in cui non discrimina gli stranieri residenti sul territorio e impedisce un fenomeno di massiccia immigrazione di trapiantandi. Questa massiccia immigrazione provocherebbe infatti quasi subito una scelta basata sulle capacità finanziarie. La limitazione dell'impianto di organi ai soli residenti è però stata formulata in termini abbastanza generici per cui sarà necessario precisare se alcuni gruppi, come i frontalieri, possano essere considerati come candidati potenziali.

4. *Efficacia e urgenza*. La coniugazione di questi due criteri si rivela particolarmente complessa e in alcuni casi persino tragica. Attraverso una discriminazione positiva dei casi urgenti e superurgenti, coloro che non appartengono a queste due categorie sono sistematicamente svantaggiati portandoli poi, in una fase temporale seguente, in una categoria di urgenza che avrebbero potuto evitare. Un'altra situazione dilemmatica nella dialettica tra efficacia e urgenza è data dalla rarità dell'organo da impiantare. Il caso dei minori mi sembra particolarmente interessante. Se il fatto di essere giovane o persino ancora minorenne mi dà molte meno possibilità di avere un organo adeguato penso che sia fondato prevedere nei confronti di questo gruppo (o di gruppi altrettanto rari, come coloro che hanno un gruppo sanguigno raro) misure di discriminazione positiva.

Inoltre l'efficacia è un criterio difficile da valutare poiché può essere diverso a seconda che si consideri il microlivello del singolo paziente, il mesolivello di una regione particolare o il macrolivello della salute di tutta la nazione.

Tutte queste considerazioni dovrebbero portarci a voler favorire uno spazio seppur piccolo di discrezionalità da parte dei singoli clinici, poiché una ricerca di giustizia massima può provocare il suo contrario. Vale anche qui la classica massima secondo cui «*summum jus, summa injuria*».

Inoltre queste considerazioni ci portano alla conclusione che non sia possibile esercitare concretamente criteri di distribuzione equa senza tener conto di vari criteri al contempo soppesandoli caso per caso. Un certo grado di *imperfezione distributiva* è da mettere in conto fin dall'inizio, senza farsi troppi complessi di colpa.

Già abbiamo visto precedentemente come l'organo sia oggetto di *dono* e che quindi non possa essere visto nella prospettiva di un gioco reciproco di stretti *diritti e doveri*. La sua distribuzione dovrà comunque avvenire nel modo meno arbitrario possibile, facendo innanzitutto capo al criterio di una *stretta indicazione medica*. In altre parole dovrebbero accedere al trapianto solo coloro che possono essere curati e salvati attraverso questa misura e non chi può facilmente accedere a una cura alter nativa altrettanto efficace. In genere questo criterio è rispettato nei Paesi europei aderenti a *Eurotransplant*, cioè al sistema informatizzato di lista d'attesa. Al suo interno vale di regola il principio del rispetto e della precedenza a chi si è prima annunciato.

L'accordo di principio su queste regole è abbastanza scontato anche se la loro applicazione si rivela particolarmente difficile. A rendere particolarmente complessa la situazione è il fatto innanzitutto della *cronica mancanza di organi* rispetto alla domanda. Come decidere quando per un medesimo organo ci siano più candidati con caratteristiche mediche analoghe e con eguali chances di successo?

Una decisione equa è resa ancora più difficile anche dal fatto che *il fatto re tempo* scompigli per così dire le carte preparate diligentemente in precedenza. È il tempo infatti a cambiare in continuazione la situazione interna alle liste di attesa: tra coloro che aspettano, la situazione dell'in sufficienza organica in genere tende a peggiorare, così che molti candidati non diventano più atti a un trapianto o sono nel frattempo già deceduti.

Come si può ben vedere non è possibile proporre qui una specie di «formula magica» atta a sciogliere i nodi drammatici in cui viene talvolta a trovarsi la prassi trapiantistica. Le considerazioni fatte finora dovrebbero perlomeno servire a evitare *discriminazioni evidenti* nell'allocazione degli organi.



In termini positivi si può qui affermare come ci sia un dovere delle équipes di cercare di ridurre preventivamente a un minimo i dilemmi in cui si sa di doversi imbattere in questo ambito. Questo criterio di comportamento non vuole essere indicatore di una certa qual «pigrizia morale» quanto di saggezza, tesa a rendere meno complessa tutta la sfera in questione. Inoltre tutte queste considerazioni dovrebbero aver reso evidente il fatto che la *questione della giustizia* all'interno della pratica dei trapianti debba essere considerata come veramente pertinente, anche se non sempre è possibile dare volto concreto a questa stessa esigenza di giustizia.

Infine va ricordato a coloro che osservano questi problemi dall'esterno che la presenza puntuale di abusi nella medicina dei trapianti non le toglie alcuna *legittimità morale di fondo*. La denuncia di situazioni moralmente inaccettabili non dovrebbe rimanere monopolio dei mass media che operano con il registro del sensazionale ma essere preoccupazione costante di tutti coloro che operano in questo settore, specialisti di etica compresi.

### Postilla teologica

Le pratiche dei trapianti non occupano solo la vita quotidiana di molti clinici e di molto personale paramedico così come le pagine di molti giornali ma anche gli spazi reconditi dell'immaginario di ciascuno di noi. Anche l'immaginario della fede e delle convinzioni religiose ne è per così dire lambito.

Se da una parte di fronte a queste tecniche di punta sono cadute, e in gran parte a ragion veduta, alcune remore morali legate a concezioni mitiche del cadavere e della sopravvivenza personale, d'altra parte nuove ideologie fanno capolino nella nostra era e ci provocano a miglior riflessione etica e a risposta sociale critica. L'ideologia non si nasconde qui tanto nei trapianti *in se* quanto piuttosto nei trapianti *in nos*.

Questi fantasmi possono nascondere o deformare la verità della *certa moriendi conditio* e trasformano la rappresentazione della *futura immortalitatis promissio* in una forma di «vita ad oltranza», confusa con quella che normalmente viene chiamata *eternità*. I trapianti diventerebbero dunque una forma di promessa di immortalità. È nostro compito comune mettere in evidenza il carattere ideologico di tali rappresentazioni.

Certamente il nostro comune desiderio di sopravvivenza è legittimo. Esso dovrebbe però essere maggiormente espresso (e ciò vale sia per i credenti che per coloro che non si definiscono tali) attraverso il registro della speranza e della promessa che con quello di una vita ad oltranza. Esprimerlo solo con il registro dell'atte sa e della fattibilità tecnica significa snaturarlo e trasformarlo in ideologica illusione.

<sup>1</sup> Non intendo esprimermi in questa sede su questo sottoproblema molto complesso e rimando alla letteratura che conosco. Cfr. E. Boné, «Les greffes intracérébrales de tissu foetal. Une nouvelle aporie éthique», in *Revue théologique de Louvain*, 21, 1990, pp. 311-28; P. Fassbender, «Die Verwendung fetaler Gewebes in der Neurochirurgie - Ein ethisches Problem?», in *Ethik in der Medizin*, 3, 1991, pp. 114-20; M. Mandofia, «La greffe de tissus foetaux comme thérapie de la maladie de Parkinson, aspects éthico-juridiques», in *Bulletin des médecins suisses*, 70, 1989, pp. 1868-74. Per una disamina sulle implicazioni antropologiche cfr. l'acuto saggio di K. Demmer, «Gehirnverpflanzung - Ethische

Implikationen», in *Gregorianum*, 65, 1984, pp. 695-718. Sul trapianto cellulare e i suoi problemi cfr. B. Hüsing *et alii*, *Zelluläre Xenotransplantation*, a cura del Zentrum für Technologiefolgenabschätzung del Schweizerischer Wissenschaftsund Technologierat, Karlsruhe- Bern, 2001.

<sup>2</sup> La letteratura è già sterminata anche se molto recente. Rimando per una disamina di questo dibattito a uno studio molto diligente e completo: H. Halter, «Xenotransplantation aus ethischer Sicht», in *Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext*, a cura di H. J. Münk, Paulus Verlag, Fribourg, 2002, pp. 174- 224 (con abbondante bibliografia).

<sup>3</sup> Una prima versione di esse era apparsa in *Bioetica e cultura*, 1994, pp. 77-92, ma quest'ultima è stata rielaborata a fondo a partire dagli ultimi sviluppi della medicina dei trapianti.

<sup>4</sup> Sull'argomento mi sono già espresso per quanto riguarda i primi aspetti citati in «Ethische Probleme der Transplantationsmedizin und ihre theologische Bedeutung», in *Etica e trapianti*, a cura di A. Bondolfi *et alii*, Ed. Alice, Comano, 1993, pp. 123-34, e per quanto riguarda i problemi di giustizia in «Allocation d'organes et exigences de justice», dans *Organallokation. Ethische und rechtliche Fragen*, a cura di A. Bondolfi *et alii*, Schwabe Verlag, Basel, 2004, pp. 151-57.

<sup>5</sup> Tralascio volontariamente la sottotematica degli xenotrapianti su cui mi sono espresso già altrove. Cfr. A. Bondolfi, «Les xénogreffes: quelques critères éthiques pour bien poursuivre un chemin plein de difficultés», in *Donazioni e trapianti d'organo. Gli xenotrapianti*, a cura di R. Malacrida, S. Martinoli e R. Wullschleger, Edizioni Alice, Comano, 1998, pp. 163-68; Id., «I rapporti tra uomo e animale nelle tradizioni giudaico-cristiane e la sfida degli xenotrapianti », in *L'Arco di Giano*, 21, 1999, pp. 49-62. Per un'introduzione al dibattito cfr. l'articolo già citato di H. Halter, a mio avviso il contributo più documentato in materia.

<sup>6</sup> Cfr. «Allocuzione ai dirigenti e soci della Società italiana dei donatori della cornea», in *AAS*, 1956, pp. 459-67.

<sup>7</sup> Sull'argomento cfr. «Ganzheitsprinzip», in *Lexikon der christlichen Moral*, a cura di K. Hör mann, Wien, 1976.

<sup>8</sup> Cfr. Tomaso d'Aquino, *Summa contra Gentiles*, III, 146, trad. it. ripresa da A. Bondolfi, *Pena e pena d'imorte*, EDB, Bologna, 1985, qui a p. 215.

<sup>9</sup> Cfr. ad esempio le misure previste dal diritto svizzero nella nuova legge e nelle ordinanze di applicazione. Cfr. la documentazione consultabile presso [www.bag.admin.ch/transplantation](http://www.bag.admin.ch/transplantation).

<sup>10</sup> Cfr. Il saggio di E. Renner, «Entscheidungskriterien und Konflikte am Beispiel der Nierentransplantation », in *Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin*, a cura di E. Nagel e Ch. Fuchs, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 1993, 233-41.

<sup>11</sup> Per un'analisi interculturale dei significati legati al cadavere cfr. L. V. Thomas, *Le cadavre*, Ed. Complexe, Bruxelles, 1980; P. Baudry, «Devant le cadavre», in *Religiologiques*, 12, 1995, pp. 19-29. Per una ricostruzione storico-medica dei rapporti tra i viventi e i cadaveri cfr. J. G. Gauthier, *Des cadavres et des hommes, ou l'art d'accomoder les restes*, Musée d'Ethnographie, Genève, 2000. Cfr. la ricchissima raccolta di studi, *Körper ohne Leben. Begegnung und Umgang mit Toten*, a cura di N. Stefenelli, Böhlau Verlag, Wien, 1998. Mi sono espresso sull'argomento in A. Bondolfi, «Le statut moral du cadavre: pour une réflexion éthique», dans *Ethica clinica*, 1998, pp. 33-36.

<sup>12</sup> Cfr. su tutta la problematica le pubblicazioni chiarificatrici del filosofo D. Lamb, *Il confine della vita. Morte cerebrale ed etica dei trapianti*, Il Mulino, Bologna, 1987; Id., *Etica e trapianti*, Il Mulino, Bologna, 1995; Id., *L'etica alla frontiera della vita*, Il Mulino, Bologna, 1998. La letteratura filosofica e teologica sulla morte cerebrale è abbondante soprattutto nell'ambito della produzione di lingua tedesca, visto lo scetticismo manifestato da questo mondo culturale nei confronti di questo criterio di accertamento della morte. Per un primo bilancio di questa discussione cfr. il contributo del teologo moralista H. J. Münk, «Das Gehirntodskriterium in der theologisch-ethischen Diskussion um die Transplantationsmedizin -

Forschungsbericht zur Rezeption des Hirntodkriteriums in der deutschsprachigen theologischen Ethik», in *Organtransplantation. Der Stand der ethischen Diskussion im interdisziplinären Kontext*, a cura di H. J. Münk, Paulus Verlag, Fribourg, 2001, pp.105-73. Una recente voce critica italiana in P. Becchi, *Morte cerebrale e trapianto di organi*, Morcelliana, Brescia, 2008.

<sup>13</sup> Cfr. quanto ho scritto al riguardo nell'introduzione alla raccolta di testi: *Malattia, eutanasia e morte nella discussione contemporanea*, EDB, Bologna, 1989.

<sup>14</sup> Cfr. la presa di posizione del Comitato nazionale per la Bioetica dal titolo *Donazione a fini di trapianto*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'informazione e l'editoria, Roma, 1991. Tra le pubblicazioni più recenti a carattere generale cfr. J. S. Ach, M. Anderheiden, M. Quante, *Ethik der Organtransplantation*, Harald Fischer Verlag, Erlangen, 2000; *Organtransplantation*, a cura di G. Bruder Müller e K. Seelmann, Königshausen & Neumann Verlag, Würzburg, 2000; *Neue Perspektiven der Transplantationsmedizin im interdisziplinären Dialog*, a cura di E.-M. Engels, G. Badura-Lotter e S. Schicktanz, Nomos Verlag, Baden-Baden, 2000; *La greffe humaine. Incertitudes éthiques: du don de soi à la tolérance de l'autre*, a cura di R. Carvais e M. Sasportes, PUF, Paris, 2000.

<sup>15</sup> Cfr. A. Gentili, *De Jure Belli libri tres*, G. Antoinius, Hannover, 1612, qui XII, in fine.

<sup>16</sup> Cfr. al riguardo le osservazioni pertinenti di K. G. Bedin, M. C. Vidra, «La problématique des infirmières dans les soins aux patients donneurs d'organes», in *Etica e trapianti*, a cura di A. Bondolfi, R. Malacrida e A. Rohner, Alice, Comano, 1993, pp. 145-55.

<sup>17</sup> Cfr. *Il confine della vita*, *op. cit.*, p. 25.

<sup>18</sup> Per un'iniziazione ai dibattiti contemporanei sul criterio della morte cerebrale, dibattiti vivi soprattutto nel mondo di lingua tedesca, cfr. da un punto di vista teologico A. Bondolfi, «Zum moralischen Status der Leiche. Einige ethische Überlegungen mit Berücksichtigung der katholischen Tradition», in *Zum Umgang mit der Leiche in der Medizin*, a cura di H. K. Wellmer e G. Bockenheimer-Lucius, Schmidt- Römhild Verlag,

Lübeck, 2000, pp. 101-15.

Da un punto di vista più generale

cfr. P. Bavastro, *Der umstrittene*

*Hirntod*, Menon, 1996; *Hirntod*

*und Organverpflanzung*, a cura di

J. Ach e M. Quante, Frommann-Holzboog,

Stuttgart, 1997; U. Körner, *Hirntod und*

*Organspende*, Humanitas, Berlin, 1994;

*Wann ist der Mensch tot?* a cura di

J. v. Hoff e J. In der Schmitt,

Rowohlt Verlag, Reinbek, 1995.

Una presentazione equilibrata si ritrova in

F. Oduncu, *Hirntod und Organtransplantation.*

*Medizinische, juristische und ethische Fragen,*

Vandenhoeck & Ruprecht Verlag, Göttingen, 1998.

Cfr. anche M. Reuter, *Abschied von Sterben*

*und Tod? Ansprüche und Grenzen der*

*Hirntodtheorie*, Stuttgart, 2001.

<sup>19</sup> Cfr. su questo argomento che provoca comunque altri interrogativi morali il volume collettaneo: *Etats végétatifs chroniques*, a cura di F. Tasseau, P. Verspieren *et alii*, Ed. ENSP, Paris, 1991.

<sup>20</sup> Su questa problematica estremamente complessa F. Isemer, H. Lilie, «Rechtsprobleme bei Anencephalen», in *Medizinrecht*, 6, 1988, pp. 66-71. E. Seidler, «Anenzenphale als Organspender: Ethische Fragen», in *Rechtliche Fragen der Organtransplantation*, a cura di H. D. Hiersche, G. Hirsch u. T. Graf-Baumann, Springer Verlag, Berlin-Heidelberg, 1990, pp. 113-17.

<sup>21</sup> Cfr. H. Jonas, «Gehirntod und menschliche Organbank - zur pragmatischen Umdefinierung des Todes», in Id., *Technik, Medizin und Ethik*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M., 1987, pp. 219-41.

<sup>22</sup> Cfr. per una prima informazione a livello di diritto comparato: *La transplantation d'organes humains*, Organisation mondiale de la santé, Genève, 1991; L. Eusebi, *Beni penalmente rilevanti e trapianti di organo*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 1986, pp. 999-1025 e soprattutto *Rechtliche Fragen der Organtransplantation, op. cit.*

<sup>23</sup> Vari cultori di etica hanno sottolineato la sufficienza e pertinenza del «consenso e silentio», mettendo contemporaneamente in evidenza la mancanza di un «diritto all'organo» da una par te e di un «dovere di dono» dall'altra. Su questi problemi cfr. soprattutto W. Wolbert, «Ein Recht auf den Leib des anderen? Zu einigen Fragen der Organtransplantation », in *Stimmen der Zeit*, 209, 1991, pp. 331-44.

<sup>24</sup> Cfr. al riguardo l'articolo polemico di W. Land, «Das belohnte Geschenk?

Überlegungen zur Organspende von gesunden Menschen», in *Merkur*, 1991, pp. 120-29. Su posizioni più legittimatorie cfr. Invece H. T. Engelhardt, «Il corpo in vendita: dilemmi morali della secolarizzazione», in *Questioni di bioetica*, a cura di S. Rodotà, Laterza, Bari, 1993, pp. 123-38; W. L. Lockwood, «La donazione non altruistica di organi in vita», in *Questioni di bioetica, op. cit.*, pp. 139-47; H. Kuhse, «Il corpo come proprietà. Ragioni di scambio e valori etici», in *Questioni di bioetica, op. cit.*, pp. 65-73. Cfr. come critica delle ideologie in corso in questo ambito C. Foppa, *Transplantation: par delà le mythe du don*, SSEB-SGBE, Genève, 1992 (= Folia Bioethica No. 7).

<sup>25</sup> Sul problema del traffico di organi nel Terzo Mondo cfr. G. Berlinguer, V. Garrafa, *Il nostro corpo in vendita*, Baldini & Castoldi, Milano, 2000; H. N. Scheper, *Il traffico di organi nel mercato globale*, Ombre corte, Milano, 2001.

<sup>26</sup> Cfr. per una prima introduzione al problema U. Wiesing, «Anmerkungen zur Frage, welche Rolle medizinische Kriterien und ethische Prinzipien bei der Zuteilung begrenzt verfügbaren Organe spielen», in *Organtransplantation - Beiträge zu ethischen und juristischen Fragen*, a cura di R. Toellner, G. Fischer Verlag, Stuttgart-New York, 1991, pp. 109-11. Cfr. anche H. T. Engelhardt, «Allocating scarce medical Resources and the Availability of Organ Transplantation», in *The New England Journal of Medicine*, 1984, pp. 66-71; R. Evans, «Health care technology and the inrentability of resource allocation », in *JAMA*, 249, 1983, pp. 2208-17. Cfr. anche *Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen am Beispiel der Transplantationsmedizin*, a cura di E. Nagel, Springer Verlag, Berlin, 1993. Per una sintesi nuova e originale della problematica cfr. U. Kostka, «Organallokation und Gerechtigkeit - Eine mehrdimensionale ethische Problemskizze», in *Organtransplantation, op.cit.*, pp. 85-104.

<sup>27</sup> Sui criteri etici in campo socio-sanitario la discussione è già in corso da tempo nei Paesi di lingua inglese e tedesca, mentre permane ancora ad uno stadio embrionale in Italia. Cfr. alcu ne indicazioni rappresentative: C. A. Andrae, E. Theurl, «Probleme der Verteilung ökonomischer Ressourcen in der Medizin - das Beispiel der "Spitzenmedizin"», in *Sinn gestalten. FS für E. Coreth*, a cura di O. Muck, Tyrolia Verlag, Innsbruck, 1988, pp. 370-86. Importante è il volume collettaneo:

*Ethik und öffentliches Gesundheitswesen*,  
a cura di H. M. Sass, Springer Verlag,  
Heidelberg- Berlin, 1988; *Sicherheit und  
Freiheit. Zur Ethik des Wohlfahrtsstaates*,  
a cura di Chr. Sachsse und H. T. Engelhardt,  
Suhrkamp Verlag, Frankfurt/M, 1990.

<sup>28</sup> Cfr. Messaggio 1.3.5.5.4. Ringrazio  
i miei collaboratori, Simone Romagnoli  
e Anne Kauffmann per l'aiuto prestato  
a redigere queste mie considerazioni  
sulla legge svizzera.

<sup>29</sup> *Ibidem* al punto 1.3.5.5.6.

---

rMH 7 Luglio-Settembre 2008