



## Il trapianto da cadavere



Il più intenso e positivo riflesso sulla maturazione legislativa in tema di trapianti ha investito peraltro l'espianto di tessuti e di organi da cadavere, che oggettivamente rappresenta l'ideale scrigno di insostituibili fattori e substrati terapeutici, tanto per chi valorizza solo l'essenza relazionale della persona quanto per chi sostiene la sacralità della vita nella definizione del concetto di inviolabilità della persona umana e dei suoi fondamentali diritti.

La bioetica è, in altri termini, concorde, e univocamente, con i principi basilari del diritto penale nel riconoscere nel cadavere una mera res ancorché nobile per la forza degli affetti e della memoria in quanto espressiva e integrativa (nonostante tutte le aberrazioni morfologiche postmortali) della proiezione ultraesistenziale della persona umana e pertanto meritevole di rispetto in un delicato equilibrio tra la pietà per il defunto e la difesa di interessi particolari tra i quali rilevante è l'uso legittimo del cadavere, la cui disciplina legislativa deve prevedere e prevede particolari evenienze che vanno dal riscontro diagnostico alla autopsia giudiziaria.

La giustificazione più nobile e ricca di valori umanitari e sociali è peraltro quella che discende dall'impiego di parti del cadavere sussunte per salvare altre vite, per superare altrui sofferenze.

Essa è, almeno prima facie, ben più prossima di ogni altra al sentire sociale e al principio di solidarietà; eppure, l'accettazione di questa verità ha incontrato e ancora incontra non pochi ostacoli, molto più insidiosi delle ansie stesse che suscita la morte:

a) Di essi il primo, su cui il legislatore italiano ha molto operato, sin dalla Legge 235/1967 e relative integrazioni e dalla Legge 644/1975 e successivo regolamento, verteva sulla definizione e sull'accertamento della morte, da realizzare ben più precocemente di quanto consentissero le vetuste norme di polizia mortuaria, tutte dominate e raggelate dall'incubo ancestrale della morte apparente. La scienza ha gradualmente ispirato e poi con qualche sofferenza convinto il giurista e il legislatore, nella misura in cui ha conferito oggettività e quindi certezza e quindi affidabilità medico-legale alla diagnosi di morte, non più confidata alla quiete respiratoria o al silenzio del cor ultimam moriens, non più affidata pertanto alla possibile fallacia sensoriale del medico. Si è, proprio per l'urgenza dei trapianti, imposta così una diagnosi strumentale (la tanatodiagnostica del Gerin, Maestro della Medicina legale romana) oggettiva e precoce nella misura in cui il prelievo di tessuti non immediatamente deperibili per la incombenza dei processi autolitici postmortali, come le strutture connettivali in genere e la cornea in particolare, può essere utilmente compiuto entro un breve arco di ore dal decesso clinicamente accertato mentre, e soprattutto, il prelievo di organi interni e complessi, come il cuore, il rene, il polmone, il fegato, il pancreas e altri ancora, presuppone la condizione, irrealizzabile nel normale modo di morire, che il sangue ossigenato continui a circolare anche dopo la morte clinica e al momento stesso dell'espianto sotto la spinta di un cuore ancora battente in virtù della propria autonomia bioelettrica e della respirazione assistita. Di fronte a siffatta duplicità di evenienze e di disponibilità, il legislatore del 1975 prevedeva una morte cardiaca, documentabile mediante l'esperienza di un tracciato bioelettrico cardiaco continuativamente piatto per almeno venti minuti primi (accertamento di morte utile e sicuro per il primo ordine di prelievi) e una morte cerebrale verificabile soltanto nei soggetti sottoposti, a motivo di condizioni cliniche per lo più traumatiche (primitive) di coma progredito verso la irreversibilità, a rianimazione monitorata capace di consentire il permanere della attività respiratoria e cardiocircolatoria e della integrità biologica, anatomica e funzionale degli organi anche al di là della morte clinicamente constatata. E sono per l'appunto questi i soli soggetti capaci di offrire organi interni utilizzabili a fini di trapianto, per i quali il ricorso al mero accertamento elettrocardiografico della morte (che richiede non meno di venti minuti) vanificherebbe la idoneità parenchimale al trapianto. E allora si impone l'apprezzamento della fine irreversibile della vita, che si identifica e si perde nella paralisi estrema dell'attività nervosa centrale, della morte quindi anche biologicamente vera e assoluta, della morte, cioè, non solo corticale ma di tutte le funzioni dell'encefalo, apprezzabile non indirettamente in forza dell'arresto cardiaco prolungato ma direttamente attraverso il controllo della effettiva perdita della

energia vitale del cervello, supremo coordinatore della vita organismica, mediante metodologie diagnostiche di cui la fondamentale è quella elettroencefalografica confortata, quando occorra, dalla conferma strumentale dell'assenza di circolazione ematica nel distretto encefalico.

- b) Il progresso normativo, se ha dato certezze in ordine alla definizione unitaria e all'accertamento oggettivo della morte, non ha del tutto risolto il penoso problema della disponibilità del cadavere. La Legge del 1975, pur legittimando eventuali atti di disposizione espressi in vita dal futuro possibile candidato all'espianto, condizionava, in assenza di tali atti negativi o positivi che fossero, il prelievo alla non intervenuta opposizione da parte dei più stretti parenti, durante l'arco di tempo necessario per l'accertamento tecnico dell'avvenuta morte. Vigeva così il c.d. principio del silenzio-assenso. L'applicazione comunemente data a tale disposto finiva tuttavia col tradursi nella ricerca dell'esplicito assenso dei parenti, come del resto ha irragionevolmente stabilito, per quanto attiene il prelievo della cornea, la breve e anacronistica Legge 301/1993, emessa sull'onda di un battage autenticamente scandalistico. Si è tentato così in almeno quattro legislature di battere le residue vischiosissime remore alla disponibilità del soggetto in rianimazione, attraverso la formulazione di un sistema consensuale (già previsto e avviato nel 1975) che affida il consenso a un atto di volontà formale (un vero e proprio testamento di vita) cui ogni persona fin dalla maggiore età confidi la sua disponibilità o meno a donare tessuti e organi interni nel malaugurato caso in cui la sua vita venga inopinatamente meno in condizioni tali da non consentire una nuova espressione di volontà sul prelievo di tessuti e di organi. E così si è giunti alla legge attuale, molto esaustiva, che verrà più oltre illustrata. Sul piano deontologico è essenziale che ogni medico, in ogni giorno della sua vicenda professionale, sia consapevole e propugnatore del fatto che il vero, unico, fondamentale "rimedio" alla arretratezza italiana, che colloca il nostro Paese tra gli ultimissimi nel mondo occidentale quanto a disponibilità di cadaveri utilizzabili per gli espianti d'organi (13-14 per milione di abitanti, contro i 25-30 necessari) non sta solo nella norma ma nell'affermarsi di una tensione sociale che valorizzi l'esaltante significato del dono personale di parte del proprio substrato anatomico, un danno operante quando il donatore sarà ormai inesorabilmente privato della propria vita personale, al fine di farne proseguire la funzione in un'altra vita personale suscettibile essa stessa, per effetto dell'atto di solidarietà, di porsi fuori dall'inesorabile turbine della sofferenza, della disperazione, della lista d'attesa, della morte annunciata da parte di un male altrimenti incurabile.