



AZIENDA
OSPEDALIERO
UNIVERSITARIA



Santa Maria
della Misericordia
di Udine



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Centro Regionale Trapianti
Coordinatore: dott. Francesco Giordano



Con il patrocinio di:
Società Italiana
Medicina delle Migrazioni

Atti del Convegno:

ASPETTI ETICI, RELIGIOSI E CULTURALI NELLA DONAZIONE E TRAPIANTO

12 dicembre 2008

Hypo Alpe Adria Bank

Tavagnacco — Udine

Indice

1. Presentazione del Direttore Centro Regionale Trapianti del Friuli Venezia Giulia, dott. Francesco Giordano
2. Relazioni
 - *L'immigrazione in Italia: diritto a donare, diritto a ricevere*, dott. Salvatore Geraci, Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
 - *Etica dei trapianti*, dott. Sandro Spinsanti, Psicologo e Teologo, Direttore dell'Istituto Giano
 - *Aspetti etici, religiosi e culturali nella donazione e nel trapianto*, dott. Pierluigi Di Piazza, Fondatore del Centro di Accoglienza "Ernesto Balducci" ONLUS
 - *Considerazioni sulla donazione di organi secondo la tradizione ebraica*, dott. Giuseppe Laras, Presidente dell'Assemblea Rabbinica Italiana (contributo letto da Giovanni Nistri)
 - *Trapianti d'organi: una prospettiva protestante*, Past. Mirella Manocchio, Chiesa Evangelica Metodista e Valdese
 - *Il punto di vista dell'islam*, dott. Aboul Kheir Breigheche, Presidente dell'Alleanza Islamica d'Italia
 - *Il punto di vista della chiesa ortodossa*, padre Sorin Iustian Deac, Diocesi Ortodossa Romena in Italia, Patriarcato Romeno Religione Ortodossa
 - *Le associazioni di volontariato nel complesso processo di donazione e trapianto*, dott.ssa Gloria Aita, referente regionale progetto nazionale scuole-TDV, Presidente ADO
 - *I mediatori di comunità*, Sig. Amadou Kane, Associazione mediatori di comunità
3. Allegati
 - Discorso del Santo Padre, papa Benedetto XVI
 - Intervento del Direttore del Centro Nazionale Trapianti, dott Alessandro Nanni Costa
 - Comunicato stampa del Direttore Centro Regionale Trapianti del Friuli Venezia Giulia, dott. Francesco Giordano
 - Intervento del dott. Amos Luzzato, già Presidente dell'Unione delle Comunità Ebraiche Italiane
 - Locandina Convegno

Presentazione del Direttore Centro Regionale del Friuli Venezia Giulia

Francesco Giordano

Il Centro Regionale Trapianti del Friuli Venezia Giulia con il sostegno del Centro Nazionale Trapianti ha dato avvio, con questo importante convegno, ad un progetto che valorizzerà il contesto multietnico attuale, evidenziando l'importanza ed il grande valore civico, etico e solidaristico della donazione di organi dopo la morte, a scopo di trapianto. Dono che per il suo valore intrinseco è etico ed universale e va al di là di concetti quali razza e religione.

In tale contesto multietnico pertanto, diviene di fondamentale importanza il ruolo rivestito dai rappresentanti religiosi nel trasmettere questo messaggio di generosità e solidarietà ai propri concittadini.

Spero che le riflessioni e gli stimoli evocati da questo convegno possano essere utili per migliorare ed arricchire il percorso di donazione e trapianto di organi e tessuti.

L'immigrazione in Italia: diritto a donare, diritto a ricevere

Salvatore Geraci

Era il 1986 quando abbiamo cominciato ad occuparci di immigrati prima ancora di immigrazione; abbiamo incontrato persone malate, bisogni sommersi e diritti negati. In quel periodo protagonisti sono stati molti medici, infermieri, operatori sociali prevalentemente nell'ambito del volontariato e del privato sociale, che a Roma ma anche in varie parti d'Italia hanno avuto umanità, sensibilità professionale e un forte senso di giustizia sociale, e diremmo profonde motivazioni etiche, per impegnarsi nel garantire la tutela della salute, senza esclusione. Dall'impegno personale si è passati alla coscienza collettiva di una nuova realtà, dall'emergenza all'esigenza di capire, studiare, sperimentarsi nell'incontro con questi "nuovi cittadini".

Definire l'immigrazione in Italia come elemento di un cambiamento epocale della nostra società potrebbe sembrare esagerato in un periodo storico di grandi modificazioni culturali ed economiche, pensiamo alla così detta globalizzazione, e di accelerate dinamiche sociali dettate da livelli di comunicazione sempre più veloci e diffusi. Eppure l'incontro con persone di culture, storie, aspettative, espressioni e percezioni dei bisogni diversi dai nostri ci modifica e modificherà la nostra società più di quello che possiamo oggi immaginare: è una modifica nei comportamenti e negli atteggiamenti, nel linguaggio, per molti di noi una modifica nel modo di lavorare, nel modo di essere e di porci in ambito professionale, un'occasione per sperimentarci anche sul piano etico e culturale.

L'immigrazione è certamente un fenomeno molto articolato. Possiamo individuare almeno quattro parole chiave: fenomeno in evoluzione, eterogeneo, strutturale e necessario. In poco più di venti anni l'Italia è diventata e si è consolidata come meta più o meno definitiva per un flusso di cittadini stranieri in costante aumento: alla fine del 2008 si stima una presenza di poco oltre i 4 milioni di stranieri, con un'incidenza sulla popolazione residente di circa il 6,7%, leggermente più alta della media dell'Unione Europea. Ma l'Italia ha anche circa 3.500.000 nostri concittadini che vivono stabilmente in altri paesi e sono di origine italiana (cioè potrebbero diventare cittadini Italiani a tutti gli effetti qualora tornassero più o meno definitivamente nel nostro territorio), quasi 60.000.000 di individui. Per via di questo "effetto doppio" (paese di emigrazione e paese di immigrazione) l'Italia assume una rilevante dimensione internazionale, con un ventaglio di paesi di origine degli immigrati più allargato anche rispetto a paesi come la Germania, che accoglie più di 7 milioni di stranieri. Attualmente gli immigrati nel nostro paese provengono da poco più di 190 nazioni in un variegato intreccio di lingue, culture, tradizioni e religioni: se a Berlino (e, fino ad un recente passato, in genere in Germania) per arrivare quasi all'80% delle

presenze straniere basta fare riferimento a coloro di origine Turca, in Italia per raggiungere l'80% degli immigrati servono una ventina di comunità etniche diverse. Non è quindi esagerato affermare che l'Italia è ormai una realtà multietnica, ma anche "multietica". Un altro fattore di certa attenzione in Italia, come anche in Spagna, è l'accentuato ritmo di aumento, dovuto all'intreccio tra declino demografico e mancanza di forze lavoro specialmente in determinati settori. Se gli immigrati nel mondo raddoppiano ogni 35 anni, questo in Italia è avvenuto fino al 2000 ogni 10 anni ed attualmente un ulteriore raddoppio è avvenuto in 5 anni. Evoluzione, eterogeneità, ma

anche strutturalità: come abbiamo scritto alla fine del 2008 erano 4.000.000 gli immigrati presenti regolarmente in Italia secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes e, tra questi, circa 3.500.000 gli stranieri residenti secondo l'Istat. Ai dati "ufficiali" vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente (da vari studi dal 10% al 18% sui regolari). Altro elemento di eterogeneità quindi è anche il diverso status giuridico (grossolanamente regolare versus irregolare o clandestino) che spesso attribuisce giudizi etici (regolari "buoni", irregolari "cattivi") a persone costrette a subire scelte politiche che allargano o restringono le possibilità di presenza legale: in realtà legali ed illegali sono le stesse persone, sono gli stessi immigrati in rapporto al nostro momento di osservazione, prima o dopo una regolarizzazione (provvedimento per far emergere l'irregolarità sommersa). Con le 5 regolarizzazioni (sanatorie) dal 1986 al 2002 si sono "sanati" oltre 1.600.000 immigrati, oltre un milione sono i "regolarizzati" (termine improprio poiché non si trattava di regolarizzazioni ma di "chiamate nominative") con gli ultimi decreti flussi: possiamo a ragione affermare che la maggioranza degli immigrati regolari oggi hanno avuto direttamente o indirettamente (perché familiari ricongiunti o figli) una storia di irregolarità giuridica subita e non voluta. Non giustifichiamo certamente la clandestinità, condizione da prevenire ed a cui opporsi perché espone a diversi rischi chi la subisce, ma la vogliamo correlare a politiche di accoglienza ed integrazione spesso deboli ed incerte.

Negli anni '90 il processo di radicamento è stato molto incisivo e la popolazione con almeno 5 anni di soggiorno è passata da un terzo a più della metà. All'inizio del 2001, secondo una verifica effettuata dall'ISTAT, il 10% degli immigrati viveva in Italia da più di 15 anni, il 26% da più di 10 anni e il 54% da più di 5 anni. Le persone coniugate alla fine del 2002 hanno superato la maggioranza assoluta delle presenze (51,8%), includendo in questo calcolo quelli con e senza prole. I minori secondo stime hanno superato le 770.000 unità (450.000 nati in Italia) e la stragrande maggioranza sono iscritti a scuola nell'attuale anno scolastico: 1 su ogni 15 studenti. Considerando quindi i dati riferiti ed in particolare che oltre il 97% del totale dei permessi di soggiorno è a carattere stabile, il fenomeno migratorio si caratterizza sempre più non come qualche cosa di provvisorio ed estemporaneo, ma ormai come componente strutturale del tessuto sociale, economico e culturale del nostro paese. La presenza di famiglie ricongiunte inoltre, fa sì che si passi da una condizione di tendenziale invisibilità sociale ad una relazione più intensa con il paese d'accoglienza, imponendo un rapporto più serrato tra le culture.

Per quanto scritto, l'immigrazione è vista dai più come una necessità: economica e produttiva, sociale e demografica. A noi piace sottolineare un'altra necessità che ci fa ben disporre all'arrivo ed alla stabilizzazione di cittadini di altri paesi: è la necessità di innestare nella nostra cultura stimoli, entusiasmi, concezioni della vita, spessore storico, tradizioni e aspettative di altri contesti culturali e sociali. L'immigrazione in Italia non è solo numeri, dati e statistiche: è culture che si incontrano, che si fecondano più o meno consapevolmente, dando vita ad un meticcio culturale che probabilmente solo i nostri figli o nipoti vivranno pienamente e che non può che produrre, come costantemente è successo nella storia, i passi avanti di una umanità da sempre in cammino.

In questo senso riteniamo opportuno che avvenga il passaggio alla **reciprocità** nell'incontro con l'immigrato e, nell'ambito sanitario, con il "paziente immigrato": il medico, l'operatore sanitario non più attore unico del percorso di salute, ma recettivo di

saperi e valori altrui, dove l'alterità diventa patrimonio condiviso per una crescita comune. Dove "donare e ricevere" sono aspetti di reciprocità, ma anche di una comune umanità.

Appare stridente parlare di ciò in un momento in cui le politiche sull'immigrazione sono al centro di un aspro dibattito politico e sociale e quando lo stesso diritto all'assistenza sanitaria viene messo in discussione. Da poco più di 10 anni, l'Italia ha definito delle chiare politiche per garantire l'accesso e la fruibilità delle prestazioni sanitarie ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale. Dal 1998, con il Testo unico sull'immigrazione e con gli atti ad esso conseguenti - nello specifico sanitario è da segnalare una corposa Circolare ministeriale datata 24 marzo 2000 e pubblicata su G.U. n. 126 Serie generale del 1 giugno 2000 - e con le indicazioni contenute nelle ultime tre edizioni del Piano sanitario nazionale (Psn) si è evidenziata una politica sanitaria estremamente attenta e pragmatica. Si è così definita l'inclusione a pieno titolo degli immigrati in condizione di regolarità giuridica nel sistema di diritti e doveri per quanto attiene all'assistenza sanitaria a parità di condizioni ed a pari opportunità con il cittadino italiano: sono stati rimossi alcuni requisiti che nel passato erano ostativi (la residenza, il limite temporale, le aliquote diversificate per l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale - Ssn, ...) ed introdotti principi di equità (obbligatorietà estesa all'iscrizione al di là del perfezionamento formale delle pratiche, esenzione per situazioni di maggior disagio: richiedenti asilo, detenuti, ...). Il diritto all'assistenza è stato esteso per legge anche a coloro presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica e clandestinità (decreti legge prima e ordinanze ministeriali poi avevano introdotto e sostenuto tale norma dal 1995), garantendo loro oltre le cure urgenti anche quelle essenziali, continuative ed i programmi di medicina preventiva in una logica solidaristica, di cui è permeato ad oggi il nostro sistema sanitario, ma anche in termini di tutela della collettività e di prevenzione della comunità che passa necessariamente dalla promozione della salute individuale indipendentemente dalla status giuridico, sociale e culturale.

Ma la stagione inaugurata alla fine degli anni novanta caratterizzata da una politica sanitaria coraggiosa e innovativa (l'Italia è stata prima in Europa a prevedere percorsi inclusivi per l'intera popolazione immigrata presente a qualunque titolo), si è impattata con una crisi politica, sociale ed etica che ha sull'immigrazione un aspro terreno di scontro.

Poco prima dell'estate 2008, man mano che in Italia si accendeva il dibattito sulla sicurezza, all'attenzione della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) sono giunti diversi *quesiti* sulle nuove norme sulla sicurezza (in particolare sull'effetto in sanità del "reato" di clandestinità) e *segnalazioni* circa la difficoltà di accesso all'assistenza sanitaria da parte degli stranieri irregolari e "clandestini". Infatti il clima di "criminalizzazione" degli immigrati, con riferimento a quelli presenti in Italia non in regola con le norme del soggiorno, ha immediatamente prodotto una significativa riduzione degli accessi negli ambulatori dedicati e nelle strutture sanitarie in genere, con un gradiente Nord-Sud (un ambulatorio di Brescia ha segnalato oltre il 50% in meno rispetto all'utenza aspettata), creando, di fatto, danni per la salute degli immigrati stessi. Infatti, tutto ciò è accaduto non perchè siano diminuiti tali stranieri, ma per il clima di sospetto e paura creatosi con ripercussioni gravissime anche sulla collettività: pensiamo alle "badanti" che non si rivolgono al medico o immigrati che vanno a lavorare in

condizioni precarie di salute, o che vivono in condizioni di promiscuità con altri immigrati in regola o con italiani in condizione di fragilità sociale... Gli appelli diffusi di rassicurazione non sono serviti a nulla anzi, durante l'estate, ci sono stati alcuni casi di denuncia impropria da parte del personale sanitario nei confronti di stranieri illegali che hanno richiesto prestazioni sanitarie (a Treviso ed in Puglia), contravvenendo arbitrariamente le disposizioni legislative attuali. Il clima è diventato particolarmente pesante quando nell'ambito della discussione in Senato del cosiddetto "Pacchetto Sicurezza" (atto 733), in commissione congiunta Giustizia ed Affari Costituzionali, è stato depositato da alcuni senatori della Lega Nord un emendamento che mina radicalmente uno dei principi base della politica sanitaria nei confronti dei cittadini stranieri nel nostro paese e cioè la garanzia di accessibilità ai servizi per la componente irregolare e clandestina. Erano previste due modifiche al comma 4 e comma 6 e l'abrogazione del comma 5 dell'articolo 35 del Decreto Legislativo 286 del 1998 (Testo Unico sull'immigrazione). Successivamente l'emendamento è stato prima ritirato in Commissione, ma poi ripresentato in aula diviso in due (modifica al comma 6 e abrogazione del comma 5). Partiamo dal comma 5, la cui cancellazione è di estrema gravità: esso infatti attualmente prevede che *"l'accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere, sia territoriali) da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano"*. Come abbiamo visto questa disposizione normativa è presente nell'ordinamento italiano già dal 1995, attraverso l'art. 13, proposto da una vasta area della società civile, del decreto legge n. 489/95, più volte reiterato, voluto ed approvato dal centro destra anche con i voti della Lega. La "logica" della norma non è solo quella di "aiutare/curare l'immigrato irregolare" (per altro deontologicamente assolutamente corretta!), ma in particolare di tutelare la collettività come prevede l'articolo 32 della Costituzione; il rischio di segnalazione e/o denuncia contestuale alla prestazione sanitaria, creerebbe una barriera insormontabile per l'accesso e spingerebbe ad una "clandestinità sanitaria", pericolosa per l'individuo ma anche per la popolazione laddove possano esserci malattie trasmissibili. Ormai esiste una significativa documentazione sul tema, compresa la posizione della Federazione degli ordini dei medici italiani, di alcune Società scientifiche e dei Ministri della sanità europei, che sottolineano l'indispensabilità di questa impostazione per garantire concretamente la salute per tutti (è assolutamente intuitivo come le malattie non facciano distinzione di etnia, status giuridico o colore della pelle). L'effetto della cancellazione di questo comma vanificherebbe il lavoro fatto negli ultimi 13 anni e che ha prodotto importanti successi nell'ambito sanitario tra gli immigrati, come testimoniato ad esempio dalla riduzione dei tassi di Aids, dalla stabilizzazione di quelli relativi alla Tuberculosis, dalla riduzione degli esiti sfavorevoli negli indicatori materno infantili (basso peso alla nascita, mortalità perinatale e neonatale ...). E tutto questo con evidente effetto sul contenimento dei costi, in quanto l'utilizzo tempestivo e appropriato dei servizi (quando non sia impedito da problemi di accessibilità) si dimostra non solo più efficace, ma anche più "efficiente" in termini di economia sanitaria. La modifica al comma 4 introduce un rischio di discrezionalità che amplificherebbe la difficoltà di accesso, facendo della "barriera economica" e dell'eventuale segnalazione (in netta contrapposizione al mandato costituzionale di "cure

gratuite agli indigenti”) un possibile strumento di esclusione, forse compromettendo la stessa erogazione delle prestazioni.

In una puntuale nota la SIMM ha specificato come tale provvedimento sia inutile e dannoso perchè:

- spingerà all'incistamento sociale, rendendo invisibile una popolazione che sfuggirà ad ogni forma di tutela sanitaria e di contatto sociale legittimo;
- potrà produrre percorsi sanitari ed organizzazioni sanitarie parallele al di fuori dei sistemi di controllo e di verifica della sanità pubblica (rischio di aborti clandestini, gravidanze non tutelate, minori non assistiti, ...);
- creerà condizioni di salute particolarmente gravi poiché gli stranieri non accederanno ai servizi se non in situazioni di urgenza indifferibile;
- avrà ripercussione sulla salute collettiva con il rischio di diffusione di eventuali focolai di malattie trasmissibili a causa dei ritardi negli interventi e la probabile irreperibilità dei destinatari di interventi di prevenzione;
- produrrà un significativo aumento dei costi in quanto comunque le prestazioni di pronto soccorso dovranno essere garantite e le condizioni di arrivo saranno significativamente più gravi e necessiteranno di interventi più complessi e prolungati;
- spingerà molti operatori ad una “disobbedienza civile” per il primato di scelte etiche e deontologiche.

Con la SIMM, riteniamo anche estremamente pericoloso il provvedimento, poiché soprattutto in un momento di trasformazione sociale e di sofferenza economica, questo atto va ad intaccare il cosiddetto “capitale sociale” della società (contrasto tra italiani e stranieri, diritti negati e nascosti, radicale differenza nella *vision* dell'approccio professionale) che una significativa letteratura scientifica definisce condizione per una deriva nel conflitto sociale (le cui prime avvisaglie stiamo già vivendo negli ultimi tempi). La nota della SIMM si conclude con un appello affinché piuttosto che logiche di partito prevalga, alla luce delle evidenze tecnico scientifiche e di consolidate politiche sanitarie, un approccio intelligente e concreto di sanità pubblica come è già avvenuto nel 1995. L'appello è stato accolto da molti parlamentari, dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, da diverse Società Scientifiche e da una vasta area della società civile. Il 5 febbraio 2009 il Senato approva di fatto entrambi gli emendamenti e, alla vigilia del dibattito alla Camera, non sappiamo se prevarrà il buon senso o l'arroganza di un approccio alla sanità pubblica ideologizzato e sterile che forse drenerà qualche consenso in più ma farà del male all'intera comunità nazionale. Infatti una visione pluridimensionale della promozione della salute degli immigrati non può ignorare l'elemento della “permeabilità” dei servizi, come questione determinante per garantire percorsi di tutela sanitaria specifici nell'ambito di una più generale funzione di *advocacy* e di contrasto alle diseguaglianze da parte del Servizio Sanitario Nazionale. Ciò, come si legge nelle conclusioni della Conferenza Europea “Health and Migration in the UE: better Health for all in an inclusive society” promossa dalla Presidenza del Consiglio d'Europa (Lisbona, 27 e 28 settembre 2007), è da attuarsi necessariamente all'interno di

un'azione politica e sociale ad ampio spettro che includa: accoglienza, inserimento, casa, lavoro, diritti costituzionali in genere.

Quando iniziammo ad occuparci di immigrati non potevamo prevedere come questa “nuova utenza” dei nostri servizi, potesse incidere in modo significativo in processi di cambiamento sia a livello individuale/professionale, sia in termini di sanità pubblica nella nostra società, ma la consapevolezza di essere su un crinale della storia, della nostra storia, della storia di tante donne e tanti uomini che con la loro professionalità di medici, infermieri, operatori sociali e sanitari in questi anni impegnati in prima persona per garantire il diritto all'assistenza sanitaria, alla storia di tante donne, uomini e bambini immigrati nel nostro paese, ci fa pensare, comunque, al domani in modo positivo. Le politiche possono dettare cambiamenti, possono accogliere o respingere, includere o escludere ma la storia, la nostra storia, ha già prodotto un incontro. Da quel gruppetto sparuto di medici ed operatori sanitari che circa 30 anni fa ha istituito ambulatori di strada, tracciato percorsi, intuito cambiamenti; da una piccola società scientifica, la SIMM, che comunque con costanza e competenza ha prodotto proposte e sollecitato risposte, oggi molti più operatori sociali e sanitari, italiani e stranieri, del settore pubblico e del privato sociale, in tante parti d'Italia, stanno lentamente tracciando un altro tassello di quel processo di meticciamento della nostra società che inesorabilmente ci trasforma.

Abdelmalek Sayad nel saggio “La doppia assenza. Dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato”, scrive: *“Abitualmente si parla di funzione specchio dell'immigrazione, cioè dell'occasione privilegiata che essa costituisce per rendere palese ciò che è latente nella costruzione e nel funzionamento di un ordine sociale, per smascherare ciò che è mascherato, per rivelare ciò che si ha interesse a ignorare e lasciare in uno stato di “innocenza” o ignoranza sociale, per portare alla luce o ingrandire (ecco la funzione specchio) ciò che abitualmente è nascosto nell'inconscio sociale ed è perciò votato a rimanere nell'ombra, allo stato di segreto o non pensato sociale”.*

Nella funzione di specchio che l'immigrazione ci costringe, ritroviamo le nostre debolezze ma anche le motivazioni ad essere protagonisti di ciò che, a buon ragione, possiamo definire reali percorsi di sanità pubblica e del diritto alla salute “senza nessuna esclusione”.

Bibliografia essenziale

- Bigot Giulia, Russo Maria Laura: Come nasce una politica: gli attori, i processi. In “Una rete per la salute degli immigrati. La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) ed i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS)” a cura di Salvatore Geraci. Nuova Anterem, Roma, 2007, 7:15
- Caritas e Migrantes: Dossier Statistico Immigrazione (vari anni). Roma, edizione Nuova Anterem, vari anni
- Conferenza dei Ministri Europei della Salute (ottava): Dichiarazione di Bratislava sulla salute, i diritti umani e le migrazioni. Bratislava, 22 e 23 novembre 2007
- Costa Giuseppe, Faggiano Fabrizio: L'equità nella salute e la programmazione sanitaria. In: Geddes Marco e Berlinguer Giovanni Eds. La salute in Italia. Rapporto 1998. Roma, EDIESSE, 1998: 261-278
- Geraci Salvatore: La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. In Studi Emigrazione. Centro Studi Emigrazione, Roma, anno XLII, marzo 2005, n. 157, Roma, 2005, pp. 53:74

- Geraci Salvatore: Salute e immigrati in Italia: non più esclusi ma ancora “fragili”. In *Immigrazione Dossier Statistico 2003. XIII Rapporto sull’immigrazione – Caritas/Migrantes*. Nuova Anterem, 2003; 183:192
- Geraci Salvatore: Esclusione, fragilità sociale e reciprocità: un percorso da compiere. In *Atti VIII Consensus Conference sull’immigrazione. VI Congresso nazionale SIMM*. Lampedusa (Ag), 2004 – 6:9
- Geraci Salvatore: Idea: e se tagliassimo i servizi agli immigrati?. In *Janus. Medicina: cultura, culture*. N. 31, autunno 2008, Zadig editore, Roma, 2008: 64:69
- Geraci Salvatore: il diritto all’assistenza sanitaria per gli immigrati. In *Sanità pubblica in una società multi-etnica*. (a cura di S. Spinsanti. I quaderni di Janus. Zadig editore, Roma, 2008; 57:90
- Geraci Salvatore: Le politiche socio-sanitarie per gli immigrati in Italia: storia di un percorso. In *Salute e Società. Immigrazione e politiche socio-sanitarie*. A cura di Cinzia Conti e Giovanni B. Sgritta. Anno III – 2/2004. FrancoAngeli, Milano, giugno 2004 – 21:34
- Marceca Maurizio: L’assistenza sanitaria agli immigrati: quadro normativo e politiche sanitarie emergenti. *L’Arco di Giano* 1999; 22: 27-35 8
- Marceca Maurizio: Immigrazione, un’occasione per riorientare i servizi. *Quaderni della Professione. Medicina, scienza, etica e società*. Trimestrale della Federazione Nazionale Ordini Medici Chirurghi e Odontoiatri 2008; 2 – 201:205
- Marceca Maurizio: La salute degli stranieri tra fatti, contraddizioni e cambiamenti. In: *Fondazione ISMU – Iniziative e Studi sulla Multi-etnicità*. “Tredicesimo rapporto sulle migrazioni 2007”. Milano, FrancoAngeli, 2008; 149:164
- Martino Ardigò, Geraci Salvatore, Marceca Maurizio: Fenomeni migratori e disuguaglianze in salute. Un approccio ragionato alla letteratura internazionale come chiave per migliorare l’appropriatezza degli interventi italiani. In *Atti IX Consensus Conference sull’immigrazione. VII Congresso nazionale SIMM*. Palermo, 2006; 101:108
- Presidenza del Consiglio d’Europa: Conclusioni e Raccomandazioni della Conferenza Europea “Health and Migration in the UE. Better Health for all in an inclusive society”. Lisbona, 27 e 28 settembre 2007
- World Health Organization, International Organization for Migration, Centers for Disease Control: *Health and Migration: bridging the gap*. WHO, Geneva, 2005

Per la discussione sul “pacchetto sicurezza” vedi www.simmweb.it

Etica dei trapianti

Sandro Spinsanti

- *La marcia trionfale della medicina dei trapianti*

Chi concepisce lo sviluppo della medicina come un itinerario in progressione continua, dove gli ostacoli apparentemente insormontabili vengono abbattuti l'uno dopo l'altro, con realizzazioni sempre più audaci e spettacolari, trova nella storia dei trapianti d'organo un'illustrazione particolarmente adatta alla tesi. Fino al 1959, ad esempio, il trapianto tra gemelli identici sembrava l'unico possibile nell'uomo. Tutti i trapianti allogenici di rene precedenti a quella data erano terminati con un insuccesso, a causa della reazione immunologica del ricevente, nota come "rigetto". Nel 1959 furono realizzati due trapianti di reni tra falsi gemelli, uno a Boston, l'altro a Parigi. L'altra data fatidica è il 1967, quando un oscuro chirurgo di un ospedale sudafricano, Christian Barnard, realizzava il primo trapianto cardiaco. Da allora i trapianti hanno conquistato la prima pagina dei giornali e non hanno più abbandonato questo primato di notorietà.

L'esito precario dei primi tentativi non impedì che il fenomeno dei trapianti assumesse fin dall'inizio le caratteristiche che dovevano poi accompagnarne anche in seguito: risonanze emotive profonde e vasta ripercussione nell'opinione pubblica; dibattito appassionato, all'interno dell'ampio spettro delle opinioni, sulla liceità morale e sulle risonanze sociali ed economiche delle pratiche; "vedettismo" esasperato dei protagonisti - chirurghi, malati, familiari - presi nell'ingranaggio sensazionalistico dei mass media.

Lo schema del progresso medico lineare è particolarmente adatto a suscitare rifiuti o adesioni aprioristiche, a seconda del diverso atteggiamento nei confronti dell'ideologia del progresso. Chi si aspetta da quest'ultimo, inteso come un susseguirsi di nuove conoscenze scientifiche e capacità tecniche, la risposta ai mali dell'umanità, avrà una reazione diversa da chi guarda al progresso con diffidenza, considerandolo una minaccia alla sapienza rispecchiata dalla tradizione. «Sono convinto - scriveva Keith Reemtsma all'inizio delle violente polemiche sui trapianti - che il primo uomo delle caverne ad aver trapanato un cranio fu violentemente criticato per il suo tentativo di operazione inedita senza sperimentazioni animali prelieve e coincidenti, e accusato di aver abbandonato il trattamento medico abituale di piume di gufo polverizzate, d'aver goduto di una troppa ampia pubblicità e dilapidato i fondi pubblici rifiutando di adottare il trattamento di collane di denti di tigre, di essersi immischiato nei disegni misteriosi del Grande Spirito, e soprattutto, è ovvio, d'aver prolungato la vita di un individuo inadatto, e con ciò d'aver messo a repentaglio l'avvenire della razza Cro-Magnon». Sotto la deformazione della satira, sono riconoscibili i principali problemi dibattuti a ogni svolta della vicenda dei trapianti.

Il rischio medico, in primo luogo. Anche se l'introduzione della ciclosporina nel trattamento ha reso possibile il controllo del fenomeno del rigetto, i successi continuano a essere pagati con un'alta quota di fallimenti. La questione della liceità morale del trapianto in condizioni di rischio è ovviamente acuta quando si tratta del dono d'un organo da parte di un vivente, minima invece nell'impianto di un organo tratto da un cadavere, quando il trapianto è l'unica *chance* di sopravvivenza che si può offrire al

malato.

Per alcuni l'interrogativo della liceità si pone anche nel caso del trapianto da un animale in un essere umano. Il dibattito è divampato per *Baby Fae*, la bambina neonata il cui cuore è stato sostituito con quello di un babuino. La morte del "donatore", in questo caso necessaria e procurata, non è apparsa eticamente giustificabile a quanti hanno maturato nei confronti degli animali un atteggiamento diverso da quello della prospettiva che li considera unicamente come materiale biologico a servizio dell'uomo. Le riserve, in particolare, erano acuite dal fatto che in trapianti di questo genere il carattere sperimentale predomina su quello clinico. Ambedue gli aspetti problematici dei trapianti sono oggi argomento di dibattito a proposito degli *xenotrapianti* (utilizzo di animali geneticamente modificati per trapiantare organi all'uomo): si nutrono dubbi sulla sicurezza di questa pratica per la specie umana e per alcuni è inaccettabile eticamente la prospettiva che considera gli animali come cava di organi per gli esseri umani.

In ambito medico l'assunzione del rischio e l'audacia dell'intervento non sono incompatibili con l'ethos del sanitario. Se si fosse atteso che il problema della tolleranza degli innesti fosse stato preliminarmente risolto, non saremmo pervenuti alle conoscenze attuali, superiori a quelle acquisibili per mezzo della ricerca biologica fondamentale. Il corretto procedimento richiede che il malato sia informato dei rischi e delle *chances*. Di fronte alla prospettiva di una morte imminente e certa, molti malati acconsentono a un trattamento sperimentale, anzi lo sollecitano. Il loro consenso ha il carattere di un'ultima mossa nella partita a scacchi contro la morte, con la speranza che, anche se risulterà perdente, le conoscenze acquisite andranno a beneficio di altri malati.

Anche il problema dei costi è stato puntualmente sollevato a ogni tappa dello sviluppo della pratica dei trapianti. L'accento messo dai mass media sull'aspetto umanitario dell'intervento non riesce a tacitare chi si ostina a chiedere i conti. Una politica sanitaria responsabile deve affrontare una programmazione che sappia scegliere tra medicina di punta e investimenti sulla prevenzione.

Non va dimenticata, infine, la dimensione antropologica del dibattito. La pratica dei trapianti ha investito in senso demitizzante organi dotati di alta valenza simbolica. Il cuore, ad esempio, da simbolo dell'affettività e della dimensione di profondità della persona è stato ridotto alla funzione di pompa che va sostituita quando è difettosa: come un pezzo di ricambio di un qualsiasi elettrodomestico. Una forte reazione alla febbre dei trapianti è alimentata dal timore di vedere l'essere umano ridotto a una macchina che si può smontare e rimontare a piacere. Oltre ai trapianti di organo - cuore, reni, fegato, pancreas, midollo e altri tessuti - la tecnologia biomedica ha reso disponibile una quantità di organi artificiali: dal cristallino di plastica per i malati di cataratta al cuore metallico a batteria, dagli arti elettronici alla pelle di poliuretano.

Gli interrogativi più inquietanti sorgono proprio nella prospettiva che la pratica dei trapianti e degli organi artificiali di sostituzione debba avere successo e diffondersi a percentuali sempre più rilevanti della popolazione. Ha tutti i tratti di un'utopia negativa immaginare un giorno in cui l'umanità sia costituita da una maggioranza di persone con organi trapiantati o artificiali, a sostituzione dei propri, malati o usurati, ma con il cervello senile. Oltre alla questione dei mezzi finanziari per sostenere una tale impresa, sorge un interrogativo più fondamentale: è desiderabile un tale obiettivo per l'umanità stessa? La battaglia contro la morte condurrebbe a una vittoria molto discutibile, in

quanto il prodotto di rappesamenti sarebbe piuttosto simile a una caricatura di essere umano. Il rapporto costi-benefici dovrebbe essere denunciato come sbilanciato, più che in senso economico, in senso antropologico.

- *La società si interroga*

Parallelamente alla normalizzazione della pratica dei trapianti - nel giro di pochissimi anni un intervento di natura tanto audace da meritare di essere catalogato tra i “miracoli” laici della moderna tecnologia biomedica ha perso il carattere di sperimentazione ed è diventato routine - la società veniva confrontata con problemi nuovi. Non si trattava più di trovare una legittimazione morale ai trapianti, ma di affrontare gli aspetti organizzativi che ne derivano.

Secondo il suggerimento autorevole di J. Hors, segretario nazionale di France Transplant (Hors, 1995), possiamo suddividere il capitolo dei trapianti nella storia della medicina in tre ere. Se consideriamo, infatti, il rapporto che i trapianti di organo hanno con la società, si può rilevare uno svolgimento ciclico ricorrente, qualunque sia l'organo o il paese. In una prima fase - che potremmo chiamare l'era dei pionieri - l'immagine dei trapianti che si riflette attraverso i media e i sondaggi d'opinione è esaltante; l'opinione pubblica risponde con la meraviglia per la padronanza della tecnica e ricolma di lodi i medici che si dedicano ai trapianti. Dal punto di vista organizzativo, la priorità assoluta va ad assicurare la diagnosi di morte cerebrale 24 ore su 24. In questo stadio le regole per la ripartizione degli organi sono rudimentali.

La fase successiva è l'era dei coordinatori. Dopo che il trapianto di organi è diventato un intervento terapeutico di routine, la preoccupazione si sposta sull'organizzazione. Là dove questa ha successo, la pratica dei trapianti conosce uno sviluppo esponenziale. È quanto avviene negli anni '80, fino ai primi anni '90. Un ruolo centrale spetta al coordinatore: sia nell'informazione rivolta al grande pubblico e ai medici, sia nella verifica dei dispositivi di prelievo nei centri autorizzati, sia infine nella preparazione di nuovi centri. In questa fase dello sviluppo le legislazioni europee cominciano a dare risposte normative, pur divergendo nelle condizioni poste per autorizzare i prelievi e nel ruolo da attribuire alla famiglia e al consenso al trapianto.

La terza era - sempre seguendo la periodizzazione proposta da J. Hors - è quella del cittadino. L'atteggiamento del grande pubblico ha cominciato a modificarsi. Oltre a un bisogno di sicurezza, che si traduce nella richiesta di conoscere i rischi di contrarre malattie infettive con il trapianto d'organo o di un tessuto, due altri bisogni si impongono in questa fase: quello della trasparenza e il bisogno di un'etica universale. La trasparenza è richiesta soprattutto nei criteri di allocazione degli organi. La disperazione dei malati posti in lunghe liste d'attesa - anche più di 10 anni per avere il trapianto di un rene - nutre il sospetto circa la scelta dei donatori. L'euforia filantropica propria dell'era dei pionieri cede il posto ad atteggiamenti di esplicita xenofobia: non si vogliono privilegiare i non residenti o, per quanto riguarda l'Italia, i cittadini di quelle regioni che si dimostrano totalmente insensibili al reperimento degli organi.

Un altro punto caldo del dibattito è diventato quello dell'etica sottostante alla pratica dei trapianti. Mentre le associazioni dei donatori continuano a proporre l'ideale di un dono gratuito, anonimo e liberamente consentito, la società deve affrontare il pratico diffondersi di un mercantilismo che si affianca al modello della gratuità: gli organi

vengono venduti e comprati, in transazioni che superano i confini nazionali e coinvolgono donatori viventi spinti dalla miseria a vendere un organo per sopravvivere. Nello stesso tempo si fanno sentire voci di protesta di cittadini che giudicano la pratica dei trapianti inaccettabile da un punto di vista sia antropologico (dissenso sul criterio cerebrale nel riconoscimento della morte), sia etico. Si veda in Italia, in tal senso, le vivaci battaglie condotte dalla “Lega contro la predazione degli organi”.

Nel nostro Paese l'era del cittadino è particolarmente turbolenta. Ciò spiega in buona parte il lungo travaglio che è stato necessario per raggiungere un consenso sulle modifiche da apportare alla legge del 1975, ritenuta unanimemente superata; tuttavia fino al 1999 non si è riusciti a varare una nuova legge. L'opinione pubblica sembra aver abbandonato l'entusiasmo degli inizi ed esprimere sempre maggiori riserve. L'inversione di segno nell'opinione pubblica è stata influenzata soprattutto dalle notizie relative a comportamenti condannabili dal punto di vista morale: commercio di organi, prelievi non autorizzati, addirittura omicidi perpetrati per avere “pezzi d'uomo di ricambio”.

Quante di queste notizie sono fondate e attendibili? Quanto va, invece, addebitato alla fiorente fabbrica delle “leggende metropolitane”, quelle storie false ma verosimili che si diffondono a macchia d'olio tra la gente, senza possibilità di esercitare su di esse un controllo? Coloro che per mestiere devono fornire le informazioni, nei giornali o alla televisione, molto spesso non sono d'aiuto per rispondere a queste domande. I trapianti hanno cattiva stampa, nel duplice significato dell'espressione: se ne parla male, se ne parla in modo incompetente. Giornalisti e conduttori televisivi non si impegnano a riportare il discorso sulla terra ferma dei fatti e della ragione. Rimestano nelle emozioni, aggiungendo tocchi di colore. Si diffonde così presso il pubblico - che in Italia non ha mai brillato per il grado d'informazione scientifica - un'immagine grossolana delle pratiche dei trapianti. Il coma viene confuso con la morte cerebrale. Si accredita la fantasia di pratiche di prelievo di organi fatte artigianalmente nelle camere mortuarie, quando invece proprio la tecnologia richiesta impedisce la clandestinità.

Cresce così la diffidenza verso ogni forma di trapianto. I medici che li eseguono sentono aumentare il malessere attorno a sé, quasi fossero dediti a un'attività riprovevole. Non li circonda più l'aureola dei tempi dei pionieri. La disponibilità a donare organi decresce. L'Italia è in Europa il Paese con minor numero di donazioni, seguita solo dalla Grecia. Il futuro è ancor più nero, in quanto non si avverte un'inversione di tendenza e i Paesi europei ai quali eravamo soliti rivolgerci per i trapianti hanno dichiarato che non sono più disponibili a fornirci organi, in assenza di un impegno da parte nostra a favore delle donazioni.

- *La cultura del dono*

Il dibattito intorno ai trapianti di organo ha avuto il merito di portare in piena evidenza i valori positivi sottesi a questa pratica. L'incapacità dell'etica medica tradizionale di giustificare, con i suoi principi, il prelievo di un organo da donatore vivente ha provocato un ampliamento di orizzonte. L'intervento chirurgico era ipotizzato in passato solo a favore di colui che lo affrontava, e giustificato in ragione del vantaggio per la salute che ne riceveva. Sempre in questa prospettiva, era considerata lecita anche una mutilazione, purché ne risultasse un beneficio per l'individuo come totalità psico-organica. In questo caso non è più considerato un arbitrario atto dispositivo del proprio corpo, ma acquista

un valore terapeutico.

Che valenza terapeutica può avere l'espianto di un proprio rene sano, a beneficio di un congiunto che ha i propri irrimediabilmente malati? L'esitazione dei moralisti ad accettare la legittimità del dono da un vivente di un organo doppio - quella di un organo dispari, essenziale per la vita o per la salute, non è stata mai presa in considerazione, perché presupporrebbe il suicidio del donatore -, non è senza fondamento. Per l'etica medica tradizionale la cura dell'integrità della propria vita fisica impone che non si disponga del proprio corredo biologico in modo autolesionistico, provocando un danno grave o una deformazione indelebile al proprio corpo (riserve di questo genere non esistono ovviamente per il dono del sangue, che si rigenera). Perché la rinuncia a un organo prezioso come il rene, implicante una limitazione irreversibile in colui che se ne priva, possa essere giustificata, bisogna andare oltre il principio dell'integrità personale e accedere a una dimensione in cui l'orientamento al bene dell'altro determina la moralità dell'azione. In questo caso al principio della difesa della propria integrità si sostituisce il principio di carità, come ispiratore di un comportamento nobile e altruista.

Affinché il trapianto di organi avvenga in un contesto di alta ispirazione ideale, bisogna che la pratica sia preservata da ciò che può inquinare la nobiltà; è necessario inoltre, positivamente, che sia promossa una cultura del dono. Riguardo al primo aspetto, l'imperativo fondamentale è quello di evitare ogni commercializzazione degli organi. È un problema che non si pone nel nostro Paese, dove la legge vieta una tale compravendita. La legge n. 458 del 1967, relativa ai trapianti di rene da vivente, cita esplicitamente come condizione che avvenga «a titolo gratuito». In altri Paesi, come negli Stati Uniti, in assenza di una norma legislativa di questo tenore, avvengono domande e offerte relative a organi da trapiantare, nonché al sangue per le trasfusioni. Un commercio di questo genere appare turpe alla nostra sensibilità, in quanto necessariamente fondato sullo sfruttamento della miseria abbinata alla disperazione.

La clausola della gratuità è moralmente obbligatoria anche nel caso di trapianto da cadavere. Le associazioni finalizzate a promuovere una cultura della donazione - prima tra tutte in Italia l'Aido: Associazione italiana donatori d'organi - mettono esplicitamente in evidenza il senso di solidarietà a favore dei malati che hanno bisogno di organi da cadavere per poter sopravvivere. Debitamente informate ed educate, molte persone si rendono conto dell'utilità del proprio organismo, o di sue parti, anche dopo la morte. Anche genitori straziati per la morte di un figlio trovano una qualche consolazione nella prospettiva che almeno un suo organo sia determinante per la vita di un'altra persona.

L'etica dei trapianti ha enfatizzato la cultura del dono, quale ispirazione morale, ma ha poco approfondito la natura antropologica del dono stesso. Nel dono si riflettono alcuni tratti di quella complessa rete di rapporti che costituisce la società. È quanto osservò l'antropologo culturale e sociologo Marcel Mauss in un celebre scritto apparso nel 1923: *Saggio sul dono: forma e motivi dello scambio nelle società arcaiche*. Il contributo di Mauss ha una forma che è sembrata quasi definitiva, tanto che pochi studiosi hanno ripreso l'argomento. C'è da segnalare, all'inizio degli anni '70, la riflessione di Titmus, riferita soprattutto al dono del sangue (Titmus, 1971). Più di recente ha rivisitato il tema del dono il sociologo francese Jacques Godbout, in un'opera imponente: *Lo spirito del dono* (Godbout, 1993).

A suo avviso, il dono è una categoria che ci permette di capire il funzionamento non solo delle società arcaiche, ma anche di quella contemporanea. Il punto di partenza di questa riflessione è fornito dalle conclusioni di Mauss, secondo il quale nelle società arcaiche il dono ha la funzione di “fatto sociale totale”: esso mette in moto la totalità delle società e delle sue istituzioni. Il dono è espressione dello scambio sociale e costituisce la precondizione perché una società sia possibile.

La fenomenologia delle nostre società è ovviamente diversa. La solidarietà allargata si esprime in altre forme rispetto a quelle riscontrabili nei raggruppamenti sociali arcaici; le moderne democrazie, ad esempio, hanno risposto ai bisogni di salute, sicurezza e assistenza attraverso la creazione del *welfare state*. Tuttavia il dono - inteso in senso ampio, non solo come regalo, ma includendo anche ogni bene e servizio - continua a rimanere centrale anche nell'organizzazione della società.

La principale differenza tra il dono arcaico e quello che esprime il principio della redistribuzione universalistica dei beni nelle nostre società è che il nostro è un dono senza destinatario. Lo stato sociale non distribuisce i beni nel modo in cui essi circolano nelle società primarie (di cui la famiglia è l'istituzione centrale). La solidarietà moderna accentua la separatezza, l'indipendenza degli attori sociali. Nella redistribuzione dei beni promossa dallo Stato, gli individui sono sottratti dal sistema di interdipendenza che vige nelle reti che nascono dai legami primari: la solidarietà che lega i cittadini nello stato sociale è diversa da quella che vige all'interno di una tribù o di una famiglia; essa presuppone tra loro una "estraneità" analoga a quella che regola i rapporti tra sconosciuti.

Tenendo presente lo scenario dello stato sociale, che costituisce una novità nell'organizzazione della convivenza, possiamo affermare che la circolazione dei beni e servizi contribuisce al legame tra gli individui nella società in tre modi diversi e inconfondibili (cfr. Di Nicola, 1994). C'è la modalità del *sistema reciprocità-dono*, che vediamo realizzato nelle società arcaiche e permane sempre attuale nella famiglia. Esso si fonda sul principio che il dono crea il debito in colui che lo riceve; beni e servizi nella loro circolazione legano le persone direttamente le une alle altre. All'estremo opposto troviamo *il mercato*, in cui i beni circolano indipendentemente dal legame tra le persone: la transazione si conclude con lo scambio tra merci e denaro, senza alcuno strascico di rapporti interpersonali. In posizione intermedia si situa la modalità di circolazione dei beni che ha *lo Stato come promotore*. In questa dimensione i soggetti, liberati dai legami interpersonali diretti, sono trattati secondo il principio dell'uguaglianza e ricevono in base ai loro bisogni, senza tuttavia che si crei il debito e l'obbligo della riconoscenza che si ha quando il dono ha un destinatario diretto.

Mercato, Stato e sfera della reciprocità sono retti da principi diversi, non riconducibili l'uno all'altro e non interscambiabili. Proprio la situazione del bene costituito dagli organi per i trapianti può illustrare le tre diverse modalità. In condizione di mercato, l'organo è considerato un bene oggetto di transazione economica: colui che offre a colui che acquista sono in contatto solo in vista del passaggio della merce dall'uno all'altro. Onorato il contratto, non c'è debito e non c'è riconoscenza. Nel caso invece di una donazione di organo all'interno della famiglia (rene da vivente, trapianto di midollo...), il legame rinforza quello esistente, col risultato di portare l'interdipendenza a punte parossistiche (complicate talvolta da ricatti morali, colpevolizzazioni del familiare

renitente al dono, senso esasperato di debito in colui che accetta il sacrificio o il rischio di familiare donante...).

La donazione di organi come pratica inserita nella cura della salute offerta dallo Stato, pur nelle diverse organizzazioni del servizio sanitario, garantisce il criterio universalistico di accesso alle risorse, senza tuttavia creare dei legami. Il destinatario di un organo donato, infatti, abitualmente non sa da dove proviene il dono, né è tenuto a contraccambiare, come sempre avviene quando si crea un senso di debito. La stessa organizzazione di strutture che gestiscono il dono degli organi mira a evitare le personalizzazioni del dono stesso e a impedire che questa pratica graviti entro il sistema reciprocità-dono che è proprio dei legami interpersonali.

Malgrado la persistenza del dono nelle forme di convivenza sociale moderne e post-moderne in cui si concretizza il bisogno primario insuperabile di legami basati sulla interdipendenza, per noi oggi ha un valore centrale il meccanismo di solidarietà allargata istituzionalizzata gestita dallo Stato. Solo questa modalità di "dono" può garantire, nella moderna società complessa, i modelli minimi di uguaglianza e correggere le disparità più stridenti legate al censo e ai privilegi. È necessario continuare a coltivare forme di reciprocità, modernizzando le loro espressioni (il volontariato e le associazioni di mutuo aiuto sono, da questo punto di vista, eccellenti realizzazioni che attualizzano i sistemi di reciprocità-dono). Tuttavia la reciprocità non può sostituire quel sistema universalistico di distribuzione di beni e servizi che offre oggi lo Stato mediante la sua organizzazione pubblica del servizio sanitario.

Ci si può chiedere se la resistenza massiccia al diffondersi di una cultura del dono di organi che registriamo in Italia non sia riconducibile a una fondamentale diffidenza nei confronti dello Stato, a beneficio di quelle modalità di circolazione dei beni che privilegiano la reciprocità, come appunto avviene nella famiglia. L'ostilità alla donazione potrebbe così essere interpretata come un segno ulteriore di quel ritardo nella maturazione di un senso civico dello Stato, che caratterizza la cultura italiana.

Una considerazione, infine, merita la proposta di sostenere il passaggio verso la concezione solidaristica che presuppone lo Stato sociale ricorrendo a forme di incentivazione. Una di queste può essere costituita dalla creazione di un particolare "circuito della solidarietà", nel quale condividere onori e vantaggi. Ciò presuppone, in pratica, la possibilità per coloro che sono disponibili per ricevere e donare gli organi di escludersi dal circuito. Questa possibilità negativa diventa sempre più urgente nella società multietnica e pluriculturale nella quale viviamo. Nello stesso tessuto sociale convivono degli "stranieri morali", vale a dire persone che non condividono le stesse convinzioni e non si orientano secondo gli stessi ideali di "buona vita". Per alcuni ricevere e dare organi è un tabù o una via impraticabile dal punto di vista morale. Una società pluralistica deve trovare il modo di rispettare queste scelte.

In senso positivo, la richiesta di essere inclusi nel circuito della solidarietà, per quanto riguarda la circolazione di quel bene raro che sono organi e tessuti del corpo umano, comporta la scelta di rendersi disponibili al prelievo, per poter beneficiare del dono. Lo strumento del circuito privilegiato per la donazione e il trapianto si situa a metà strada tra lo strumento pedagogico dell'incentivazione e la misura amministrativa per ottimizzare l'uso di risorse scarse.

La creazione di due circuiti - quello di coloro che si escludono sia dall'utilizzo degli organi che dal loro dono e il "circuito della solidarietà", che implica la disponibilità attiva e passiva a far propria questa pratica - è un'idea quanto meno degna di essere discussa. Per vedere meglio i problemi che crea (dobbiamo considerare i circuiti rilevanti solo per gli individui o anche per le famiglie? Come collochiamo i bambini?), ma anche per esaminarne la praticabilità sociale. Un punto emerge con chiarezza: se si vuol evitare di creare due classi di cittadini, è necessario che la scelta di appartenere a l'uno o all'altro circuito sia pienamente informata e consapevole. Non possiamo evitare, perciò, di passare attraverso un dibattito che coinvolga tutta la società e giunga capillarmente a ogni cittadino, permettendogli di decidere con piena consapevolezza a quale circuito iscriversi.

- *Deontologia ed etica a tutela dei trapianti*

Nei codici deontologici dei professionisti sanitari la pratica dei trapianti è considerata positivamente. È previsto l'impegno sia dei medici che degli infermieri in questa direzione. Alcune norme deontologiche che accompagnano la pratica dei trapianti meritano una segnalazione. Indichiamo in primo luogo quella contenuta nel documento dell'Associazione Medica Mondiale dedicato alla determinazione del momento della morte (Sydney 1968): «Qualora il trapianto di organi sia possibile, la decisione che la morte è presente dovrà essere presa da due o più medici, e costoro non dovranno essere gli stessi medici che eseguiranno l'operazione di trapianto». La finalità di questa indicazione comportamentale è sia di tutelare l'emotività del medico, sia di salvaguardare la reputazione sociale dei trapianti. Se il chirurgo che effettua il trapianto fosse lo stesso che partecipa alla decisione di staccare il respiratore, sarebbe esposto a un notevole stress emotivo; ma soprattutto gli nuocerebbe l'inevitabile immagine di "avvoltoio" che si aggira attorno al donatore moribondo auspicando, o magari anticipando, il momento di poter entrare in azione... Un'immagine frutto di fantasie contorte, certamente; ma compito delle misure deontologiche è quello di reagire non solo agli abusi attuali e possibili nel corso della pratica medica, ma anche a quelli immaginati, sottraendo la materia da cui prendono corpo i fantasmi. La divisione delle due équipes non è dunque una formalità a servizio dell'ipocrisia, ma una misura prudenziale e protettiva.

Una pratica dei trapianti condotta con senso di responsabilità professionale porrà la debita attenzione al problema del consenso tanto al prelievo quanto all'impianto dell'organo. Non solo per una correttezza formale, che evita di incappare nella legge, ma ancor più per assicurare l'esito globale del delicato procedimento. La decisione di un trapianto di organo o dell'innesto di un organo artificiale deve essere presa insieme dal medico e dal paziente. Si può ipotizzare che questi rifiuti con tutta lucidità l'intervento proposto, perché a suo giudizio i costi, compresi quelli psicologici ed emotivi, eccedono i benefici. In questo caso la decisione va ratificata e sostenuta da parte del medico, senza che il rifiuto di un intervento così straordinario sia fatto equivalere a un suicidio.

Altri malati hanno bisogno di tempo per maturare la loro decisione. Già la proposta del trapianto può essere in sé uno shock, in quanto fa prendere loro coscienza per la prima volta della gravità della malattia. Avranno bisogno di essere illuminati gradualmente sui rischi e benefici, sulle limitazioni alla libertà e la qualità della vita che si possono aspettare, perché il loro consenso sia veramente informato. Altrimenti il medico può

cadere sotto il sospetto di imporre surrettiziamente al malato la propria decisione, non collimante però con quanto questi ritiene essere il proprio bene.

Una norma deontologica vivamente auspicata da molti è quella della copertura della pratica dei trapianti con il segreto professionale. I proiettori dei mass media puntati sui donatori e sui loro familiari, sui riceventi, sui chirurghi e su quanti partecipano in qualche modo ai trapianti, hanno un effetto devastante per lo stile che dovrebbe accompagnare un'attività medica. È indicativo, come segno dell'estremo a cui può giungere il malcostume, che i malati americani che stanno per essere sottoposti a un trapianto cardiaco sono invitati a sottoscrivere una dichiarazione in cui dicono di essere a conoscenza che tra i rischi a cui vanno incontro, oltre alle complicazioni possibili di tipo clinico, c'è anche quello di «essere perseguitati dalla stampa per il resto della loro vita».

Alcune volte è possibile intravedere come i chirurghi che si offrono al sensazionalismo dei mass media lo facciano non esclusivamente a servizio del proprio narcisismo, ma come mezzo di pressione politico-sociale, per ottenere le misure legislative ed economiche necessarie per la promozione di questo tipo di medicina. Tuttavia resta l'impressione di una stridente dissonanza con la norma deontologica del segreto medico, una norma pensata a vantaggio sia del paziente che della professione medica stessa.

Un'altra norma deontologica consigliabile è quella di tutelare l'anonimato di coloro che ricevono gli organi. È una misura comportamentale che non sempre viene rispettata, anzi talvolta è stata violata in modo clamoroso. La vicenda del bambino americano Nicolas Green, ucciso dai rapinatori in Calabria, i cui genitori hanno disposto la donazione di tutti i suoi organi espianabili, si è svolta sotto i riflettori della stampa. È stato dato grande risalto ai destinatari degli organi, anche con incontri pubblici con i genitori di Nicolas. L'intenzione era quella di incentivare la cultura delle donazioni. In pratica, si vengono così a creare due registri: quello dei donatori – e riceventi – celebri e quello degli anonimi. La regola dell'anonimato - esplicitamente prevista dalla nuova legge sui trapianti n. 91/1999, art.18 comma 2: «Il personale sanitario ed amministrativo impegnato nelle attività di prelievo e di trapianto è tenuto a garantire l'anonimato dei dati relativi al donatore e al ricevente» - suggerita dalla volontà di proteggere i sopravvissuti da fenomeni psicologici che sono stati descritti come “sindrome del segugio” (genitori in cerca del ricevente il cuore del proprio figlio deceduto, per alimentare l'illusione di sentire ancora battere il cuore del figlio...). Ovviamente il segreto protegge anche i riceventi da comportamenti che possono sviluppare un carattere persecutorio.

Aspetti etici, religiosi e culturali nella donazione e nel trapianto

Pierluigi Di Piazza

- *Introduzione*

Prima di tutto il mio saluto più cordiale a ciascuna/o di voi. Vi ringrazio dell'invito soprattutto perché posso ascoltare, comprendere maggiormente vissuti, esperienze, competenze, problematiche, interrogativi. Ritengo sempre significativo dichiarare l'ambito da cui emergono questi spunti di riflessione. dal mio essere uomo e prete che cerca di interessarsi e coinvolgersi con le situazioni che interessano la vita, le storie di tante persone, fra cui quella dell'espianto e del trapianto di organi; dall'aver approfondito la questione con qualche studio di bio-etica; dall'aver partecipato, più nel passato, in verità, nel nostro territorio con l'Associazione Ado (donatori di organi) e a diversi incontri di informazione e di sensibilizzazione; dal vivere da 20 anni in modo crescente l'esperienza del Centro di Accoglienza per stranieri intitolato nel 1992 a padre Ernesto Balducci: centro di accoglienza appunto e di promozione culturale.

- *Aspetti etici*

Considerare l'espianto e il trapianto di organi significa entrare nella zona così concreta e misteriosa dell'intreccio continuo fra il vivere e il morire. La questione etica è posta da tante persone ammalate e affaticate in attesa che possano ritrovare il benessere, la salute nel senso globale del termine (psico-fisico, relazionale, ambientale) solamente ricevendo un organo sano, da persone disponibili a donarlo. Ma questo può avvenire solo nel momento della morte celebrale di queste persone. La questione etica appunto si pone fra l'attesa e la possibilità di una risposta positiva o della sua negazione. Sono per questo portato a considerare la questione in punta di piedi, con pacatezza, senza trionfalismi, perché fra l'altro, proprio così la si può affrontare nel modo più consapevole e veritiero. Mi pare doveroso ancora notare come questa possibilità riguarda oggi una piccola parte del mondo, la nostra, perché per la gran parte dell'umanità la salute è strettamente e molto spesso drammaticamente legata alla sopravvivenza.

- *Un'antropologia della relazione e quindi della disponibilità e del dono*

L'essere umano va inteso nella sua globalità, non in modo dualistico: siamo un tutt'uno corporeità e dimensione interiore, psiche, animo, anima come si possa intendere ed esprimere quella dimensione profonda che si manifesta nel linguaggio, nei movimenti, nell'operatività del corpo, nella nostra corporeità. Il nostro essere umano è deciso dalle relazioni e dalla loro qualità: siamo esseri in relazione e in quanto tali, persone. Possiamo vivere la nostra vita in modo più o meno aperto o chiuso, con un'identità difensiva o aggressiva o con un'identità personale, sociale, comunitaria aperta che, riconoscendo il suo nucleo portante, lo vive con apertura, in un dare e ricevere, anche dialettico, che favorisce crescita, acquisizione, arricchimenti: vivere la disponibilità quindi ci qualifica come esseri umani; così l'essere attenti e preoccupati del bene comune, coinvolti e impegnati a contribuirvi. In questa vita di relazione e di disponibilità nel momento in cui cessano le funzioni biologiche vitali, dovrebbe conseguire, proprio come logica

esistenziale, la continuazione alla relazione e alla disponibilità donando i propri organi ad altre persone che li aspettano per poter riprendere a vivere in modo significativo. E questo proprio a partire da una limpida laicità che tutti ci accomuna come posizione di partenza, prima del riferimento al possibile itinerario di una fede religiosa. Nessuna diminuzione, nessun disprezzo, nessuna volontà predatoria, nessun imbroglio: una possibilità motivata, seria, praticabile. Non nella logica dei pezzi di ricambio, ma della possibilità di relazioni che continuano. Questo richiede un grande impegno di informazione, di formazione, di educazione ad una concezione e ad una pratica della vita disponibile, altruista, segnata dal prendersi a cuore, dal prendersi cura, dall'accompagnare, dal sostenere, fino alla dichiarazione cosciente, libera e responsabile della disponibilità all'espianto dei propri organi. Certamente questa concezione della vita e della storia porta a denunciare, a combattere in modo non violento le ingiustizie, il capitalismo, il militarismo, le armi, le guerre, il razzismo, l'usurpazione delle risorse, la distruzione e l'inquinamento dell'ambiente vitale. Porta a compiere scelte di giustizia, di non violenza attiva, di accoglienza, di integrazione, di atteggiamenti di pratiche e di rispetto di tutti gli esseri viventi, dell'intero eco-sistema. Porta a vivere la propria vita con attenzione e rispetto, con prevenzione, non entrando in forme di dipendenza da fumo, da alcol, da sostanze, proprio perché una vita sana di per sé si presenta come disponibile all'espianto e al trapianto.

- *Una società multi-etnica*

Il fenomeno migratorio è strutturale: si è intensificato e ampliato in un tempo breve; sono presenti oggi in Italia circa 4 milioni di immigrati regolari, 100 mila in Friuli Venezia Giulia; pare che ci siano da 700 mila a 1 milione di irregolari che lavorano e che solo una miopia politica impedisce di regolarizzare, come in passato in più occasioni è stato fatto.

La presenza degli immigrati ci rivela le cause della loro forzate partenze: l'ingiustizia strutturale del Pianeta; le diverse forme di dominio e di oppressione; le violenze e le guerre; la violazione dei diritti umani fondamentali, prima tra tutti la vita stessa. La loro presenza ci rivela ancora l'esigenza di loro che la nostra società manifesta per rispondere ai bisogni e alle esigenze a cui noi non siamo disponibili; e ancora la loro presenza ci rivela e ci conferma la straordinaria molteplicità di culture, di lingue, di spiritualità e fedi religiosi presenti sul Pianeta. In questi anni si sono vissute e attualmente si vivono tante esperienze positive di accoglienza e di integrazione

- *Il razzismo presente*

Purtroppo registrano anche numerose situazioni di razzismo, in una crescente ostilità nei confronti dell'altro, del diverso, dello straniero. Si può considerare il razzismo quotidiano espresso negli sguardi, nei gesti, nelle frasi fatte e nei luoghi comuni di indifferenza, di lontananza e di dispetto.

Si deve riflettere sul razzismo culturale che riconosce le diversità, ma proprio per questo pretende il muro di separazione fra di esse.

Si constata il razzismo istituzionale e politico quando forze politiche e anche decisioni governative esprimano, come oggi sta avvenendo in Italia e nella nostra Regione, una ostilità nei confronti dell'altro, dello straniero.

È presente anche un razzismo religioso quando una fede religiosa dichiara di essere disponibile al dialogo, ma di fatto pretende una superiorità nei confronti delle altre.

- *Uguali e diversi*

Nei confronti dell'altro si attuano tre atteggiamenti da cui derivano scelte, parole e gesti: due sono negativi, da superare quindi scegliendo l'unico positivo, degno dell'uomo. Il primo è considerare l'altro per qualche motivo e per qualche aspetto inferiore a noi. Invece nessuno è inferiore: siamo diversi. Il secondo è pretendere che l'altro, per essere accolto debba rinunciare alla sua diversità; questa omologazione dell'altro a noi è obbligarlo a svuotarsi della sua diversità. Il terzo atteggiamento, quella degno dell'uomo è considerare l'altro uguale in dignità, senza parentesi, forse, ma....; nello stesso tempo avvertire la sua diversità come una possibilità di dilatazione, di arricchimento della nostra umanità. Noi comunichiamo la nostra diversità, l'altro comunica a noi la sua: così nella reciprocità ci si arricchisce entrambi.

- *Trapianti degli organi in una società multi-etnica*

La disponibilità e la relazione fra diversità di per sé prevede la possibilità dell'espianto e del trapianto degli organi. Che questa avvenga tra le persone diverse diventa una conferma evidente dell'appartenenza alla medesima umanità e nello stesso tempo dello scambio arricchente, che prevede umanità, culture, spiritualità e anche nello scambio reciproco a livelli così profondi, può considerare la donazione degli organi per persone diverse.

- *La fede che fa riferimento a Gesù di Nazaret*

Per brevità di tempo mi è possibile, solo qualche accenno.

Dio ha preso carne, è diventata pienamente uomo in Gesù di Nazaret; è un Dio di relazione, mosso continuamente dalla com-passione dalla partecipazione profonda all'umanità degli altri, specie a quella più tribolata, sofferente, emarginata. Gesù di Nazaret con le persone ammalate nel corpo e nella psiche vive costantemente attenzione, premura, cura, contatto fisico, guarigione, comunque comunicazione di forza, di serenità, di fiducia. Quando ci viene indicato quale sia l'atteggiamento più importante della vita, chi sia veramente il nostro prossimo, il Vangelo l'indica l'esempio dell'uomo straniero, che ha vissuto la comprensione, la vicinanza, l'aiuto concreto ad uno sconosciuto che gemeva sul ciglio della strada derubato e colpito. Il Vangelo insegna che non c'è un amico più grande di chi dà la vita per colui o coloro che ama. Gesù di Nazaret ci indica la verifica ultima della fede, ma ugualmente potremo affermare di ogni umanità autentica: nel saperlo riconoscere ed essere concretamente solidali con lui nel fratello affamato, assetato, nudo, ammalato, forestiero, carcerato.

Dal Vangelo non solo non proviene nessun dubbio, ma invece una profonda e continua sollecitazione alla donazione. Non si tratta poi di nessuna mancanza di rispetto alla vita, alla morte, al corpo delle persone, proprio perché la vita continua nel Mistero di Dio e va considerata nella sua globalità, di spiritualità e di corporeità.

- *Le fedi religiose in dialogo fra loro*

Le fedi religiose assumono una grande importanza nella storia dell'umanità, nella loro costante ambivalenza: di favorire liberazione e salvezza o di favorire chiusure e violenze. Non ci potrà crescere pace nel mondo se non ci sarà pace tra le religioni; non ci sarà pace fra le religioni se non ci sarà attenzione, conoscenza, dialogo fra loro, impegno comune riguardo alle grandi sfide dell'umanità: giustizia, pace salvaguardia dell'ambiente vitale.

In questo contesto si inseriscono anche le questioni della bioetica: della vita, della sofferenza e della morte, perché le fedi religiose possano contribuire a vivere, a soffrire, a morire nel modo più umano possibile, con le scelte più rispettose della vita e della morte, nella laicità degli stati e del pluralismo delle ispirazioni religiose, culturali ed etiche.

- *La responsabilità personale e l'educazione alla disponibilità*

È sempre fondamentale ribadire la responsabilità personale nel decidere disponibilità, non chiusure; altruismo non egoismo; dialogo fra le diversità, non pregiudizio e razzismo.

Proprio per questo è altrettanto fondamentale diffondere una cultura dell'attenzione, della cura, in cui anche la donazione degli organi si inserisce; e questo nelle famiglie, nelle scuole, nei mezzi di informazione, nei diversi gruppi, e nelle molteplici associazioni, nella comunità di fede.

Considerazioni sulla donazione di organi secondo la tradizione ebraica

Giuseppe Laras (contributo letto da Giovanni Nistri)

Mi viene richiesto di esporre la posizione ebraica in tema di donazione e trapianto di organi.

Anche se questa tematica, per i suoi presupposti e le sue implicazioni, per i principi religiosi, filosofici ed etici, che richiama e coinvolge, presenta un orizzonte molto ampio e profondo e quindi tale da apparire poco suscettibile di semplificazione, cercherò di evidenziare alcuni aspetti della pratica dei trapianti, mostrandone la delicatezza e la conseguente impossibilità di procedere al riguardo con automatismi deduttivi.

Premesso che, per “trapianto”, viene intesa - *per la moderna scienza medica* - la possibilità di utilizzare parti del corpo umano, donate volontariamente, al fine di salvare una vita umana o di migliorarne la qualità, nell'Ebraismo vige un principio fondamentale: quello di dare solidarietà e aiuto a chi soffre e ha bisogno.

Già esaminata sotto questo profilo, la donazione di organi appare, in via preliminare, un atto di grande solidarietà che si configura, quindi, come atto di valore etico.

In altri termini, il principio da cui dobbiamo partire è quello che, per salvare una vita umana, occorre fare tutto ciò che è umanamente possibile.

Teniamo presente al riguardo che le norme religiose ebraiche (*Mitzvòth*) cedono il passo, cioè si vengono, per così dire, disattivando nella loro obbligatorietà, davanti al pericolo di vita.

Con tre eccezioni, però:

- divieto di idolatria;
- divieto di pratiche sessuali con consanguinei;
- divieto di spargere sangue.

Con riferimento, in particolare, a quest'ultimo divieto, il principio per cui tutto è lecito pur di salvare una vita umana, trova il suo limite nella presenza di un'altra vita.

Non si può, in altre parole, sacrificare una persona per salvarne un'altra (*“il tuo sangue non è più rosso del mio”*).

È questa, in sostanza, una delle grandi difficoltà da risolvere nel caso di espunti da corpi dichiarati “*cl clinicamente morti*”.

Un altro principio vigente è quello di tutelare la propria salute fisica, dal momento che del nostro corpo non possiamo usufruirne come vogliamo, essendoci esso stato dato – religiosamente parlando- solo in custodia.

Questo implica una domanda: si può sempre e comunque, con o senza il consenso del “*proprietario-custode*” di un corpo ormai morto, disporre di parti di esso per trapiantarle in corpi viventi?

Pur esistendo il divieto di vilipendio di cadavere (*nivvùl ha-met*), che si può verificare nei casi di autopsie e espunti di taluni organi e pur, altresì, considerando in proposito anche

talune preoccupazioni più di matrice mistica che religiosa, in termini generali possiamo affermare che non vi sono obiezioni al trapianto di organi da cadavere, purché:

- I. lo scopo sia quello di salvare una vita o di migliorarne la qualità;
- II. la morte del donatore sia stata accertata;
- III. non vi sia pericolo per il ricevente, e comunque che il beneficio previsto per il ricevente sia superiore al rischio.

Per le donazioni tra viventi (rene, midollo), esse non devono costituire un pericolo di vita per il donatore.

Il problema più difficile riguarda due tipi di trapianti, in particolare: il trapianto del cuore e quello del fegato, che necessitano, per essere attuati, condizioni particolari.

Per poter espiantare da un corpo il cuore e il fegato, è necessario che il corpo da cui si espianta abbia il cuore battente.

Questo è il vero baricentro del problema.

Se si espianta, infatti, a cuore battente, da un punto di vista rigidamente religioso, potremmo commettere un omicidio, in quanto contravverremmo al principio in base al quale non si può dare precedenza nel diritto alla vita a una persona rispetto ad un'altra. In altre parole, non possiamo accelerare la morte di una persona per salvarne un'altra. Il diritto a vivere di chi agonizza è uguale a quello di chi sta in vita.

Di fronte a questa difficoltà si è ritenuto di poterla superare, individuando un nuovo criterio di accertamento della morte e, quindi, una nuova definizione della morte stessa: la *morte clinica*.

Per "*morte clinica*" si indica la cessazione dell'attività elettrica dell'encefalo.

Quando si verifica questa circostanza, la persona è da considerarsi morta, anche se il suo cuore continua a battere.

Secondo la normativa religiosa tradizionale dell'Ebraismo e della maggioranza delle fonti antiche, è l'attività cardiaca, invece, a segnare la vita e la sua cessazione ad indicare la morte. Approfondendo, tuttavia, l'analisi delle fonti halakhiche, si riscontra, accanto alla definizione di "*morte cardiaca*", anche quella di *morte respiratoria*: una persona, cioè, può essere dichiarata morta, quando cessa di respirare spontaneamente.

E poiché, quando cessa l'attività elettrica del cervello, cessa anche nel giro di pochi minuti la respirazione spontanea, la morte clinica potrebbe identificarsi con quella respiratoria.

Nel 1987, aumentando nel mondo le richieste di trapianti cardiaci e crescendo del pari nel mondo ebraico l'esigenza di cercare soluzioni halakhiche maggiormente permissive in ordine al trapianto cardiaco, il Rabbinate Centrale di Israele ha stabilito con apposita pronuncia il principio che la morte clinica può essere un criterio accettabile per la definizione di *morte* anche per l'Ebraismo, stabilendo però, in aggiunta ai normali accertamenti previsti, che il donatore sia sottoposto ad una serie aggiuntiva di test e controlli clinici, volti ad accertare, in termini di ancor maggior rigore, l'effettiva morte del donatore.

È con questa pronuncia che è stata aperta la strada ai trapianti cardiaci anche nell'ambiente ebraico.

Va osservato, tuttavia, che, nonostante tale pronuncia permissiva del Rabbinato Israeliano, da parte di taluni qualificati ed autorevoli Rabbini e, quindi, di alcuni influenti ambienti ebraici dell'Ortodossia, non vi è stata un'univoca completa ricezione di tale impostazione innovativa circa il problema dei trapianti cardiaci, ma, al contrario, esplicite e nette prese di posizione di senso opposto e, quindi, di confutazione del principio di morte clinica come criterio per fissare la morte di un soggetto.

Trapianti d'organi: una prospettiva protestante

Mirella Manocchio

- *le Chiese Protestanti*

Il cristianesimo evangelico, o protestante, nasce in Europa nel XVI secolo come tentativo di riforma, al vertice e alla base, della Chiesa. Vi è una data che simbolicamente è ritenuta quella fondante, ossia il 31 ottobre 1517 quando il monaco agostiniano, nonché professore di teologia, Martin Lutero, affisse sul portone della cattedrale di Wittemberg 95 tesi inerenti la dottrina cristiana che voleva far discutere pubblicamente. Questo tentativo di riforma si scontra con la chiusura totale del papato e di una parte dei vertici ecclesiali per cui si giunse ad una vera e propria rottura cui seguirà la cosiddetta Controriforma.

Al centro della predicazione evangelica è il messaggio di perdono (giustificazione) per sola grazia, accolto nella fede: Dio accoglie uomini e donne peccatori non per quello che essi fanno, né per quello che sono, ma in virtù unicamente del suo amore che perdona e che redime, permettendo per conseguenza di far nascere la persona a nuova vita. L'annuncio di tale messaggio avviene sulla base dell'Antico e Nuovo Testamento, cioè la Bibbia, accolta come autorità suprema in questioni di fede e morale.

Il nome Protestanti nasce in seguito, nel 1529 quando a Spira durante la Dieta Imperiale alcuni principi tedeschi, favorevoli alla Riforma di Lutero, presentarono a Carlo V la loro posizione nei confronti del suo tentativo di imporre loro l'obbedienza al papato. I principi affermarono solennemente (latino: protestari) la loro fedeltà al vangelo e il desiderio di seguire la Riforma.

Il protestantesimo non respinge l'autorità della tradizione della chiesa, che rimane un aiuto nell'interpretazione della Bibbia, ma che tuttavia è sottoposta alla Scrittura e quindi detiene un valore relativo, non assoluto.

Fin dall'inizio, il protestantesimo, che non accoglie un capo supremo in terra se non il Cristo glorificato, anche per questo si presenta come forma di cristianesimo plurale e diversificato.

In questo quadro generale si inserisce il metodismo che nasce in Gran Bretagna nel XVIII secolo ad opera di un prete anglicano, John Wesley, la cui idea era quella di riformare la chiesa anglicana secondo lo spirito evangelico, con una maggiore attenzione ai minimi della terra e quindi maggior impegno sociale.

È il periodo della prima industrializzazione e grandi masse di contadini migrano verso la città. In questo passaggio perdono le loro radici e si ritrovano sfruttati nelle prime fabbriche dove lavorano come operai (anche donne e bambini) senza nessuna salvaguardia. Perdita di senso e di dignità, sfruttamento e desolazione sociale portano molti di essi a cadere nell'alcolismo, nel gioco d'azzardo - contraendo forti debiti -, nella criminalità...

Dinanzi a tale situazione, la chiesa anglicana è poco presente e non porta un messaggio che sia volto alla conversione di queste persone. Anzi, in quei tempi era diffusa una

interpretazione volgare della predestinazione biblica, intesa a vedere nello stato sociale di una persona una volontà divina. Inoltre, malattie e povertà erano spesso interpretate come espressione di una non benedizione da parte di Dio.

Qui interviene la predicazione di John Wesley che parte dal principio della giustificazione per grazia, come accoglimento da parte di Dio del singolo peccatore volto alla sua salvezza e quindi conversione. La conversione è compresa come un processo personale che produce effetti anche visibili sul credente e sulla realtà che lo circonda (santificazione). Questa predicazione, tesa a ridare dignità alla persona come figlio e figlia amati da Dio, si esplicherà nel concreto in una lotta alle piaghe sociali del tempo, in primis l'alcolismo e il gioco d'azzardo.

Il metodismo, pertanto, si configura subito per il suo impegno nel sociale in ogni ambito. Attualmente la Chiesa Metodista è presente in tutti i continenti e si contano 72 milioni di aderenti ufficiali.

Il metodismo in Italia è arrivato nella prima metà del 1800 nel periodo del Risorgimento e dal 1975 ha un patto d'integrazione con la Chiesa Valdese, il che comporta un unico corpo pastorale, un sinodo unico formato da pastori/e e laici/che, un presidente elettivo unico (moderatore/a) e un solo organismo di governo delle due chiese (Tavola Valdese). Pertanto, quando i media riportano decisioni del Sinodo Valdese o comunicati stampa della moderatore della Tavola Valdese, in realtà sono decisioni e affermazioni relative alle due chiese.

- *Questioni etiche e i trapianti*

Venendo all'argomento del nostro incontro, anche le nostre chiese si sono lungamente interrogate sulle nuove frontiere della ricerca scientifica e sulle conseguenze che essa apporta alla qualità e allo stile di vita. Inoltre, con l'avvento di macchinari tecnologici che possono prolungare la vita artificialmente, sappiamo che sono emerse sempre maggiori difficoltà nello stabilire l'inizio e la fine della vita umana. Le posizioni delle varie chiese evangeliche su tali argomenti sono variegata e possono cambiare anche in base al paese di appartenenza della chiesa.

In Italia, la chiesa metodista e quella valdese, vista la complessità e la delicatezza dell'argomento, con atto sinodale hanno deciso l'istituzione dal 1992 di una *Commissione di Bioetica* di cui fanno parte medici, ricercatori, docenti, giuristi, evangelici, e pastori, che ad oggi ha pubblicato 12 documenti.

Noi sappiamo che i greci utilizzavano tre termini per indicare la vita: *zōè* (vitalità fisica degli esseri organici); *bios* (riferito alla vita umana, ne indica il costume di vita, il carattere) infine *psychè* (anima vivente e si riferisce all'essere umano che pensa, decide e agisce). Noi spesso usiamo il termine vita, in relazione all'essere umano, per definire la sua espressione fisica, psichica e spirituale.

Attualmente la riflessione si estende sempre più sulla qualità della vita.

Una delle domande ricorrenti è quando la vita di una persona può dirsi piena? Qual è il grado accettabile di qualità della vita? È chiaro che una società come le nostre occidentali che si interrogano sulla qualità della vita hanno superato il livello di necessità impellenti o di sopravvivenza per occuparsi di migliorare l'esistenza. In tal senso bisogna rendere onore e grazie alle scienze che hanno apportato grandi benefici all'esistenza umana.

Oggi con le tecnologie sofisticate a nostra disposizione, si possono raggiungere livelli impensati solo qualche decennio fa, ma questo pone anche delicate questioni etiche. Ci si chiede fino a che punto si possono spingere gli interventi dell'uomo sull'uomo. E ancora ci si domanda come utilizzare al meglio le opportunità che la scienza ci offre senza rischiare di trasformare l'essere umano da soggetto a oggetto di manipolazione e sperimentazione incontrollata.

Come chiese protestanti noi cerchiamo di rispondere a queste domande avendo la Parola di Dio come guida. La Parola sensibilizza le coscienze e aiuta ad individuare un cammino da seguire perché attribuisce una grande dignità all'essere umano.

Se Dio ha rispettato le scelte degli esseri da Lui creati, anche noi dobbiamo imparare a rispettare e a tenere in considerazione la coscienza individuale.

Per questo motivo le nostre chiese hanno salutato con un plauso l'utilizzo sempre più ampio che si fa del modulo del "consenso informato", strumento utile per fornire al malato "...la più idonea informazione sulla diagnosi e la prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operative..." così come recita l'art. 30 del Nuovo Codice Deontologico dei medici.

In tal modo ci si è allontanati dal modello paternalistico con il quale il malato si doveva solo fidare, delegando al medico la possibilità di una scelta informata e libera. La responsabilità personale nel bene e nel male senza la delega è uno dei principi base della fede evangelica ed è un bene che essa sia passata anche in ambienti laici.

Il medico condividendo parte del suo sapere con il paziente e permettendo a questo di decidere consapevolmente, evita da una parte una sorta di delirio di onnipotenza e dall'altra di vivere in solitudine la grande responsabilità di prendere decisioni significative sulla vita o la morte delle persone.

Non sempre il paziente può consapevolmente e liberamente esprimersi sulle cure che gli verranno somministrate. Nel caso di persone ricoverate in stato vegetativo la questione diventa più difficile. Per questo motivo lo scorso Sinodo, le nostre chiese si sono pronunciate favorevolmente alla pratica delle direttive anticipate di fine vita, il cosiddetto testamento biologico (la possibilità che ogni persona quando sia in una situazione di lucidità possa lasciare un testamento relativo alle sue volontà in caso si trovi a subire un intervento medico per il quale non è in grado di esprimersi). In Italia esistono circa 1500 casi di pazienti in stato vegetativo permanente, il più famoso è quello di Eluana Englaro. Parliamo non di casi sporadici che, pertanto, andrebbero regolamentati con una legge. In effetti, in Parlamento giacciono ben 8 disegni di legge sul testamento biologico, eppure nulla ancora è stato fatto, sebbene l'Italia abbia ratificato la Convenzione di Oviedo del 1997 nel marzo 2001 e vi sia l'art. 32 della nostra Costituzione che tutela la persona dalla somministrazione forzata di cure.

Le nostre chiese, rifacendosi al ministero di guaritore di Gesù e alla sua predicazione volta a guarire e liberare le persone dalla situazione di sofferenza non possono che essere favorevoli a che le persone possano vivere e morire in modo dignitoso. Nel ministero di Gesù la guarigione diveniva simbolo di un riscatto più generale della condizione umana dalle sue fragilità e dal peccato.

Nei secoli è stato molto forte un atteggiamento chiamato "dolorismo" che ha teso a indugiare, a compiacersi nell'afflizione e a sublimare la sofferenza come imitazione di quella di Cristo. Forse questa convinzione ha le sue radici in una interpretazione

fuorviante di alcune parole del Cristo sul “prendere la propria croce” o dei discorsi di commiato del vangelo di Giovanni, quando avverte i discepoli delle future sofferenze e persecuzioni. In realtà Gesù sta parlando di possibili, quanto spesso inevitabili, sofferenze e persecuzioni cui il credente può incorrere se prende sul serio i valori di vita, di amore e servizio che si confrontano con quelli volti al successo, al potere, al denaro facile, allo sfruttamento della persona in ogni forma. Nessun indugio o compiacimento nel dolore, nessuna elevazione di questo a metodo espiativi e/o salvifico, ma solo un risvolto a volte necessario della fedeltà al proprio Dio.

Rifacendosi a questo dettato biblico, la nostra chiesa ha fatto un percorso che l'ha portata ad approvare, in casi necessari, l'uso di cure palliative che permettano a malati terminali di concludere la loro vita con dignità e senza eccessive sofferenze.

Per lo stesso motivo sono accettate tutte quelle tecnologie mediche volte a migliorare e ripristinare la qualità di vita della persona. Questo vale per quel che concerne i trapianti di organi, anche se la questione diventa più complessa a seconda che ci riferiamo ad organi dotati di una specifica autonomia funzionale, e quindi trapiantabili come tali in un altro corpo, oppure a componenti privi di questa autonomia come le cellule, i tessuti, le proteine, gli ormoni, il DNA.

Nel primo caso non vi è nessuna preclusione, anche se si possono muovere delle critiche all'attuale sistema di trasferimento di organi e componenti basato sul principio della donazione.

La legge 578/93 del 29 dicembre 1993: *Norme per l'accertamento e la certificazione di morte*, ha permesso che il sistema venisse di seguito regolato da una legge sui trapianti, la legge n. 91 del 1° aprile 1999 e da un decreto del Ministero della Sanità, dell'8 aprile 2000. Esso prevede una lista d'attesa nazionale dei trapianti, la regola del silenzio-assenso sulla donazione, con l'invio a tutti i cittadini di un tesserino per la manifestazione di volontà in merito alla donazione. Francamente non so quante persone abbiano ricevuto tale tesserino...Molti di coloro che sono favorevoli a donare i propri organi, per ovviare alle difficoltà burocratiche e di sistema, sono iscritti ad associazioni di donatori.

Vi è, poi, il caso dei donatori in vita. È necessario un chiaro consenso informato del donatore, ma soprattutto è importante che questo atto sia libero da logiche di mercato che finirebbero per rendere questo principio una manifestazione di contrattualismo individualistico che nega il concetto di solidarietà. Esiste il mercato nero degli organi che sfrutta l'indigenza di molte popolazioni o di fasce sociali per procurarli a benestanti che possono pagarli e non vogliono aspettare in lunghe liste d'attesa.

Compito delle nostre chiese è quello di promuovere una cultura e una educazione al dono che sia in grado di contrastare efficacemente il commercio del corpo umano, gli abusi e gli atti criminali che vi possono essere connessi.

Venendo alla questione dei componenti, e in particolare degli embrioni o delle cellule staminali, la richiesta di utilizzarli per ricerche scientifiche, solleva problemi etici e genera delle preoccupazioni.

La nostra Commissione di Bioetica si era espressa in modo favorevole all'utilizzo degli embrioni soprannumerari, ossia creati, ma non impiantati, per la ricerca nella cura di malattie. Oggi con una parte dell'8 x mille si aiutano i ricercatori sulla strada dell'utilizzo delle cellule staminali a fini di ricerca scientifica. Questa possibilità è dovuta la fatto che

per le nostre chiese l'embrione non può essere appaiato alla persona umana già formata, ma è piuttosto una "promessa di vita".

Il fenomeno vita è sempre presente in qualche forma, ma la scienza distingue tra le varie fasi dello sviluppo embrionale e non ogni parte di questo processo può essere messa sullo stesso piano. Ma al di là di un dato meramente biologico, esiste una realtà biografica dell'individuo che si situa ad un livello di interrelazione e di sviluppo culturale che può costituire una soglia più complessa di percezione e valutazione del fenomeno.

Questo non significa misconoscere o addirittura negare quella sorta di «diritto all'esistenza» implicito in ogni processo vitale avviato. Questo diritto va riconosciuto, affermato e rispettato, ma permane l'idea che l'embrione non sia ancora una persona. Il pastore Paolo Ricca, professore emerito alla Facoltà Valdese di Teologia di Roma, può meglio di me spiegare questa differenza. *"...dopo aver modellato il corpo umano «dalla polvere della terra» come lo scultore modella una statua – scrive sul settimanale Riforma - Dio «gli soffiò nelle narici un alito vitale e l'uomo divenne un'anima vivente» (Genesi 2/7). Qui è chiarissimo che l'uomo è un'unità profonda di anima e corpo che, certo, devono essere distinti ma non separati, come è purtroppo accaduto nella teologia cristiana quando ha in parte abbandonato il terreno biblico e ha subito l'influenza determinante della filosofia greca. Nella Bibbia l'uomo... potremmo dire, è un corpo animato, oppure, se si preferisce, un'anima corporea. Ma come il corpo non vive senz'anima, così l'anima non esiste senza corpo...Secondo me (e non pretendo, ovviamente, di rappresentare tutto il pensiero protestante) l'anima non «entra» nel corpo a un certo punto del suo sviluppo, ma si forma lentamente con esso e in esso, cresce progressivamente nella creatura umana anzitutto come coscienza di sé, poi come coscienza di sé in rapporto agli altri e al mondo e infine, là dove interviene la fede, come coscienza di sé in rapporto a Dio. L'anima è il centro dell'autocoscienza e delle relazioni dell'io, è ciò che caratterizza l'uomo come essere personale e relazionale..."*

In virtù delle considerazioni sin qui fatte è possibile dire che per la fede cristiana evangelica, l'embrione non è ancora persona. In realtà questo valeva anche per la teologia cattolica classica: infatti per Tommaso d'Aquino la vita coincideva con i primi palpiti del cuore e cioè intorno alla terza settimana di vita.

Recentemente un biologo americano, Venter, ha annunciato di riuscire a creare in laboratorio una nuova forma di vita. Annuncio strabiliante, che - se ho ben capito - porta il ricercatore a togliere alcuni «geni» da un Dna, poi a replicarlo e rimetterlo al suo posto. In tal modo si spera di capire meglio come funzionerà. Con gli anni (magari cento anni) con i geni si cureranno le malattie, come con l'aspirina. Ma c'è un ma.

Senza una rigorosa moralità dell'impresa scientifica, questa può degenerare, come ogni altra cosa umana. Ecco che allora è necessario il controllo non soltanto del mondo scientifico, ma di tutti i soggetti responsabili. I progressi della scienza forse noi non li possiamo capire in dettaglio perché non siamo a nostra volta scienziati. Però possiamo capire che ci rendono tutti responsabili e richiedono all'umanità intera, alle chiese, alle università, ai parlamenti, di diventare tutti capaci di riflettere e auto-governarsi.

Dio non chiede all'uomo sacrifici; quel che chiede è rispetto o riverenziale timore verso ciò che sta oltre la fisica e la chimica e che si chiama diritto, umanità e capacità di moderare lo slancio, tenendo in conto tutti i fattori che sono in gioco. Il futuro sarà senza dubbio determinato dalla scienza, ma l'umanità non può affidarsi soltanto a essa; deve considerare anche quello specifico umano che si chiama responsabilità, dovere,

rispetto. La scienza è un elemento importante di questa stessa responsabilità, con la quale l'umanità continuerà a poter camminare con Dio.

Donazione e trapianto nelle diverse religioni Il punto di vista dell'islam

Aboul Kheir Breigheche

1. L'Islam raccomanda alla società e agli individui di salvare ad ogni costo l'essere umano dalla morte: "Chi aiuta a far vivere una persona è come se avesse fatto vivere tutta l'umanità" (Corano);

2. L'Islam garantisce la dignità all'essere umano sia da vivo che da morto: "In verità abbiamo reso nobile l'essere umano" (Corano);

3. Nell'Hadith (Detto del Profeta Muhammad*, Pace e Benedizione su di lui) disse: "Spezzare l'osso di un morto equivale a spezzarlo ad un uomo vivo"; vale a dire: Chi spezza un osso ad un morto si macchia della stessa colpa, davanti ad Allah, di colui il quale spezza l'osso di un essere umano in vita, a prescindere dalla loro posizione nei confronti della legge terrena. Questo vale anche per chi offende o disprezza un morto;

4. Nell'Islam l'anima, il corpo e gli organi appartengono all'individuo: "Quindi gli ha dato forma ed ha insufflato in lui del Suo Spirito. Vi ha dato l'udito, la vista ed i cuori" (Corano, XXXII,9);

5. L'individuo ha diritto sui suoi organi ma non sono mai di sua proprietà. L'anima ed il corpo dell'essere umano sono di proprietà del Creatore, il Quale ha riconosciuto all'individuo dei diritti su di essi, al contempo richiamandolo alle sue responsabilità nei loro confronti;

6. L'uomo non ha diritto di sacrificare, donare né porre in pericolo la propria vita se non in modo lecito e sempre con prudenza.

- *Principi fondamentali*

Ecco qualche fondamento di legislatura islamica (FIQH) che può interessare al fine di sviluppare il tema in oggetto:

1. Si rimuove il danno superiore per mezzo di quello minore;

2. Per allontanare un danno superiore si tollera un danno inferiore.

3. Non si può allontanare un danno per mezzo di un altro danno equivalente o superiore;

4. Diviene un dovere ciò senza il quale non è possibile compiere un dovere;

* Muhammad è il nome del Profeta dell'Islam, detto erroneamente Maometto.

5. Gli interessi superiori hanno priorità su quelli inferiori.

6. La necessità legittima le cose proibite, a patto che non vi sia consapevole tendenza verso il peccato o la trasgressione delle regole.

- *L'Islam tollera la necessità.*

L'Islam riconosce i casi di estrema necessità e tollera, con cautela, il fatto di commettere un fatto proibito per salvare una vita in pericolo.

I saggi ed i giuristi dell'Islam hanno concesso di violare i diritti dei morti per rispettare quelli dei vivi. Dice l'Imam An-Nawawi: "Si taglia l'addome di una donna morta per far uscire dal suo grembo il feto vivo, perché si tratta di mantenere una vita sacrificando una parte del corpo del morto", o come dice Ibn Qudama: "Perché si tratta di danneggiare una parte del morto per salvare un vivo". An-Nawawi riferisce ancora: "Salvare il vivo ha priorità rispetto al fatto di non violare la dignità del morto".

Prelievo di organi da un donatore vivo

Prelevare l'organo da un donatore vivente ha due scopi:

a) Il prelievo di un organo o di un tessuto per trapiantarlo nella stessa persona.

Il prelievo di un organo o di un tessuto di un individuo in vita per trapiantare lo stesso organo o tessuto nella persona stessa, come nei casi in cui la cute sia danneggiata da ustioni o simili, può essere eseguito nei casi di necessità, o di estremo bisogno, una volta esperite le seguenti condizioni, oltre alle generiche raccomandazioni riportate sopra:

-Il pieno consenso della persona stessa se ritenuta capace di intendere e volere, ovvero il consenso dei familiari, dei genitori o dei responsabili per i minorenni in affidamento;

-Accertare l'efficienza dell'operazione, sia nel senso del risultato previsto tenendo in debita considerazione il fatto di non nuocere alla salute del paziente, valutando secondo criterio di maggiore probabilità;

- Si può procedere a questo tipo di trapianti per motivi anche estetici oltre che terapeutici, se indispensabili.

b) Il prelievo da un donatore vivo per trapiantare in un'altra persona

Ecco le condizioni particolari, oltre alle già citate regole generali, per eseguire questo tipo di prelievo:

-Il pieno consenso del donatore quando si tratta di un maggiorenne;

-Accertare l'efficienza dell'operazione;

-Non mettere a rischio la vita del donatore.

Altri principi

-È possibile utilizzare un organo o parte di esso, trasportandolo da una persona viva ad un'altra anch'essa viva, se quest'organo si rinnova spontaneamente, come il sangue e la pelle, con il consenso del donatore e secondo le raccomandazioni generali della *Shariia* (giurisprudenza);

-Non è ammesso prelevare un organo indispensabile per la vita del donatore come il cuore;

-Non è ammesso prelevare un organo da una persona viva annullando una funzione essenziale, come nel caso di prelevare entrambe le cornee. Il danneggiamento parziale di questa funzione essenziale, allo scopo di trapianto è in fase di dibattito;

-È possibile trapiantare una parte di un organo prelevato per motivi di malattia dello stesso organo, come nel caso della cornea di un occhio prelevato per motivi patologici.

Prelievo da un donatore deceduto

- ***Le condizioni generali per consentire il trapianto:***

- a) ***La necessità:***

Il trapianto è ammesso solamente in casi di necessità terapeutica e quando risulti l'unico mezzo per riparare il danno o per salvare una vita umana. Sono esclusi pertanto i trapianti a fini estetici, se non in casi di concrete conseguenze psicologiche.

Non è ammesso inoltre prelevare più del fabbisogno effettivo provocando deformazioni funzionali al donatore vivo o defunto che sia.

- b) ***Il consenso esplicito del donatore:***

Abbiamo detto poc'anzi che il diritto all'anima ed al corpo -al di là della suprema titolarità del Nostro Creatore- appartiene all'individuo nel quale essi sono presenti. Aggiungiamo, ancora, che l'Islam considera come soggetti a facilitazioni verso l'uomo i vari diritti divini, nel senso cioè che Allah consente a chi si trova in stato di necessità di trasgredire ed oltrepassare i limiti del lecito, laddove invece i diritti dell'uomo non sono alienabili. Cioè se uno, in stato di difficoltà, trova da mangiare del cibo illecito e del cibo di proprietà altrui, deve mangiare di quel cibo illecito, perché il divieto viene da Allah e non può toccare la proprietà altrui senza il consenso di questi; *Allah perdona ogni peccato, ma non perdona, malgrado il pentimento, le ingiustizie verso gli altri finché non vi sia il perdono di chi*

ha subito l'ingiustizia. Da ciò si evince che non è ammesso nessun prelievo da un corpo umano finché la sua volontà non sia espressa *in modo esplicito e non solo implicito.*

L'espressione di volontà avviene:

- Dalla persona stessa se maggiorenne, cosciente e capace di decidere sia che il prelievo avvenga in vita o dopo la morte;
- Dai genitori del minore morto, ma gli stessi genitori non possono decidere al suo posto se questi è in vita, a meno che non si tratti di prelevare -senza rischi- un organo a favore di un altro componente dello stretto nucleo familiare;
- Dai familiari stretti in caso di morte; An-Nawawi afferma che “I familiari hanno priorità sul loro morto”;
- Dai giuristi (Giudici), in mancanza di una decisione esplicita del defunto, e in mancanza di genitori o parenti stretti.

L'insufficiente reperimento degli organi non è una valida giustificazione per imporre la condizione del silenzio-assenso.

Il modo più giusto per accrescere il numero dei donatori è quello di combattere il mancato consenso alla donazione promuovendo campagne culturali e d'informazione al fine di favorire la propensione a donare i propri organi. A tale proposito vi è un fondamento islamico che recita: “La necessità non abolisce i diritti degli altri”.

c) La validità dell'operazione:

Da quanto si è detto, risulta chiaro che se non vi è certezza circa i risultati che si otterranno, non è ammesso nessun prelievo né trapianto; non è ammesso cioè sottoporre l'essere umano a prove e esami di laboratorio come cavie; pertanto, una volta accertato il risultato da ottenere, bisogna assicurarsi che il prelievo non comporti gravi danni al donatore se si tratta di prelievo da soggetto vivente come ad esempio nel caso del trapianto di rene in cui occorre verificare se il risultato ottenuto porti più privilegi al paziente che danni al donatore.

d) Esclusione dei fini commerciali:

Un essere umano non può essere oggetto di valutazione commerciale sia da vivo che da morto, e lo stesso dicasi per i suoi organi. “Il fatto che nell'Islam sia previsto un indennizzo -somma pagata dall'uccisore agli eredi dell'ucciso o, in caso di danni fisici, somma pagata dal colpevole alla vittima del danno- ciò non vuol dire che questo equivale al prezzo della vita o degli organi lesi, ma si tratta semplicemente di un risarcimento del danno dei mancati benefici in ragione dell'aggressione. Tale risarcimento ha carattere punitivo, induce alla cautela ed ostacola la diffusione dei delitti”.

e) L'esclusione dei trapianti di gonadi ed encefalo:

È vietato prelevare gli organi della sfera sessuale e dell'encefalo.

“L’eccezione delle ghiandole della sfera genitale e della procreazione tende alla certezza della paternità, all’integrità dei legami parentali, ed alla purezza della società, visto che le ghiandole genitali maschili e femminili (testicoli ed ovaia) contengono le cellule germinali fautori degli spermatozoi nel maschio e degli ovuli nella femmina, i quali danno origine all’essere umano.

Quindi in caso di donazione, l’organo donato, maschile o femminile, mantiene in produzione i cromosomi ed il DNA del donatore. L’eccezione dell’encefalo è una logica conseguenza del fatto che il prelievo deve avvenire in questo caso prima della morte cerebrale e non dopo”.

f) Divieto della manipolazione genetica:

Non è ammessa per nessuna ragione la manipolazione genetica degli embrioni al fine di realizzare organismi che presentino migliori caratteristiche immunologiche ai fini di trapianto o che si configurino, addirittura, come riserve di organi per soggetti singoli.

g) L’utilizzo di feti per il trapianto:

Si sa come oggi è esistente il commercio di organi di feti fatti abortire a questo scopo, o magari per utilizzare certe cellule del feto per altri scopi.

Dunque è ovvio che questo è un crimine orribile, allo stesso modo di cui lo sia l’uccisione di un uomo a scopo di lucro, quindi ciò è da condannare fermamente.

Islamicamente non è ammesso l’utilizzo degli **organi dei feti** se non in condizioni particolari:

1. Non è ammesso provocare un aborto per utilizzare gli organi del feto in un’altra persona, mentre lo stesso aborto è ammesso per le cause riconosciute islamicamente, come quando lo stesso feto e/o la madre siano in pericolo concreto e reale di vita;

2. Nel caso in cui il feto fosse ancora in vita, diviene doveroso intensificare gli sforzi per aiutarlo a continuare a vivere e non ucciderlo per prelevare i suoi organi, mentre nel caso in cui il feto non fosse in grado di continuare a vivere, non è ammesso utilizzare i suoi organi se non dopo che la sua morte sia decretata secondo le regole ammesse e riconosciute scientificamente, e quindi il tutto deve essere sempre eseguito da esperti fidati.

- *Le due posizioni nei confronti della Morte.*

Secondo il Codice Islamico di Etica Medica: “Se è vero che i vivi possono donare un organo del proprio corpo, anche i morti, a maggior ragione, lo potranno fare; e non ci sarà nessun pericolo per il presunto morto se gli vengono asportati i reni, il cuore, ecc. che saranno utilizzati da una persona viva. Questo è in realtà un grande gesto di carità e risponde perfettamente alla volontà di Allah”.

Innanzitutto bisogna dire che il prelievo di organi viene considerato ammissibile esclusivamente qualora venga eseguito su soggetti la cui morte sia stata accertata. Su corpi giudicati morti frettolosamente o su casi fonte di dubbio o per plessità, questo invece non è ammesso.

Se da una parte vi sono coloro che ritengono che la morte cerebrale sia motivo valido per il prelevamento degli organi, per i contrari, la stessa definizione di morte cerebrale è diversa nelle varie nazioni; e poiché i macchinari non possono tenere sempre in vita un soggetto dichiarato cerebralmente morto e neppure tenere i suoi organi vivi a lungo, allora c'è un momento di morte accertata in cui si distacca, veramente, l'anima dal corpo e cessa ogni forma di vita motivata dall'anima e dove i macchinari non hanno niente a che fare.

Quindi la morte cerebrale non è altro che una fase iniziale della morte che precede e conduce l'essere umano alla morte definitiva.

Allora chi ha detto che la cessazione irreversibile di tutte le funzioni cerebrali, in quanto apparentemente priva l'individuo da ogni possibilità di riprendere la vita, è la morte assoluta o il distacco dell'anima dal corpo?

E con quale mezzo si prova che il distacco dell'anima dal corpo coincide con la morte cerebrale prima della morte delle singole cellule del corpo?

Inoltre bisogna tenere conto che la scienza ha scoperto, con la clonazione, il ritrovamento dell'anima in ogni cellula del corpo, poiché ogni cellula di qualsiasi parte del corpo è capace di seminare una vita (Chissà se una cellula presa da un organo prelevato - da uno dichiarato cerebralmente morto - può portare, con la clonazione, alla realizzazione di una copia di questo morto? O di un organo?)

- *Conclusione*

Vista l'estrema necessità sia per:

-Salvare la vita di alcuni malati che possono essere curati solo trapiantando l'organo, tenendo conto che il trapianto è l'unica alternativa che hanno;

-Salvare la vita di alcuni malati bisognosi di macchinari già utilizzati da altri dichiarati cerebralmente morti nei casi accertati di carenza di apparecchi o aumento esponenziale di malati in casi di catastrofi naturali o altri disastri;

-Tranquillizzare i medici e sostenerli nello svolgere un loro dovere professionale, quando si tratta di prendere decisioni di staccare i macchinari da alcuni morti per favorire altri vivi in estrema urgenza e bisognosi di questi macchinari.

Non possiamo se non:

-Ammettere e dare il consenso ai prelievi e trapianti di organi e tessuti, ma in modo molto cauto, prudente, e basato su norme scientifiche solide;

- Ricordando che il trapianto diventa raccomandato, e non solo consigliato, qualora si tratta di salvare una rispettabile vita minacciata dalla morte per motivo di malfunzionamento o danneggiamento di uno o più dei suoi organi vitali;
- Chiedendo agli scienziati ad intensificare le ricerche e gli studi per trovare un'alternativa più sana e più serena, finche possibile.

Il punto di vista della chiesa ortodossa

Sorin Iustian Deac

- *Cos'è l'Ortodossia*

L'ortodossia è la Chiesa una santa, cattolica (senso universale e non confessionale cattolico e Apostolica fondata da Cristo risorto, testimoniata dalla fede comune degli apostoli e i loro discepoli: vescovi, preti, diaconi e laici del mondo intero. Questo nello Spirito Santo, per tutti i secoli, nei Sacramenti, in un mondo spirituale, ascetico liturgico e dogmatico ortodosso, fedele alla tradizione Apostolica, professato dalla Chiesa, prima dello Scisma del 1054

- *Chi sono gli Ortodossi*

Sono coloro che hanno conservato la fede cristiana in forma originaria, senza aggiungere e togliere nulla, conservano e professano un'unica via certa che porta alla salvezza, l'Ortodossia. Ci sono: russi, romeni, greci, bulgari, serbi, georgiani con i rispettivi patriarcati ortodossi. I patriarcati ortodossi in oriente sono: Gerusalemme, Antiochia, Alessandria, Costantinopoli. Ci sono chiese ortodosse autocefale o autonome in Polonia, Estonia, Finlandia, Macedonia con organi rappresentativi in Occidente.

- *Chi governa la chiesa ortodossa*

Il foro supremo dell'Ortodossia è costituito dai rappresentanti di tutte le chiese ortodosse, convocati nel Grande e Santo Sinodo, chiamato Sinodo Ecumenico.

- *Trapianto degli organi nel mondo ortodosso*

Nel mondo ortodosso non esiste ancora una posizione unitaria sui problemi etici e anche sul trapianto degli organi. E su questo hanno discusso le delegazioni delle chiese ortodosse, che si sono incontrate nel 2008 a Costantinopoli.

- *I principi generali*

La vita della persona umana è unica e irripetibile; è un dono di Dio. La persona è corpo e anima, ma si accorda una massima importanza alla sua salvezza. Lattosi di donare la vita, per fede in Dio o per il prossimo, ci rivela il vero senso della vita cristiana. Su questo è fondato l'eroismo ed il martirio.

Il dono della vita consiste nella sua santificazione e per questo la cosiddetta "qualità della vita" dovrebbe essere fatta perché l'uomo non rimanga fuori dalla salvezza ma in comunione con sé stesso, il prossimo e Dio.

L'insegnamento cristiano ortodosso accorda una maggiore importanza al corpo umano nella vita, ma anche nella morte. La persona umana ci rivela l'amore di Dio manifestato in una persona unica ed irripetibile (corpo ed anima). Il corpo umano è il tempio dello Spirito Santo ora e per l'eternità.

La morte intesa come separazione dell'anima dal corpo non giustifica l'idea profana di considerare il corpo come un oggetto, anche di una certa importanza, o semplice merce.

- *Regole speciali*

Il trapianto deve avere come fondamenta l'amore cristiano rivolto verso il prossimo, ma con alcuni criteri:

1. rispettare la dignità della persona;
2. avere uno scopo terapeutico;
3. essere per il bisogno del prossimo;
4. rispettare la vita ma anche la morte della persona;
5. rispettare i diritti dell'uomo e la dimensione spirituale dell'esistenza umana, anche in punto di morte;
6. che non sia determinato da opportunismo politico, indigenza o curiosità medica.

La donazione implica l'amore verso il prossimo e spirito di sacrificio. Le politiche del trapianto non devono essere imposte alle persone ma proposte, con libertà di scelta positiva o negativa.

Il prelievo di organi tessuti o cellule deve essere attuato solo per scopi terapeutici, per salvare o migliorare la vita delle persone.

Per eseguire i trapianti si deve chiedere il consenso in vita, del loro testamento o il consenso dei familiari in caso di morte. Non si deve permettere la provocazione volontaria, fortuita degli infortuni o mutilazione anche morte a scopi terapeutici o per trapianto.

Il trapianto deve essere ben motivato dai medici e deve avere come finalità il miglioramento della persona ammalata.

Quando si sta realizzando un trapianto si deve tenere conto non soltanto della sua dimensione puramente biologica e medica, ma anche della dimensione sacrale spirituale dell'intervento.

Il trapianto deve essere messo in pratica se non esistono altre soluzioni di cura certe.

- *La responsabilità dei medici*

Il medico deve essere cosciente che agisce come strumento e collaboratore di Dio, per il bene delle persone.

Anche se affermiamo che la donazione degli organi è un'espressione di amore cristiano verso il prossimo, questo non fa nascere l'obbligo morale di donare organi, contro la nostra coscienza e volontà.

- *Alcune considerazioni*

Alle persone implicate nell'intervento si chiede l'accordo:

Persone viventi: accordo scritto

Defunti: accordo dei familiari

Il donatore vivente nel caso di donazione tra viventi deve essere:

1. sano di mente;

2. la sua vita non deve essere messa in pericolo;
3. gli devono essere stati presentati i rischi e le problematiche prima e dopo l'intervento.

Il donatore cadavere:

1. l'equipe medica che constata la morte non deve essere la stessa che preleva gli organi;
2. i medici che constatano la morte sono responsabili davanti a Dio se la morte è avvenuta o no.

- *Epilogo*

La chiesa ortodossa benedice ogni pratica medica per curare le persone umane e per sollevarli dalla sofferenza e anche il trapianto da donatore vivo o defunto.

Nello stesso tempo la chiesa ortodossa mette in guardia, che il trapianto non deve essere accettato e visto come una pratica medica, che può cancellare malattia e morte per eternizzare la vita terrena, poiché esiste la fede nella vita eterna.

Non si accetta il traffico di organi o il commercio istituzionalizzato. La Chiesa non può essere d'accordo con il trapianto di tessuti embrionali che comporta il rischio di affezioni gravi.

La Chiesa rispetta la piena libertà di coloro che sono o non sono d'accordo con il trapianto.

È fermamente contraria ad un negazionismo dei trapianti consigliato da alcuni che si oppongono anche alla trasfusione di sangue.

L'Ortodossia vede nel trapianto una performance scientifica, la benedice quando cerca e trova soluzioni, di guarigione o miglioramento della vita della persona umana, per prepararsi meglio alla vita eterna.

Le associazioni di volontariato nel complesso processo di donazione e trapianto interventi preordinati

Gloria Aita

Il ruolo delle **Associazioni di Volontariato** è parte integrante di un sistema efficace che abbia come obiettivo la sensibilizzazione, informazione corretta, la prevenzione della salute, la diffusione del principio etico e civico della disponibilità alla donazione degli organi.

Per essere incisiva, l'azione intrapresa dal ministero della sanità ha coinvolto tutte le componenti di un sistema (enti locali, medici di base, strutture ospedaliere, le scuole) e in questo impegno non poteva certo prescindere dal coinvolgimento delle associazioni di volontariato che, specie nel FVG, da molti anni sono attive sul territorio e numerose (attualmente 11).

La legge 91 del 1990 prevedeva un'azione di sensibilizzazione sul territorio, che però era prevalentemente condotta dall'iniziativa delle singole associazioni, senza particolari supporti istituzionali. Questi si sono intensificati in ricorrenze specifiche: ad esempio in occasione della settimana del dono, che avviene ogni anno in primavera quando questo tema ha una visibilità a livello nazionale. (Ricordiamo l'iniziativa del Ministro R. Bindi con invio della tessera l. 91 del 99).

Ultimamente sono stati trasmessi, in tante reti televisive, degli spot, predisposti dal Ministero alla Salute, ma durante tutto l'arco dell'anno la maggior azione di sensibilizzazione è stata proseguita dalle Associazioni di volontariato.

Azione non sempre facile, specie se si pensa che il tema della donazione degli organi è molto delicato, implica una serie di problematiche (il concetto di morte, dell'integrità fisica, degli aspetti religiosi e culturali).

Le Associazioni, specie in questi ultimi anni, hanno svolto la loro attività sostenute dagli enti locali (Province, Regione, Comuni) e si sono raccordate con il Centro Regionale Trapianti, ma hanno anche studiato varie forme di canali comunicativi e di strategie per fissare l'attuazione della comunità su un tema così impegnativo in un'epoca in cui i singoli sono tempestati da messaggi, stimoli, problematiche molteplici.

Un'epoca in cui la filosofia di vita è cambiata, è diversa da anni fa, da quella di generazioni precedenti.

A questo proposito mi riallaccio alle nuove generazioni che hanno un tipo di vita frenetico, per certi aspetti (proprio perché bombardati da sollecitazioni diverse e dal consumismo più estremo) ma spesso annoiato per altri aspetti, pertanto sono alla ricerca di emozioni nuove perché, divenuti impermeabili agli stimoli emotivi.

I giovani oggi difficilmente si impegnano nel volontariato e in altre forme di associazionismo (come i gruppi corali, le pro loco...) e a volte alcuni attuano azioni di vandalismo e bullismo.

Circolare Min. volont.

Però, se messi di fronte a situazioni emotivamente pregne di significato, sanno reagire con sensibilità, hanno necessità di essere educati alla solidarietà, di essere formati al senso civico di essere informati correttamente e stimolati alla riflessione su temi così delicati come quello della donazione.

I giovani sono ancora capaci di provare sentimenti nobili, ma devono essere accompagnati in questo da che ha ruoli educativi fondamentali: la famiglia, la scuola e la società.

E vengo alla centralità della scuola.

Una scuola che è specchio della società, che rappresenta il compendio di tutte le situazioni sociali e componenti culturali diversi.

Una scuola molto differenti dal passato, frequentata da ricchi e poveri, da molti ragazzi che vivono disagi sociali e familiari, che hanno culture diverse, religioni diverse.

Ormai la presenza dei cittadini di origine straniera sul nostro territorio, i nuovi cittadini, è ben radicata, tanto che siamo di fronte alle seconde, anche alle terze generazioni completamente integrate. La media degli studenti di cultura diversa è del 9.3% solo in provincia di Udine, provenienti da 113 paesi.

Sempre in questa provincia le presenze totali sono di 5860 alunni in età scolare.

Il compito educativo e formativo della scuola è quello di fare “rete” tra le varie comunità, di valorizzare le altre culture ma anche di diffondere la conoscenza di diritti e doveri che ogni cittadino ha, italiano, autoctono o straniero.

Una sfida impegnativa. E qui si innesta il progetto Ministeriale, articolato nelle varie azioni che coinvolgono gli enti locali, gli operatori sanitari, le comunità di cultura diversa e la scuola, le associazioni.

Il progetto, condiviso dal Ministero della Salute unitamente al Ministero dell’Istruzione e al Centro Nazionale Trapianti, prevede un azione sistematica di informazione e sensibilizzazione all’interno delle scuole di tutta l’Italia.

Si tratta di un passo molto importante, di una svolta di forte rilievo.

Prima, l’opera di sensibilizzazione nelle scuole, avveniva per iniziative delle varie associazioni di volontariato, in collaborazione con dei medici sensibili e di alcuni trapiantati e familiari di donatori.

Le scuole potevano aprire la loro porte o meno, a seconda della sensibilità dei dirigenti scolastici e del corpo docente.

Per alcuni questi incontri facevano parte integrante della formazione degli studenti; per altri rappresentavano un disturbo dell’organizzazione curricolare... e quindi non davano disponibilità.

Oggi il progetto TVD si rivolge istituzionalmente a tutte le scuole della Nazione, si appella ai doveri educativi delle stesse scuole e legittima un’opera capillare sul territorio, che non potrebbe essere sviluppati se non ci fosse l’attuazione delle associazioni di volontariato (donatori e trapiantati) e del personale medico preposto.

Nella regione Friuli Venezia Giulia, l'azione TVD dovrebbe interessare i seguenti Istituti:

ISTITUTI	ISTITUTI	ISTITUTI	SEDI MEDIE	SECONDARIE
208	MEDIE	SECONDARI		
	PN 24	15	PN 35	PN 25
	TS 21	17	TS 25	TS 25
	UD 37	30	UD 79	UD 64
	GO 15	10	GO 16	GO 27
	97	72	155	142
PARITARIE	MEDIE	SUPERIORI		
	PN 2	7		
	TS 1	1		
	UD 7	4		
	GO 1	1		
	11	13		

PROGETTO TVD – TI VOGLIO DONARE

**PROGETTO
“DAI VALORE
ALLA VITA
2007”**

→ **MINISTERO SALUTE**
→ **CENTRO NAZIONALE TRAPIANTI**
→ **CENTRO REGIONALE TRAPIANTI**
→ **ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO**

→ **MINISTERO DELL'ISTRUZIONE,
UNIVERSITA' E RICERCA**



PATROCINIO DIREZIONE SCOLASTICA REGIONALE SALUTE

PROGETTO TVD IN FRIULI VENEZIA GIULIA

AZIONI

→ **CORSO DI FORMAZIONE PER DOCENTI**
→ **INTERVENTI NELLE SCUOLE sec. I° e II° grado**
(sensibilizzazione prevenzione)
→ **INCONTRI CON LE ASS. DI VOLONTARIATO**
→ **INCONTRI CON MEDICI E CHIRURGHI**



DISPONIBILITA' DI TRAPIANTATI E FAMIGLIE DI DONATORI
(per raccontare le loro esperienze nelle scuole)

FINALE

Per il Ministero istruzione, il 2009, l'anno del **DIALOGO INTERCULTURALE** e pertanto i tempi sono veramente **“MATURI”** per parlarci, capirci, rispettarci e trovare insieme degli obiettivi comuni siamo tutti cittadini dello stesso paese i nostri figli crescono insieme e costruivano il mondo di domani.

Ci troviamo ad una svolta culturale che parte dalle nuove generazioni e **noi adulti** abbiamo l'importante compito di educarli e aiutarli a crescere **INSIEME** e a credere e ritrovare quei valori che fanno veramente l'**UOMO**, che non sono danaro e successo, ma sentimenti, altruismo, solidarietà, senso civico e anche **SAPER DONARE**.

ALLEGATI

Associazione mediatori comunità

Amadou Kane

Il mediatore di comunità è una figura professionale formata con 500 ore di teoria e 150 ore di tirocinio per affiancare gli operatori sanitari e rendere più fruibile il servizio per l'utente. L'attività di mediazione culturale è nata nel '99 con il progetto denominato "Ethnos e demos" e nel 2000 si è costituita l'Associazione Mediatori di Comunità – onlus.

Il mediatore di comunità è una figura che è molto vicina culturalmente ed emotivamente alla famiglia della persona straniera ricoverata. È molto importante comprendere che il mediatore non svolge una funzione di semplice traduzione ma rappresentano un elemento che viene accolto all'interno della famiglia, un elemento rassicurante che rappresenta anche una garanzia che tutto si stia svolgendo nel modo più corretto e trasparente.

Nel corso dei colloqui e degli incontri tra personale sanitario, familiari e mediatore di comunità questo ultimo diventa un vero e proprio membro della famiglia che pone domande al posto dei familiari, chiede chiarimenti ed informazioni.

Nell'anno 2009, a supporto dell'attività di mediazione nel processo di donazione di organi, verrà svolto un corso di formazione, promosso dal Centro Regionale Trapianti FVG, che rappresenterà un momento di confronto e di incontro tra operatori sanitari e mediatori di comunità e che avrà il duplice scopo di aumentare le conoscenze sulla donazione e trapianto e di aiutare medici ed infermieri a comprendere come rapportarsi correttamente con le famiglie di diverse etnie.

**DISCORSO DEL SANTO PADRE 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

Venerati Confratelli nell'Episcopato,
Illustri Signori e Signore!

La donazione di organi è una forma peculiare di testimonianza della carità. In un periodo come il nostro, spesso segnato da diverse forme di egoismo, diventa sempre più urgente comprendere quanto sia determinante per una corretta concezione della vita entrare nella logica della gratuità.

Esiste, infatti, una responsabilità dell'amore e della carità che impegna a fare della propria vita un dono per gli altri, se si vuole veramente realizzare se stessi. Come il Signore Gesù ci ha insegnato, solamente colui che dona la propria vita potrà salvarla (cfr Lc 9,24). Nel salutare tutti i presenti, con un particolare pensiero per il Senatore Maurizio Sacconi, Ministro del Lavoro, della Salute e Politiche Sociali, ringrazio l'Arcivescovo Mons. Rino Fisichella, Presidente della Pontificia Accademia per la Vita, per le parole che mi ha rivolto, illustrando il profondo significato di questo incontro e presentando la sintesi dei lavori congressuali. Insieme con lui, ringrazio anche il Presidente dell'International Federation of Catholic Medical Associations e il Direttore del Centro Nazionale Trapianti, sottolineando con apprezzamento il valore della collaborazione di tali Organismi in un ambito come quello del trapianto degli organi che è stato oggetto, illustri Signori e Signore, delle vostre giornate di studio e di dibattito.

La storia della medicina mostra con evidenza i grandi progressi che si sono potuti realizzare per permettere una vita sempre più degna ad ogni persona che soffre. I trapianti di tessuti e di organi rappresentano una grande conquista della scienza medica e sono certamente un segno di speranza per tante persone che versano in gravi e a volte estreme situazioni cliniche. Se il nostro sguardo si allarga al mondo intero è facile individuare i tanti e complessi casi in cui, grazie alla tecnica del trapianto di organi, molte persone hanno superato fasi altamente critiche e sono state restituite alla gioia di vivere. Questo non sarebbe mai potuto avvenire se l'impegno dei medici e la competenza dei ricercatori non avessero potuto contare sulla generosità e sull'altruismo di quanti hanno donato i loro organi. Il problema della disponibilità di organi vitali da trapianto, purtroppo, non è teorico, ma drammaticamente pratico; esso è verificabile nella lunga lista d'attesa di tanti malati le cui uniche possibilità di sopravvivenza sono legate alle esigue offerte che non corrispondono ai bisogni oggettivi.

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. Come ho detto nella mia prima Enciclica, il corpo non potrà mai essere considerato un mero oggetto (cfr *Deus caritas est*, n. 5); la logica del mercato, altrimenti, avrebbe il sopravvento. Il corpo di ogni

persona, insieme con lo spirito che è dato ad ognuno singolarmente, costituisce un'unità inscindibile in cui è impressa l'immagine di Dio stesso. Prescindere da questa dimensione conduce verso prospettive incapaci di cogliere la totalità del mistero presente in ognuno. È necessario, quindi, che in prima istanza si ponga il rispetto per la dignità della persona e la tutela della sua identità personale. Per quanto riguarda la tecnica del trapianto di organi, ciò significa che si può donare solamente se non è mai posto in essere un serio pericolo per la propria salute e la propria identità e sempre per un motivo moralmente valido e proporzionato. Eventuali logiche di compravendita degli organi, come pure l'adozione di criteri discriminatori o utilitaristici, striderebbero 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 persona.

Avviene spesso che la tecnica del trapianto di organi si compia per un gesto di totale gratuità da parte dei parenti di pazienti di cui è stata accertata la morte. In questi casi, 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 sfruttamento. È utile ricordare, comunque, che i singoli organi vitali non possono essere prelevati che ex cadavere, il quale peraltro possiede pure una sua dignità che va rispettata. La scienza, in questi anni, ha compiuto ulteriori progressi nell'accertare la morte del paziente. È bene, quindi, che i risultati raggiunti ricevano il consenso dall'intera comunità scientifica così da favorire la ricerca di soluzioni che diano certezza a tutti. In un ambito come questo, infatti, non può esserci il minimo sospetto di arbitrio e dove la certezza ancora non fosse raggiunta deve prevalere il principio di precauzione. È utile per questo che si incrementi la ricerca e la riflessione interdisciplinare in modo tale che la stessa opinione pubblica sia messa dinanzi alla

più trasparente verità sulle implicanze antropologiche, sociali, etiche e giuridiche della pratica del trapianto. In questi casi, comunque, deve valere sempre come criterio principale il rispetto per la vita del donatore così che il prelievo di organi sia consentito solo in presenza della sua morte reale (cfr Compendio del Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 476). L'atto d'amore che viene espresso con il dono dei propri organi vitali permane come una genuina testimonianza di carità che sa guardare al di là della morte perché vinca sempre la vita. Del valore di questo gesto dovrebbe essere ben cosciente il ricevente; egli è destinatario di un dono che va oltre il beneficio terapeutico. Ciò che riceve, infatti, prima ancora di un organo è una testimonianza di amore che deve suscitare una risposta altrettanto generosa, così da incrementare la cultura del dono e della gratuità.

La via maestra da seguire, fino a quando la scienza giunga a scoprire eventuali forme nuove e più progredite di terapia, dovrà essere la formazione e la diffusione di una cultura della solidarietà che si apra a tutti e non escluda nessuno. Una medicina dei

trapianti corrispondente a un'etica della donazione esige da parte di tutti l'impegno per investire ogni possibile sforzo nella formazione e nell'informazione, così da sensibilizzare sempre più le coscienze verso una problematica che investe direttamente la vita di tante persone. Sarà necessario, pertanto, fugare pregiudizi e malintesi, dissipare diffidenze e paure per sostituirle con certezze e garanzie in modo da permettere l'accrescersi in tutti di una sempre più diffusa consapevolezza del grande dono della vita.

Con questi sentimenti, mentre auguro a ciascuno di continuare nel proprio impegno con la dovuta competenza e professionalità, invoco l'aiuto di Dio sui lavori del Congresso ed imparto a tutti di cuore la mia Benedizione.

Il Centro Nazionale Trapianti

Alessandro Nanni Costa

L'aspetto etico dei trapianti richiede una bussola, un orientamento. Questo perché le pressioni, le necessità, gli equilibri e le scelte sono davvero complessi e la bussola che ci deve dirigere in questo mondo delicato dei trapianti è data dal riuscire ad offrire un'assistenza adeguata ai pazienti. E il punto centrale è proprio questo, come fornire ai tanti pazienti in attesa di un organo una corretta assistenza?

Nel nostro paese sono circa 9000 le persone iscritte in lista di attesa e di questi 6500 attendono un rene, circa il 15-20 % del totale dei pazienti in dialisi. Mentre per il rene abbiamo un'idea precisa di quanti pazienti sono iscritti in lista, non succede altrettanto per gli altri organi. Ad esempio, per il trapianto di fegato per il quale ci sono 1500 iscritti in lista, sappiamo che, in realtà, i pazienti che potrebbero trarre benefici da un trapianto non sono solo quei 1500, ma molti di più. Per il cuore la situazione è ancora più complessa perché abbiamo in lista circa 700 pazienti, ma sappiamo che per quest'organo il trapianto non è l'unica terapia, ma una possibile strategia terapeutica arrivati ad un certo punto della malattia. Per il polmone la situazione è altrettanto delicata.

In generale, dunque, un primo punto delicatissimo è quello legato ai criteri di accesso alle liste.

Accanto a questo c'è poi la questione dell'età: anni fa l'età massima per ricevere un trapianto era 50 anni. Oggi l'età è andata crescendo e siamo arrivati anche a 70 anni. Sul tema dell'età per ricevere un organo abbiamo avuto forti discussioni anche a livello nazionale, ma il criterio generale che credo giusto seguire è che non ci può essere un limite convenzionale valido sempre, esistono parametri e criteri da rispettare, ma occorre anche una valutazione del caso.

Sul tema dell'allocazione, poi, dobbiamo cercare di usare al meglio questo "bene scarso" nel modo più attento ed accurato possibile. Per aumentare il numero di organi disponibili devono aumentare le donazioni, ma non bisogna assolutamente forzare la volontà delle persone sul tema della donazione. Secondo i dati europei non esiste infatti nessuna correlazione tra paesi che hanno un sistema tipo silenzio-assenso e incremento di numero degli organi. Non esiste nemmeno il contrario: tutti i Paesi che pretendono una scelta in vita non ottengono i migliori risultati. Hanno invece i risultati migliori quei Paesi che riescono a portare la possibilità della donazione a quanti più soggetti in morte cerebrale ci siano. Quindi il problema etico non può e non deve essere risolto con la scelta di una modalità di espressione della volontà della donazione piuttosto che un'altra, ma con un'organizzazione efficiente che faciliti e favorisca l'incremento dei donatori all'interno del mondo della Sanità. Inoltre, io non amo tanto l'espressione "dono d'amore" per indicare la donazione.. Ritengo che essa sia l'espressione di una consapevolezza civica intesa nei confronti della comunità. La donazione è un tema che va affrontato in modo da essere preparati (per quanto sia possibile prepararsi alla morte) e poter esercitare una scelta consapevole. Non possiamo pensare a una scelta forzata, ma ad un modo per favorire la crescita sociale. Da parte sua il sistema deve dare le

migliori garanzie di efficienza ed efficacia e deve saper trasmetterle tramite l'accoglienza del paziente e della sua famiglia.

Infine, mi avvicino al tema dell'equità in un sistema sanitario dove incide sempre di più il tema della migrazione Sud-Nord nonché quello degli stranieri.

Rispetto alla prima questione, mi preme sottolineare che si tratta di un tema molto sentito a livello regionale che può essere risolto solo attraverso un aumento delle donazioni, mediante programmi specifici, in quelle regioni che hanno meno donazioni e non attraverso un sistema che controlla la migrazione. L'allocazione regionale è e resta un pilastro importante del nostro sistema e dobbiamo lavorare perché tutti possano accedere a cure appropriate nel territorio ove abitano. È anche un modo per diminuire il gap esistente tra la sanità del Nord e quella del Sud.

Altrettanto va detto per la cura dei pazienti stranieri. Premesso che noi preleviamo organi agli stranieri che muoiono in Italia per curare i nostri pazienti, dobbiamo prevedere anche la possibilità di cura, almeno in situazioni di urgenza. La donazione è un gesto di per sé etico e universale, che va là di là di qualsiasi steccato. Il beneficio che ne deriva deve essere gestito secondo criteri di eticità e universalità e come tale salvaguardata da ogni rischio di segmentazione.

Credo che questo sia un messaggio importante che può venire dal settore del trapianto e che può essere esteso a tutto il nostro sistema sanitario.

Il Centro Regionale Trapianti

Francesco Giordano

Comunicato stampa

Il 12 dicembre 2008 si terrà il convegno dal titolo "ASPETTI ETICI, RELIGIOSI E CULTURALI NELLA DONAZIONE E TRAPIANTO" organizzato dal Centro Regionale Trapianti del Friuli Venezia Giulia.

Tra le autorità interverranno l'Assessore alla Salute Vladimir Kosic, il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Santa Maria della Misericordia" Carlo Favaretti ed il Sindaco di Udine Furio Honsell.

Il Centro Regionale Trapianti insieme al Centro Nazionale Trapianti presenterà la propria posizione nel contesto multietnico attuale, evidenziando l'importanza ed il grande valore etico e solidaristico della donazione di organi dopo la morte, a scopo di trapianto. Verrà sottolineato inoltre come la rilevanza ed il grande senso civico di tale gesto di generosità venga diffuso e trasmesso ai cittadini in modo corretto.

Per una diffusione capillare sul territorio dei concetti fondamentali in tema dono e trapianto, il Centro Nazionale Trapianti in collaborazione con i Centro Regionali per i trapianti e le associazioni di volontariato ha dato avvio a 3 progetti:

1) progetto Scuole-TVD che riguarderà la sensibilizzazione di insegnanti e studenti di scuola secondaria di I e II livello

2) progetto Comuni d'Italia-ANCI che riguarderà la sensibilizzazione degli ufficiali di anagrafe che distribuiranno ai cittadini del materiale informativo sulla donazione e trapianto di organi al rinnovo della carta di identità

3) progetto Medici di famiglia che prevede l'aggiornamento di tali professionisti mediante un corso on line.

In questo contesto pertanto, è molto rilevante il ruolo rivestito dai rappresentanti religiosi nel trasmettere questo messaggio di generosità e solidarietà ai propri concittadini. A questo scopo, il Centro Regionale Trapianti nell'ambito del **progetto Migranti**, oltre al convegno odierno, ha programmato, per l'anno 2009, un corso di formazione rivolto alla figura del mediatore di comunità che si è dimostrata di fondamentale importanza nei colloqui con le famiglie straniere al fine di trasmettere in modo adeguato il concetto di morte cerebrale e donazione di organi.

Nell'ambito del convegno Salvatore Geraci, presidente della società italiana di medicina delle migrazioni, introdurrà la tematica dell'immigrazione e del diritto a donare e a ricevere. Sandro Spinsanti, docente di bioetica, affronterà la complessa tematica da questo punto di vista ed i rappresentanti di diverse religioni, tra cui don Pierluigi Di Piazza, daranno il loro contributo spiegando la posizione della propria confessione in tema dono e trapianto. Interverranno inoltre il mondo della scuola, dei mediatori di comunità e per l'Associazione Nazionale Comuni d'Italia parteciperà il sindaco di Tavagnacco, Mario Pezzetta, presidente del Consiglio delle Autonomie locali del FVG. Seguirà poi una tavola rotonda con le autorità politiche regionali che sintetizzerà quanto emerso nel corso della mattinata.

**Intervento del dott. Amos Luzzato,
già Presidente Unione delle Comunità Ebraiche Italiane**

A monte del problema dei trapianti d'organo sta un problema più esteso, quello della valutazione della persona ammalata e dei compiti che spettano -se spettano- agli esseri umani nel trattamento della condizione di malattia.

La lingua ebraica della Bibbia presenta a questo proposito alcuni termini che non sono sinonimi ma che troppo spesso, nelle tradizioni, sono presentati come tali. Essi sono: נֶפֶשׁ (nefesh), o essenza vitale, spesso vitalità;

חַיִּים (chayim), vita in atto, salute in atto, da cui deriva חַי (chay), vivente, essere umano in buona salute;

נְשָׁמָה (neshamà), respiro di un vivente;

רוּחַ (ruach), spirito, soffio di vento, essenza superiore, anche divina.

Questi termini sono a volte accoppiati ed acquistano così un significato particolare. Ad esempio, quando Dio, in Genesi 2:7, crea l'uomo, 1) lo plasma dalla materia inerte; (2) gli insuffla nelle nari una *neshamà*-di vita e, come conseguenza, Adamo diventa (3) un essere "vitale" (in senso potenziale) ma che è ora "vivo", in atto (*nefesh chayà*).

Devo insistere su queste sottili distinzioni per evitare di procedere a traduzioni assurde, delle quali porterei due esempi: Esodo 2:19 "Le ostetriche dissero al Faraone: le donne ebraiche non sono come le egiziane, perché esse sono vive (?); le ostetriche non fanno in tempo ad arrivare che hanno già partorito".

Isaia 38:1: "In quei tempi si ammalò Ezechia, in punto di morte andò da lui il profeta Isaia figlio di Amotz e gli disse: così ha detto il Signore: fai un testamento per la tua casata, perché stai morendo e non vivrai". La retorica pleonastica dei due verbi, uno al positivo e uno con la negazione, non appartengono agli scarni stilemi biblici. La tradizione corretta è pertanto: "Stai morendo e non guarirai".

Ossia: "non tornerai nel pieno possesso delle tue facoltà fisiche", ma perché ci si ammala?

Il grosso errore dei tre amici di Giobbe è di partire dalla premessa (corretta) che è in potere di Dio di punire il peccatore con le malattie e le sofferenze che ne conseguono, per trarne la conclusione (sbagliata) secondo la quale *sempre, qualsiasi* malattia risponde a queste caratteristiche e pertanto il povero Giobbe è certamente un peccatore.

Ne deriverebbe che noi, esseri umani e soprattutto medici, non avremmo il diritto di interferire con le nostre cure con le volontà di Dio, ma al massimo potremmo invocarlo con le preghiere, come fece Mosè con sua sorella Miryam: *El, nà, refà nà là* (Dio, deh, dà a lei la cura, Numeri 12:13).

In altre parole: la salute e la malattia sarebbero nelle mani di Dio e noi non solo non potremmo, ma neppure dovremmo interferire con il decorso "naturale" della malattia stessa.

Ma è proprio questo il pensiero ebraico?

No, non è questo. La maggior parte dei commentatori si basa su Esodo 21:19, dove si tratta del risarcimento delle lesioni provocate da una persona nei confronti di un'altra persona. Se la vittima riprende a camminare, il colpevole dovrà risarcirlo per quello che noi diremmo il lucro cessante e per le spese delle cure per rimmetterlo in salute. L'ebraico

dice *rappò yerappè* e tutta la tradizione si riferisce alle *cure mediche* che diventano così non tanto ammesse quanto doverose.

In una famosa narrazione talmudica un contadino rimprovera i Maestri, che, operando anche come guaritori, interferiscono con il decorso *naturale* della malattia. Questi gli fanno descrivere il suo mestiere e a loro volta lo rimproverano di interferire con il decorso *naturale delle piante*. È chiara la lezione: la "natura" alla quale apparteniamo è un intreccio di leggi biologiche e di attività umane; certo, non di qualsiasi attività umana ma di ecologia parleremo semmai un'altra volta.

La lingua ebraica e la tradizione talmudica conoscono un altro termine: *piqqùach nèfesh*, che tradurremmo con "salvaguardia della vitalità della persona". Questo è un preciso compito che spetta a noi esseri umani. La sua importanza è tale che per realizzarla è permesso violare persino il Sabato, la più sacra delle ricorrenze ebraiche.

Che cosa si possa fare a questo scopo non può essere codificato una volta per tutte, perché l'evoluzione delle conoscenze mediche -per fortuna- non ce lo permette. Ma è chiaro che nel concetto ci sono due valenze, una quantitativa, che è la durata della vita, meglio dire l'aspettativa di vita, a condizione di intendere l'età mediana di sopravvivenza per chi *ha già raggiunto* una determinata età. La seconda valenza, diciamolo pure, è la qualità della vita, anche se questa affermazione potrebbe far inorridire qualcuno, secondo me a torto. È infatti indiscutibile che si vive meglio camminando con due stampelle che non in una carrozzella da paraplegici e meglio ancora con una deambulazione autonoma. Il problema è che le *invalidità* parziali sono sempre più frequenti; alcune permettono un adattamento, per forza d'animo e per sussidi sociali, altre meno o per niente. Una grave insufficienza renale o cardiaca non si superano con il conforto morale e va dato oggi atto alla Medicina moderna che con i trapianti d'organo ci ha fatto fare un enorme passo avanti.

Si pongono certamente nuovi problemi, non solo tecnici ma bioetici, che siano collegati a specifiche teologie o meno.

Va premesso necessariamente che non esiste una vera e propria teologia ebraica, soprattutto perché non esiste oggi -se è mai esistita- una unica autorità centrale investita della vera interpretazione dei testi e delle tradizioni.

Il problema principale che si pone dal punto di vista del ricevente è soprattutto sulla natura dell'organo trapiantato; se esso deve essere considerato estraneo al ricevente può porre singolari problemi in caso che quest'ultimo sia di stirpe sacerdotale, un *kohen* e che, contemporaneamente, il trapianto venga eseguito dal cadavere e non dal vivente. Un *kohen* non può contaminarsi con il contatto con un morto o con una sua parte. È però doppiamente interessante che il Talmud (Sotà 43 b) faccia un parallelo con gli innesti in botanica. Per prima cosa, per la analogia biologica. Per seconda cosa, perché è una delle testimonianze di esperienze agricole fra gli ebrei, almeno mesopotamici, della metà del I secolo d.C. L'innesto diventa parte organica dell'ospite -viene affermato. E questo dovrebbe superare le suddette difficoltà, ma viene fatto di domandarsi se il ragionamento potrebbe valere anche per gli xeno-trapianti, per non dire per estratti animali impiegati in farmacopea.

Dal punto di vista del donatore, bisogna distinguere il donatore morto da quello vivo.

Per il primo, il problema è duplice. La tradizione ebraica esige la sepoltura tempestiva della salma, cosa che pone seri problemi anche per le autopsie. La maggior parte del

mondo rabbinico tende a essere concessiva, a condizione che sia chiara l'intenzione curativa o di un ampliamento delle conoscenze mediche ai fini delle cure ai viventi. E tuttavia molti esigerebbero se non proprio un consenso pre-mortem del defunto, almeno quello dei più stretti parenti.

Per il donatore vivo siamo stati testimoni di alcuni decenni di discussioni, che si sono equilibrate solo ponendo la condizione che il procedimento del prelievo o le sue conseguenze presentino un rischio per il donatore inferiore alla probabilità di beneficio che si prevede arrechi al ricevente.

Questo sposta però la decisione da un consenso "teologico" a un consenso medico; per essere precisi a un consenso di epidemiologi clinici. Si tratta di un grande passo avanti, anche perché concettualmente non si chiede all'operatore una garanzia di certezza, che nessuno potrebbe dare, ma solo di probabilità.

Non ci sono serie difficoltà reali per stabilire la soglia di questa garanzia (quanto a quanto in termini di probabilità?) in quanto sono gli stessi operatori che, ben consapevoli sempre di orientarsi secondo una scelta di *rischi/benefici*, rifiuterebbero comunque l'azzardo.

Un discorso a parte deve essere fatto per il trapianto cardiaco.

Prescindiamo totalmente dalle vecchie concezioni secondo le quali il cuore sarebbe la sede dell'anima del vivente, contro le quali neppure la pineale di Cartesio avrebbe potuto molto. È certo però che il *sangue* rivestisse già un profondo significato nel culto sacrificale ebraico, ai tempi del I e del II Santuario e che ripetutamente nel Pentateuco si collega la vitalità dell'uomo o dell'animale (la *nefesh*) con il sangue. Vedi Levitico dal cap. 4 al cap. 16 e le affermazioni esplicite di Levitico 17:11, 17:14, 19:26.

Ancor oggi la singolare precettazione cosiddetta noachide, di non nutrirsi di un organo di un animale vivente, trova riscontro nel procedimento di macellazione ebraico che prevede il dissanguamento dell'animale sacrificato.

È abbastanza chiaro che il sangue, senza la pompa cardiaca, almeno nei vertebrati, non è in grado di garantire la vitalità. È singolare il problema posto dai talmudisti, che dicono di avere osservato un pollo che, ucciso regolarmente a scopo alimentare, era risultato privo del cuore!

Il fatto non è verosimile, ma è tuttavia un modello virtuale che, per quanto paradossale, permette di mettere a fuoco un problema rituale: se l'animale fosse stato veramente privo del cuore, i macellai avrebbero sgozzato un animale morto, una carogna; la quale, malgrado la sgozzatura fosse stata eseguita secondo le regole prescritte, non era adeguata (*kasher*) per l'alimentazione.

O no?

Detto questo, nel trapianto cardiaco, quale sarebbe lo status del ricevente una volta asportato il cuore? Nella fase di attesa del cuore nuovo, sarebbe da considerarlo vivo o morto? E, nella seconda ipotesi, non appena il cuore nuovo avesse cominciato a funzionare, sarebbe da considerare resuscitato? Ma attenzione: la resurrezione dei morti è una prerogativa divina e non umana. E se tutte le altre attività mediche possono considerarsi adiuvanti all'opera divina, questo caso invece creerebbe un notevole imbarazzo.

Prima di terminare, vorrei sottolineare il carattere singolare dell'atteggiamento prevalente nell'ambito del Rabbinate. Lo sforzo di non interrompere la continuità della tradizione

introducendo improvvisamente dei comportamenti contraddittori con tutto il passato, costringe generalmente il Rabbinato a porre problemi che molti direbbero di lana caprina, inventando modelli a tal punto poco probabili da far sorridere i nostri "uomini pratici" che considerano i Rabbini come gente che non sa come passare il proprio tempo.

Lo scopo è però quello di rendere possibile agli ebrei una vita moderna prevedendo gli ostacoli più remoti e *il modo per superarli* senza interrompere la catena della tradizione.

I problemi che abbiamo affrontato sono tutti qui: le nuove sfide del mondo richiedono la capacità di affrontarle senza negare se stessi, oppure rifiutarle in blocco chiudendosi in una barriera psicologica nell'illusione di conservare così la propria specificità?

A ben vedere, è qui il dilemma fra i Fondamentalismi e le aperture al dialogo. E non è un dilemma esclusivo del mondo ebraico.

LOCANDINA

Relatori e ospiti

Alessandro Nanni Costa
Direttore Centro Nazionale Trapianti

Vladimir Kosic
Assessore alla Salute Regione FVG

Furio Honsell
Sindaco di Udine

Carlo Favaretti
Direttore Generale AOUSMM di Udine

Mons. Pietro Broilo
Vescovo di Udine

Francesco Giordano
Direttore Centro Regionale Trapianti

Salvatore Geraci
Presidente della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Sandro Spinsanti
Psicologo e Teologo, Direttore dell'Istituto Giano

Don Pierluigi Di Piazza
Direttore del Centro di accoglienza per stranieri "Ernesto Balducci"

Pastora Mirella Manocchio
Chiesa Evangelica Metodista e Valdese

Pope Sorin Iustinian
Chiesa Ortodossa

Imam Aboulkheir Breigheche
Medico, Presidente dell'Alleanza Islamica d'Italia

Rabbino Giuseppe Laras
Presidente dell'Assemblea Rabbinnica Italiana

Gloria Aita
Referente regionale progetto nazionale scuole-IDV, Presidente ADO

Amadou Kane
Associazione mediatori di comunità

Amos Luzzatto
Medico chirurgo, dal 1999 al 2006 Presidente Unione delle Comunità Ebraiche Italiane

Immagine di copertina: Chiara Franzil

RESPONSABILE SCIENTIFICO **Giordano Francesco**

Direttore Centro Regionale Trapianti

COORDINATORE DI CORSO **Francesca Fiorillo**

Psicologa Centro Regionale Trapianti

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

SOS Formazione

Azienda Ospedaliero-Universitaria SMM di Udine
Tel. 0432-554245 Fax. 0432-554381
e-mail: formazione@aoud.sanita.fvg.it
Responsabili: Dott. M. Lirutti e Prof. A. Tenore

La partecipazione è gratuita.
Si accettano iscrizioni fino ad esaurimento dei 300 posti disponibili.
Si prega di verificarne la disponibilità, telefonando alla Segreteria Organizzativa, dal lunedì al venerdì, dalle ore 11.00 alle 13.00.



REGIONE AUTONOMA
FRIULI VENEZIA GIULIA

Centro Regionale Trapianti
Coordinatore: dott. Francesco Giordano

In collaborazione con
Azienda Ospedaliero Universitaria
"S. M. della Misericordia" di Udine

Con il patrocinio di:
Società Italiana
Medicina delle Migrazioni



Aspetti etici, religiosi e culturali nella donazione e trapianto



12 dicembre 2008
Hypo Alpe Adria Bank / Tavagnacco — Udine

Con il patrocinio di:
Hypo Alpe Adria Bank



Richiesto accreditamento ECM per tutte le figure professionali

Programma

8.30 Saluto delle Autorità

Alessandro Nanni Costa
Direttore Centro Nazionale Trapianti

Vladimir Kosic
Assessore alla Salute Regione FVG

Furio Honsell
Sindaco di Udine

Carlo Favaretti
Direttore Generale AOUSMM di Udine

Pietro Broilo
Vescovo di Udine

8.45 La donazione ed il trapianto nel contesto multietnico: il ruolo del Centro Nazionale Trapianti e del Centro Regionale Trapianti

Alessandro Nanni Costa
Francesco Giordano

9.10 Immigrazione: diritto a donare e diritto a ricevere

Salvatore Geraci

10.10 Etica dei trapianti

Sandro Spinsanti

11.10 Coffee Break

Programma

11.30 Donazione e trapianto nelle diverse religioni

Chiesa Cattolica
Pierluigi Di Piazza

Chiesa Evangelica Metodista e Valdese
Mirella Manocchio

Chiesa Ortodossa
Sorin Iustinian

Religione Islamica
Aboukheir Breigheche

Religione Ebraica
Giuseppe Laras
(contributo letto da Giovanni Nistri)

12.30 Le associazioni di volontariato nel complesso processo di donazione e trapianto-interventi preordinati

Gloria Aita
Referente regionale progetto nazionale scuole-IDV, Presidente ADO

Amadou Kane
Associazione mediatori di comunità

Programma

12.45 Tavola rotonda

Alessandro Nanni Costa,
Vladimir Kosic,
Francesco Giordano,
Amos Luzzatto,
Sandro Spinsanti,
Salvatore Geraci

E' previsto l'intervento di un rappresentante di Federsanità-Anci (Associazione Nazionale dei Comuni d'Italia).

13.30 Conclusione dei lavori Lunch

Impaginazione e correzioni a cura di:
Daniele Sandri, Silvia Triches

SOS Formazione
Azienda Ospedaliero-Universitaria SMM di Udine
Tel. 0432-554245 **Fax.** 0432-554381
e-mail: formazione@aoud.sanita.fvg.it
Responsabili: Dott. **M. Lirutti**