

## IL TRAPIANTO DEL RENE

Il 15 giugno 1967 la commissione di igiene e sanità della Camera ha approvato, in sede legislativa, nel testo votato già al Senato il 21 dicembre 1966, la **legge sul trapianto del rene fra persone viventi**. Pensiamo che una breve messa a punto di tutto il problema possa aiutare i lettori a meglio coglierne l'importanza.

In campo scientifico le ricerche sul trapianto del rene sono assai avanzate; una conoscenza più profonda dei fenomeni immunologici e la scoperta di procedimenti atti a controllare e a contenere l'azione di rigetto dell'organismo recettore, hanno aperto speranze e possibilità, che fino a un recente passato sembravano ancora molto ipotetiche (1). Anche la legge morale, di riflesso, data la mutata impostazione del problema tecnico e la diminuzione dei rischi inerenti al trapianto, ha precisato maggiormente le sue indicazioni (2).

La nostra ricerca si limita al trapianto del rene; per cui non ci occuperemo nè degli innesti di piccole parti dell'organismo (sangue, vasi, lembi di pelle, schegge ossee, segmenti di tendini, cartilagini, piccole sezioni di ghiandole) sulla cui liceità morale non c'è il minimo dubbio, nè dei trapianti di altri organi (polmone, ghiandole, fegato, cuore).

### ASPETTI SCIENTIFICI

Con il termine « trapianto renale » viene indicata l'azione di prelievo e di trasferimento di un rene sano con ripristino della circolazione ematica: o da persona a persona, o da animale a persona. E' detto « isotrapianto » se viene eseguito fra due persone aventi identico patrimonio genetico (come nel caso di gemelli

(1) Cfr. DELLA GRAZIA M.E., GALLI L., PISANI E., *Trapianto di rene*, Liviana Editrice, Padova 1966, pp. 1 ss.; DORMONT J., *L'homotransplantation rénale chez l'homme*, in *Cahiers Laënnec*, marzo 1966, pp. 15 ss.; POLLI E., *Il problema dei trapianti d'organi*, in *Orizzonte Medico*, Roma 1964; CORTESINI R., *Stato attuale del trapianto del rene: aspetti scientifici e legislativi*, Monografia, Roma 1967; STARZL T.E., *Simposio sui trapianti di organo*, Bad Homburg, ottobre 1966; STEFANINI P., *Il trapianto renale: etica e medicina*, Istituto di Medicina Sociale, Roma 1966.

(2) Cfr. G. PERICO, *A difesa della vita*, Centro Studi Sociali, Milano 1965, pp. 439 ss.

monocoriali); « **omotrapianto** » se fra persone geneticamente dis-simili; « **eterotrapianto** » se da animale a persona.

### **L'incompatibilità.**

I problemi legati all'isotrapianto « sono essenzialmente di natura chirurgica e quindi superabili con buone probabilità di successo con l'approntamento di una tecnica sufficientemente rapida e corretta » (3). Negli omotrapianti e soprattutto negli eterotrapianti insorge il **grosso problema della incompatibilità**, intorno al quale la scienza di oggi è particolarmente impegnata.

1. Il fenomeno della « **incompatibilità** » è costituito dall'azione immunitaria, con cui l'organismo recettore risponde all'arrivo di un organo non suo, mediante un'azione di rigetto pressochè infrenabile, tendente a difendere la propria individualità.

L'azione è dovuta all'attacco di particolari cellule definite « **immunologicamente competenti** » e di anticorpi, prodottisi nell'organismo ospite, sotto lo stimolo di antigeni, fra cui determinanti sono gli « **antigeni T** » (da trapianto), i quali comportano, però, esclusivamente la reazione cellulare dell'ospite di fronte a un omo o eteroinnesto. Non è ancora chiarito quale rapporto essi abbiano con gli altri tipi di antigeni, legati ai diversi tessuti, anche se si ammette che pure questi hanno una certa influenza sull'evoluzione dell'innesto (4). Tale azione di rigetto non esiste, quando il rene trapiantato è da donatore avente una struttura biologica identica a quella del ricevente, come nel caso del gemello monozigote. **Tra i consanguinei**, data la maggiore affinità biologica (5), l'azione di rigetto è più attenuata che fra soggetti non apparentati.

La difficoltà di attecchimento, sempre per le ragioni di incompatibilità già accennate, **diventa assai maggiore nei trapianti eterologhi**, dove, alle barriere esistenti fra individuo e individuo della stessa specie, si aggiungono quelle della specie diversa.

2. Dal 1965 la scienza immunologica, spinta anche dalla necessità di assistere casi sempre più frequenti di ammalati renali irreversibili, **ha segnato sorprendenti progressi nelle tecniche immuno-soppressive**, riuscendo a limitare, preventivamente e successivamente all'intervento, l'azione di rigetto dell'organismo malato.

**Accanto al trattamento classico**, fondato sulla somministrazione di imuran (sostanza ad azione inibente la proliferazione

(3) DELLA GRAZIA M.E., GALLI L., PISANI E., o.c., p. 1.

(4) Cfr. DORMONT J., *l.c.*, pp. 15 ss.; DELLA GRAZIA M.E., GALLI L., PISANI E., o. c., pp. 11 ss.

(5) Sulla base del recente test citotossico, proposto da Terasaki, sembra si possa effettuare una scelta sufficientemente valida anche fra donatori non apparentati, i quali possono presentare (se ampia è la possibilità di scelta) un patrimonio genetico abbastanza affine.

cellulare) è di cortisone (avente notevoli qualità antinfiammatorie oltre che immuno-soppressive), si è venuto facendo luce un nuovo trattamento, provato sull'uomo nel 1966, fondato sul siero eterologo anti-linfocitario. Il trattamento tende a « bloccare l'azione dei linfociti del ricevente, principali responsabili del rigetto, mediante la somministrazione protratta di siero anti-linfocitario ad elevata concentrazione, e reso il più possibile privo di effetti tossici collaterali » (6).

Su 15 casi di trapianti recenti, sottoposti a questa terapia di condizionamento, « non si è avuta alcuna complicazione mortale e i malati hanno tuttora un decorso clinico soddisfacente. Il dato più interessante, è che essi non hanno ricevuto nel primo mese alcun trattamento con cortisone. Attualmente sono in corso ricerche per isolare la frazione attiva del siero anti-linfocitario, che è il vero punto di partenza del trattamento specifico, di quello cioè che consente l'attecchimento definitivo del trapianto » (7).

Un notevole aiuto ai fini di un buon attecchimento del trapianto può derivare dal **tipaggio o gruppaggio sierologico** per la scelta del donatore migliore, il quale può ridurre il numero degli antigeni incompatibili nel rene trapiantato; si potrebbe così, attraverso una severa selezione dei possibili donatori, limitare sia il dosaggio che gli effetti dannosi della terapia immuno-soppressiva, tuttora indispensabile.

3. La maggioranza degli Autori concorda nell'affermare che nessuna terapia è in grado di garantire una totale prevenzione contro il tentativo da parte del ricevente di rigettare il trapianto. « Precoce o tardiva, drammatica o a lenta evoluzione, unica o multipla, la crisi di rigetto è la regola nei soggetti che hanno ricevuto un rene omologo o eterologo » (8).

Ogni sforzo di ricerca va pertanto indirizzato su **tre punti fondamentali**: — a) approntamento di una terapia specifica anti-rigetto, la quale deprima la reattività del ricevente verso l'organo neotrapiantato, senza da'altra parte raggiungere livelli pericolosi per la sopravvivenza dell'individuo stesso; — b) diagnosi quanto più possibile precoce della crisi di rigetto; — c) un rapido trattamento della crisi, il quale sia in grado di riportare il rene trapiantato a condizioni di funzionalità assai vicina a quelle che la precedettero.

### Il donatore.

Il rene può provenire da donatore vivente, o da cadavere, o da primati di altra specie, e può trattarsi di un rene libero ottenuto da un'operazione effettuata ad altro scopo (« free kidney »).

(6) CORTESINI R., *Stato attuale...*, l.c. — Vedi anche: STARZL T.E., o.c.; *Time*, Surgery, marzo 1967, pp. 56-57; DELLA GRAZIA M.E., GALLI L., PISANI E., o.c., p. 30, pp. 121 ss.; POLLI E., o.c., pp. 11 ss.

(7) CORTESINI R., *Stato attuale...*, o.c., p. 2.

(8) DELLA GRAZIA M.E., GALLI L., PISANI E., o.c., p. 122.

1. **Nel caso di un rene da donatore vivente** (prescindendo per ora dall'aspetto giuridico e morale di cui parleremo più sotto), il compito dell'esperto è quello di sottoporre il soggetto volontario a tutti gli esami atti a studiare l'apparato cardiovascolare e la funzione renale, in modo che la cessione di un rene sia **tecnicamente agevole e non comporti conseguenze dannose prossime o tardive per il donatore**. Inoltre, nel caso di più donatori a disposizione, va preferita la scelta del donatore più compatibile, per evitare il più possibile le reazioni immunitarie.

Secondo gli studi dello Starzl (che risalgono al 1964), le migliori garanzie di riuscita dovrebbero essere date dal trapianto **fra genitori e figli**; mentre secondo il Barnes (che elabora dati del 1965), le garanzie migliori verrebbero date dai trapianti **fra sorella e fratello**. Naturalmente il trapianto ideale si ha fra gemelli monozigoti.

« *La ricerca del miglior donatore ha spinto in questi ultimi anni numerosi Autori ad affrontare una serie di tests, ciascuno dei quali porterebbe un contributo nella valutazione del grado di istocompatibilità* » (9): confronto sierologico di antigeni delle cellule dell'ospite con quelli dei possibili donatori, test diretto di compatibilità tissutale, valutazione della capacità reattiva delle cellule immunologicamente competenti (10).

2. **Il trapianto da cadavere**, anche se non ha la sicurezza di riuscita che ha il trapianto da vivente, è indubbiamente il metodo che può offrire le maggiori disponibilità di reni. **La possibilità di ottenere reni da cadavere** implica una serie di considerazioni, concernenti **il loro prelievo e la loro conservazione**: il prelievo deve avvenire nel più breve tempo possibile dopo il decesso del donatore; nell'attesa, mentre viene scelto e preparato l'organismo recettore, il rene reso libero deve essere protetto dall'azione negativa dell'anossia.

**Le tecniche di conservazione del rene**, in condizioni di totale ischemia (mancanza o diminuzione dell'afflusso sanguigno), si fondano prevalentemente sull'ipotermia. Trattandosi, cioè, di bloccare i processi di autolisi post-mortale risultante nelle cellule, si ricorre al raffreddamento, **mediante perfusione** dell'organo con soluzioni fredde, o semplicemente mediante **la sua immersione** in una soluzione a bassa temperatura (la temperatura ideale sembra quella dei 4° C.).

Questa possibilità di deprimere e contenere i processi metabolici delle cellule, non però fino al punto da provocare alterazioni da congelamento, farebbe prevedere una possibilità di costituire una specie di « **banche di reni** », che renderebbero possibile la raccolta di organi, indipendentemente dal loro uso immediato o meno.

---

(9) *Ibidem*, p. 109.

(10) *Ibidem*, pp. 110 ss.

3. In epoca più recente, si è pensato a ottenere il rene da soggetti che, sottoposti a circolazione artificiale durante un intervento chirurgico, decedono in corso di operazione; o da soggetti operati per lesioni cardiache in circolazione extracorporea; o da soggetti che si trovino ormai sotto rianimazione (ventilazione e circolazione artificiale) in uno stato di « coma dépassé » (irreversibile), in cui sia stata constatata l'assenza di ogni segno di vita (11).

In tutti questi casi il rene si trova in condizioni anche se non ideali, certo abbastanza buone per il trapianto, perchè la sua funzionalità non risulta alterata nè dalla morte sopravvenuta (in quanto la ventilazione e circolazione ne hanno conservato il metabolismo), nè da sostanze, somministrate per vincere il collasso cardiocircolatorio o per ottenere un'azione vasopressoria (12).

Evidentemente il caso del « coma dépassé » costringe a rivedere il concetto di morte e i mezzi di una sua constatazione: l'ideale sarebbe che essa potesse essere constatata con mezzi e sistemi, che non interrompano la circolazione ematica artificiale e la ventilazione del paziente, in quanto queste servono a mantenere nel rene la capacità di ripresa funzionale.

A questo proposito la medicina va cercando un nuovo concetto di morte; alcuni ritengono di poterla individuare nella totale mancanza dei riflessi, nella midriasi (dilatazione eccessiva della pupilla) bilaterale completa, nell'assenza di qualsiasi attività cerebrale documentata da un tracciato EEG, nell'arresto di oltre tre minuti della respirazione controllata. Sul problema, però, c'è ancora molta discussione.

4. « Per quanto riguarda l'utilizzazione dei "free kidneys" (reni asportati per altri motivi da pazienti viventi), va precisato che essi non possono costituire che una forma occasionale e numericamente molto limitata. A titolo di esempio, riferiamo che nel gruppo di 45 omotrapianti, effettuati presso l'ospedale Necker di Parigi, in due soli casi vennero utilizzati reni liberi. Entrambi provenivano da asportazione per ipertensione renale [...]. Nessuno dei due reni ebbe mai funzione soddisfacente, la quale giunse all'arresto definitivo entro 60 giorni » (13).

(11) Cfr. BOZZA MARRUBINI M., *La rianimazione: aspetti tecnici*, in ATTI DEL XIV CONVEGNO AMCI (Gazzada, 10 novembre 1963), *La rianimazione*, AMCI, Milano 1964, pp. 24 ss. - Vedi anche: MOLLARET P., BERTRAND I., MOLLARET N., *Coma dépassé et nécroses centrales massives*, in *Revue Neurologique*, 1959, pp. 116 ss.

N.B. Il « coma dépassé » è lo stato che risulta nell'organismo, clinicamente già morto, nel quale ventilazione e circolazione sanguigna sono mantenute in atto artificialmente, mentre il soggetto è in uno stato di areflessia totale, di apnea, di collasso, di arresto della regolazione idrica, di caduta del metabolismo, con necrosi massive dell'encefalo. Praticamente si è di fronte a una vita solo apparente e ormai puramente meccanica.

(12) Cfr. DELLA GRAZIA M.E., GALLI L., PISANI E., o.c., p. 107.

(13) *Ibidem*, p. 108.

## L'aspetto chirurgico.

1. Il trattamento medico-dietetico di un nefropatico è possibile solo in presenza di una relativa percentuale di funzione renale; mentre per un uremico, privo di ogni funzione depurativa da parte del rene, non resta che la **depurazione extrarenale** (mediante dialisi peritoneale o dialisi extracorporea, con rene artificiale) la quale, però, se assicura la sopravvivenza del malato per mesi e anni, **non dà la guarigione**. Anzi, a un certo punto, a causa di inevitabili complicazioni, finisce per rendersi insufficiente o inoperante; oltre al fatto che l'applicazione del rene artificiale richiede l'assistenza assidua di un familiare (14).

Di conseguenza, pur ammettendo l'indispensabilità e la insostituibilità della dialisi, sia nei casi urgenti, sia come mezzo per portare il paziente ricevente alle condizioni ideali per l'intervento chirurgico, sia anche come metodo per risolvere gravi crisi di rigetto, allorchè il rene trapiantato non funzioni adeguatamente, **l'intervento chirurgico del trapianto diventa inevitabile** (15).

Ormai, è talmente evidente l'**indispensabilità del trapianto**, che anche negli ospedali più attrezzati degli Stati Uniti, ci si orienta a creare, accanto ai ricchi centri di dialisi croniche, **grandi centri di trapianto renale**. Tanto più che esiste sempre una grandissima sproporzione fra disponibilità dei centri emodialitici e numero degli uremici gravi (16).

Da noi in Italia, per esempio, si hanno ogni anno circa **4.000 decessi per malattie renali**, per la maggior parte in età giovanile; mentre le richieste di ricovero e di dialisi extracorporea diventano sempre più numerose. Anche se una diagnosi precoce e una profilassi sistematica possono ridurre il numero dei nefropatici cronici, **solo un trapianto** può evitare che la maggior parte dei pazienti, giunti alla fase terminale, venga abbandonata al proprio destino, dovendosi riservare la dialisi cronica a un limitato numero di privilegiati per il suo alto costo.

2. **L'intervento esige una certa organizzazione preventiva**, in modo che il malato sia sempre disponibile, in maniera da essere rapidamente sottoposto al trattamento preoperatorio e all'intervento di trapianto, allorchè un rene si renda disponibile.

Quando si tratta poi di trapianto da cadavere, la coordinazione delle varie fasi di prelievo e di impianto esige maggior impegno e precisione, per l'immediatezza e rapidità (soprattutto quando la disponibilità è del tutto inaspettata) con cui bisogna intervenire, tenendo anche presente l'importanza della compatibilità del gruppo sanguigno.

3. **Quanto all'epoca dell'intervento**, si può dire che l'indicazio-

(14) Cfr. CORTESINI E., o.c., pp. 3 ss.

(15) *Ibidem*.

(16) Cfr. *Symposium sugli organi artificiali interni*, Padova, 18-19 giugno 1966.

ne clinica al trapianto risulta evidente nei casi di insufficienza renale cronica in fase terminale, quando la vita del paziente sia indissolubilmente legata a un programma di dialisi cronica, ormai fine a se stessa. Così, appare evidente nei casi di insufficienza renale acuta, risultata da grave traumatismo, che abbia provocato compromissioni renali irreversibili (17).

Nonostante la delicatezza dell'intervento, il trapianto del rene, in confronto al trapianto di altri organi, allo stato attuale delle cose offre maggiori probabilità di successo, per un insieme di elementi che si possono sintetizzare nelle indicazioni seguenti:

— la tecnica chirurgica è più facile; — vi è una maggiore disponibilità di organi, soprattutto se aumentasse il numero dei donatori viventi volontari; — il ricevente colpito da insufficienza renale cronica in fase terminale, ha un'azione di rigetto immunitario nettamente ridotta; — è possibile una diagnosi precoce del processo di rigetto, che permette quindi un tempestivo incremento della terapia immuno-soppressiva; — è possibile il ricorso alla dialisi extracorporea come mezzo di preparazione del ricevente e come ripiego in caso di crisi di rigetto (18).

Tutto questo non muta la natura seria e delicata dell'intervento per se stesso: si opera su pazienti uremici gravi in fase terminale, in cui vi sono gravi alterazioni metaboliche e in cui è necessario agire con una contemporanea terapia immuno-soppressiva, che importa, già per se stessa, rischi e possibili complicazioni.

#### Qualche dato statistico (19).

1. Stando alle tabelle delle riviste specializzate, fino al 15 marzo 1963. i trapianti di rene nel mondo erano stati 153: di essi erano funzionanti dopo due anni (15 marzo 1965) 32 (pari al 20,9%); dei 230 reni trapiantati dal 15 marzo 1963 al 15 marzo 1964, erano funzionanti, a distanza di un anno, 98 (pari al 42,6%); dei 280 trapiantati dal 15 marzo 1964 al 1965, erano funzionanti, dopo un anno dal trapianto, 147 (pari al 52,5% (20).

Oggi le cose sono assai mutate: coi moderni trattamenti si può raggiungere una media dell'80-85% di sopravvivenza dopo un anno. « Poichè la massima incidenza di mortalità si realizza nei primi tre mesi dall'intervento, è ragionevole supporre che in

(17) Cfr. DELLA GRAZIA M.E., GALLI L., PISANI E., o.c., pp. 164 ss.

(18) *Ibidem*, pp. 163-164.

(19) Cfr. STEFANINI P., *Il trapianto degli organi*, Conferenza presso l'Accademia Medica di Roma, 3 dicembre 1965; STEFANINI P., CASCIANI, CORTESINI E., *Il trapianto renale: ricerche sperimentali e prime esperienze cliniche*, Relazione al Consiglio nazionale delle ricerche, Roma, 18 maggio 1966.

(20) Cfr. DELLA GRAZIA M.E., GALLI L., PISANI E., o.c., pp. 155 ss.; BARNES B., *Survival data of renal transplantation*, 1965, vol. III, pp. 812 ss. - Vedi anche: SENATO DELLA REPUBBLICA, *Relazione della 11ª Commissione permanente (igiene e sanità) sul disegno di legge 15 luglio 1965, n. 1321 (relatore il sen. SAMEK LODOVICI)*, pp. 7 ss.; STEFANINI P., *Il trapianto degli organi*, cit.

questi gruppi di malati abbiamo una prognosi assai favorevole per quanto riguarda la sopravvivenza di almeno 5 anni » (21).

Si hanno attualmente (dato del gennaio 1967) tre giovani donne sottoposte ad asportazione bilaterale dei reni e a trapianto renale da donatore consanguineo non gemello, che hanno regolarmente portato a termine una gravidanza (22).

**2. Finora nel mondo** sono stati eseguiti 1200 trapianti di reni. Di questi circa 500 sono falliti, e per lo più prima dell'epoca dei nuovi trattamenti immuno-soppressivi. **La provenienza dei reni** è stata generalmente, soprattutto nel passato, da gemelli monozigoti, molti da parenti stretti (madre, padre, fratello, sorella), alcuni da donatori non apparentati, pochi da cadavere e da « free kidney ».

Nel gennaio di quest'anno (1967), in un Congresso tenuto nell'Università di Duke, trapiantatori e immunologi di tutta l'America, raccogliendo le proprie esperienze sui trapianti di rene da viventi, hanno dichiarato che è quasi assoluta la certezza di riuscita di un trapianto di rene tra gemelli monozigoti; negli altri casi la fonte migliore di reni sono il fratello, la sorella, la madre: si parla dell'85% di sopravvivenze dopo un anno; meno sicuro il trapianto da donatore non apparentato, a meno che non si disponga di molti donatori, fra cui sia possibile trovare un soggetto geneticamente affine al malato (23).

Si prevede che, se i metodi di soppressione e di controllo dell'azione immunitaria del recettore saranno ulteriormente perfezionati, **sarà possibile anche il trasferimento di un rene da specie diversa**, biologicamente affine alla specie umana. Un rene prelevato recentemente a Roma da un primate (scimmia antropomorfa), è stato tollerato da un nefritico, previo opportuno trattamento, per oltre un mese.

Naturalmente le prospettive in questo senso non sono molto favorevoli, non tanto per la difficoltà dell'azione immuno-soppressiva, quanto per il difficile reperimento e disponibilità di questo tipo di animali, che in genere sono babbuini o scimpanzè, tra l'altro molto costosi.

## ASPETTO GIURIDICO

### Trapianti fra viventi.

1. Il nostro diritto vieta e punisce ogni mutilazione distruttiva o lesiva della funzionalità sostanziale e vitale del soggetto, sia ch'essa venga compiuta su se stessi sia ch'essa venga compiuta su altri.

(21) CORTESINI R., o.c., p. 3.

(22) *Ibidem.*

(23) Cfr. *Time*, L.c., p. 56; STEFANINI P., *Il trapianto degli organi*, cit.

L'art. 5 del c.c. prevede che « gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume ». L'art. 582 del c.p. prevede che « chiunque cagiona ad alcuno una lesione personale, dalla quale deriva una malattia nel corpo o nella mente, è punito con la reclusione da tre mesi a tre anni ».

Va subito rilevato che il legislatore, nè all'epoca della promulgazione del codice civile (marzo 1942), e tanto meno a quella della promulgazione del codice penale (ottobre 1930), poteva prevedere che l'enunciazione generica della sua norma avrebbe investito più tardi il problema dei trapianti che solo la scienza più recente ha reso possibili. **Occorreva dunque stabilire norme nuove** che rispondessero al nuovo stato di cose e che, senza rinnegare i grandi principi dell'integrità personale, distinguessero con chiarezza le mutilazioni propriamente dette da questo tipo di prelievi di ben altra natura (24).

Non è più ammissibile che il chirurgo trapiantatore, che per qualunque ragione sia costretto a giustificare di fronte alla legge il prelievo di un organo (o di un rene in specie) da donatore vivente, abbia come unico scampo quello dell'eccezione prevista dall'art. 54 c.p., **relativo allo stato di necessità**, in cui egli deve dimostrare di essersi trovato: « Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé o altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona: pericolo da lui non volontariamente causato, nè altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo ».

2. E' in questo quadro di situazioni anacronistiche che si è sentito il bisogno, da parte del nuovo legislatore, di costituire norme specifiche che sottraggano al divieto dell'art. 5 c.c. e alle conseguenze penali dell'art. 582 c.p. i trapianti terapeutici. A questo scopo i ministri della sanità e di grazia e giustizia, dopo aver sentito il parere del Consiglio superiore della sanità, hanno presentato al Senato il 14 maggio 1965 **un progetto di legge**, dal titolo: « Trapianto del rene tra persone viventi » (25).

Il progetto di legge, dopo incertezze e lunghe discussioni, opportunamente modificato, è **stato approvato** dal Senato nella seduta del 21 dicembre 1966 e, in via definitiva, dalla commissione di igiene e sanità della Camera, **il 15 giugno 1967**.

*Eccone i tratti fondamentali:* — in deroga all'art. 5 c.c. è consentito di disporre di un proprio rene a fine di trapianto: ai genitori, ai figli, ai fratelli germani e non germani del paziente, che siano maggiorenni; — nel caso in cui il paziente non abbia consanguinei, o nessuno di

(24) Cfr. *Symposium sugli organi artificiali interni*, Padova, 18-19 giugno 1966.

(25) SENATO DELLA REPUBBLICA, *Disegno di legge 15 luglio 1965*, n. 1321, dal titolo: « *Trapianto del rene fra persone viventi* », di iniziativa dei ministri MARIOTTI e REALE.

essi sia idoneo e disponibile, la deroga è consentita anche ad estranei; — si richiede lo stato di necessità; — il donatore è assicurato contro i rischi immediati e futuri inerenti all'intervento o alla menomazione subita.

### **Prelievo da cadaveri.**

1. L'art. 413 c.p. stabilisce che « Chiunque disseziona o altri-menti adopera un cadavere o una parte di esso a scopi scientifi-ci o didattici in casi non consentiti dalla legge, è punito con la reclusione fino a sei mesi e con la multa fino a L. 40.000 ». I casi non consentiti dalla legge sono indicati dagli articoli 7 e 8 del **Regolamento di polizia mortuaria** 21 dicembre 1942, n. 1880, con cui si vieta ogni pratica di intervento su cadaveri **prima che siano trascorse almeno 24 ore dal decesso.**

Questa legislazione ha bloccato, oltre lo sviluppo della ricer-ca scientifica sui trapianti, anche la salvezza di molti sofferenti; molti medici a proprio rischio e pericolo hanno prelevato e tra-piantato. Finalmente, **una proposta di legge, presentata il 20 feb-braio 1951 (26),** cerca di superare l'ostacolo; ma decade con la legislatura. Viene riproposta il 2 settembre 1955, e finalmente ap-provata il 22 marzo 1957 e promulgata nella Gazzetta Ufficiale il 27 aprile 1967, con legge 3 aprile 1957, n. 235.

Il suo contenuto può essere riassunto in questi tratti carat-teristici: — è consentito il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto, previo l'accertamento della morte; — il prelievo do-vrà essere fatto in istituti universitari o ospedali attrezzati; — l'accertamento di morte viene fatto con i metodi della semeio-tica medico-legale, e di esso viene steso verbale; — è vietato qual-siasi compenso per la parte prelevata.

2. Il regolamento per l'esecuzione della legge 3 aprile 1957 venne approvato con decreto del presidente della Repubblica 20 gennaio 1961, n. 300. Questo decreto, tuttavia, non prevedeva, fra i trapianti ammessi, quelli del rene.

Per cui, quando, dopo le più recenti acquisizioni scientifiche sul prelievo del rene, gli esperti sentirono il bisogno di poterne disporre più facilmente anche da cadavere (27), venne proposto, discusso e finalmente approvato il decreto presidenziale 3 set-tembre 1965, n. 1156 (28), con cui **il rene viene incluso** tra gli or-gani dei quali è previsto il prelievo a scopo terapeutico.

(26) Cfr. CAMERA DEI DEPUTATI, *Proposta di legge 20 febbraio 1951*, n. 1835, dal titolo: « *Modifiche all'articolo 5 del codice civile* », di iniziativa degli onn. DE MARIA e CAPUA.

(27) Cfr. DE LORENZO F., *Prelievo di parti di cadavere per trapianto terapeutico*, in *Annali Ravasini*, 1° settembre 1965, p. 2.

(28) GAZZETTA UFFICIALE, 21 ottobre 1965, n. 264: *Decreto del presi-dente della Repubblica 3 settembre 1965, n. 1156*, dal titolo: « *Modifica all'art. 1 del regolamento concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo terapeutico* », approvato con decreto del presidente della Repub-blica il 20 gennaio 1961, n. 300.

3. Di più, l'art. 1 della legge 3 aprile 1957, n. 235, prescriveva che il prelievo poteva essere eseguito solo nel caso in cui il soggetto ne avesse dato autorizzazione o, in mancanza di disposizione diretta delle persone, soltanto qualora non vi fosse opposizione da parte del coniuge o dei parenti entro il secondo grado.

Questa restrizione frustrava in gran parte lo scopo della legge; difatti, pochissimi lasciano disposizioni autorizzanti il trapianto di organi del proprio corpo, ed è ben difficile superare l'ostacolo frapposto dai familiari, contrari, per comprensibili motivi di ordine affettivo, a qualunque manomissione del cadavere. Mentre, senza offendere il sentimento di dolore dei parenti, con operazioni rispettose dell'estetica del corpo, si potrebbero eseguire prelievi capaci di salvare da morte determinati malati.

Nella volontà di avviare a questo inconveniente, alcuni deputati presentarono il 13 maggio 1965 una proposta di legge, tendente ad apportare alcune modifiche alla legge n. 235 (29), fra cui le principali sarebbero: — possibilità di eseguire prelievi sui deceduti sottoposti a riscontro diagnostico (autopsia) a norma della legge 1 febbraio 1961, n. 83 (30), a meno che l'estinto non abbia disposto contrariamente in vita; — possibilità di eseguirli in tutti gli ospedali civili e militari, nelle cliniche universitarie, negli istituti di cura ove vengono ammessi i riscontri diagnostici. La legge non è stata ancora discussa.

#### Legislazione di altri paesi.

E' certamente utile, in uno studio come il nostro, la conoscenza di qualche dato relativo alle legislazioni straniere, che in complesso o autorizzano il trapianto del rene anche da vivente o almeno non pongono ostacoli seri alla sua attuazione (31).

NEL BELGIO, secondo quello che ha riferito il prof. Lambert (32),

(29) CAMERA DEI DEPUTATI, *Proposta di legge 13 maggio 1965*, n. 2341, dal titolo: « Modifiche alla legge 3 aprile 1957, n. 235, relativi ai prelievi di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico », di iniziativa degli onn. DE LORENZO, BOTTA, CAPUA, CASSANDRO, PIERANGELI, GIOMO, LEOPARDI DITTAIUTI, MARTINO GAETANO.

(30) GAZZETTA UFFICIALE, 11 marzo 1961, n. 63, p. 1011. La legge citata dispone che i cadaveri delle persone decedute senza assistenza, trasportati a un ospedale o a un deposito di osservazione od obitorio, siano sottoposti ad autopsia; allo stesso riscontro devono essere sottoposti i cadaveri delle persone decedute negli ospedali civili o militari, nelle cliniche universitarie e negli istituti di cura privati, quando i sanitari lo dispongano per il controllo diagnostico o per motivo clinico scientifico; tale riscontro può essere disposto dal medico provinciale sui cadaveri delle persone, la cui morte sia dovuta a malattia infettiva o diffusiva o sospetta di esserlo, o su richiesta del medico curante, quando sia dubbia la causa della morte; il riscontro è fatto in cliniche universitarie o in ospedali, da specialisti.

(31) SENATO DELLA REPUBBLICA, *Disegno di legge 15 luglio 1965*, cit.: Relazione del sen. SAMEK LODOVICI, p. 15.

(32) *Ibidem*, p. 15.

non vi sono disposizioni legali contro il trapianto del rene anche da persona vivente. Per il prelievo da cadavere, le cose vengono definite con accordi personali fra medici curanti, medico legale e procuratore del re. IN DANIMARCA non vi sono leggi.

IN FRANCIA mancano disposizioni legislative. Solo la trasfusione del sangue (nel 1952) e la cheratoplastica (nel 1959) sono state discusse e regolate da apposite leggi. Il chirurgo che pratica il trapianto del rene, stando alla legge com'è, non è per sè sicuro dell'impunità, in quanto i limiti della sua responsabilità in questo campo di interventi non sono ben definiti, come non è ben definita in questo campo la condizione giuridica del malato. Sta di fatto, però, che i trapianti renali vengono eseguiti in appositi centri, e il movimento per la costituzione di norme relative al trapianto, non trova praticamente opposizioni in nessun settore.

IN CECOSLOVACCHIA non vi sono opposizioni di legge contro il trapianto di rene tra i viventi; c'è un'unica condizione da osservare: che il donatore sia uno stretto parente del ricevente. NELLA GERMANIA FEDERALE non vi sono difficoltà legali per l'intervento, purchè il donatore sia maggiorenne e in grado di decidere da sè. Per quanto si riferisce al trapianto da cadavere, la materia non è ancora regolata in maniera moderna.

IN INGHILTERRA l'unica formalità richiesta per il trapianto renale da donatore vivente, è una dichiarazione firmata, in cui egli dimostri di capire perfettamente in che cosa consiste l'operazione e il rischio a cui si espone. Per l'asportazione del rene da cadavere, basta un permesso scritto o verbale dato in presenza di un testimone. Identico contenuto ha la legislazione della SVEZIA, nella quale però si aggiunge che l'operazione deve essere compiuta in ospedali specializzati.

NEGLI STATI UNITI le legislazioni dei vari Stati non pongono particolari limiti ai trapianti renali. Da anni si praticano queste metodiche in numerosi centri specificamente attrezzati: come quelli di Denver, Chicago, Cleveland, Los Angeles, San Francisco.

## ASPETTO MORALE

### Omotrapianto di rene fra viventi.

1. Se si tratta del c.d. « free kidney », ottenuto da interventi demolitivi su soggetti ammalati o traumatizzati, e reso quindi disponibile al miglior servizio, è abbastanza ovvio che l'organo, qualora sia sano o possieda comunque qualità di salvezza o di miglioramento per qualche ammalato uremico, lo si possa usare. Questa sua capacità di svolgere un servizio di bene è per se stessa ragione sufficiente di disponibilità.

Non c'è neppur bisogno di chiedere il consenso del malato operato, il quale, con il suo assenso all'intervento chirurgico asportativo, ha già rinunciato all'organo, rendendolo così « libero » e disponibile a giudizio degli esperti e dei ricercatori.

2. Per quanto si riferisce alla valutazione del trapianto di rene da donatore volontario, la morale ricorre a due grandi principi, apparentemente contraddittori, ma in realtà complementari,

dal cui incontro dovrebbe emergere la linea di condotta morale per il nostro problema.

a) Il primo principio verte sulla « **indisponibilità sostanziale** », da parte dell'uomo, della propria esistenza e della propria integrità funzionale.

I valori che l'uomo raccoglie in sè, di vera supremazia sui valori circostanti, e che egli ha trovato in se stesso ai fini del perfezionamento e del raggiungimento del proprio destino umano e soprannaturale, **creano intorno alla sua vita e alle sue capacità operative una barriera di rispetto e di intoccabilità**: per cui nessuno, che non abbia un'esplicita delega superiore, potrà mai disporre dell'uomo per ucciderlo, mutilarlo o minorarlo.

Neppure il soggetto che è in possesso della vita, può liberamente disporre di essa e delle sue facoltà, al di là di una saggia amministrazione di questo capitale di uso; quindi non può sopprimersi, non può privarsi di funzioni vitali, perchè toccherebbe valori strettamente legati al suo destino. Neanche un suo consenso, a questo riguardo, avrebbe valore, perchè privo di ogni potere di disposizione.

b) Il secondo principio verte sul dovere e sul potere che ciascuno di noi ha di contribuire con la propria persona e la propria attività al bene di tutti. E' un'esigenza di comunità, dove ciascuno di noi, avente doti disuguali e insufficienti, trova nella comunità un'organizzazione di mezzi e di forze per completarsi e per esprimersi integralmente. Ma perchè la comunità possa risultare capace, deve ricevere da tutti qualche cosa; ciascuno di noi, cioè, è chiamato a portare la sua quota personale di rinuncia (33).

Viene così giustificato il rischio dell'esperimentazione clinica, il rischio del collaudo, il rischio dei lanci spaziali. La comunità è vincolata inseparabilmente al progresso; l'arresto in questa ascesa, oltre ad essere utopistico, è contrario all'economia divina che ha chiamato l'uomo, mediante l'ansia della ricerca, a sottoporre la natura.

Naturalmente il rischio e la rinuncia che la comunità chiede al singolo trovano il loro limite nelle norme del principio precedente: nell'intoccabilità, cioè, della vita umana e delle sue funzioni vitali.

3. Passando all'applicazione dei due principi al nostro problema, ricordiamo che fino a una quindicina di anni fa, la dottrina morale in larga maggioranza, fondandosi sul concetto classico di mutilazione, riteneva che il trapianto di reni non fosse

---

(33) DORMONT J., *l.c.*, pp. 21 ss.; HAMBURGER J., CROSNIER J., DORMONT J., *Problèmes moraux posés par les méthodes de suppléance et de transplantation d'organes*, in *Revue française d'Etudes cliniques et biologiques*, 1964, pp. 587 ss.

**moralmente lecito:** essa scorgeva nel prelievo un'azione contro l'integrità sostanziale e di riflesso contro la vita.

a) Oggi, però, la scienza medica, a cui la morale deve adeguarsi per l'aggiornamento dei concetti di integrità psicosomatica della persona, di resistenza e di difesa dell'organismo, **esclude che si possa parlare di attentato alla vita o all'integrità sostanziale della funzione renale**, nel caso dei trapianti di rene.

Naturalmente si tratta sempre di una minorazione che comporta una certa attenuazione di sicurezza, maggiori precauzioni negli impegni e nello sforzo, una maggiore esposizione al rischio di perdita della facoltà renale in caso di incidente. Ma la medicina ci assicura anche di essere in grado di controllare con una certa sicurezza ogni eventuale crisi conseguente al prelievo.

Il rischio e il danno potenziale, che il prelievo porta con sé, **possono essere considerati quale « quota comunitaria » di rinuncia personale** da parte dei più generosi di noi. Non è di tutti dare una parte così notevole di sé; di massima basta molto meno; **ma non deve essere per questo vietato il gesto di amore di questi volontari**, che ben più efficacemente di altre iniziative sociali mantengono nella comunità la presenza operativa della vera solidarietà, sulla quale si fonda l'autentico bene comune.

b) Altre ragioni, meno tecniche ma più precise e convincenti, hanno indotto molti teologi ad accettare il trapianto del rene. **Anzitutto**, il soggetto che dona il suo rene, in una valutazione complessiva dei valori, può scorgere nella cessione dell'organo una delle espressioni più belle e più preziose della sua personalità: **la vede come un atto di amore e di profonda solidarietà** con un sofferente della comunità, come un semplice atto di « **comunicazione di beni personali** », quale si addice a membri di uno stesso gruppo sociale (34).

**Secondariamente**, egli può vedere nel suo gesto anche **una forma di arricchimento della sua persona** sul piano umano e soprannaturale in ordine al suo destino, una mèta ambita di formazione e di elevazione spirituale. Visione che rientra **nel classico principio della parte per il tutto**, dove il « tutto » è costituito non solo dalla propria vita fisica e psichica, ma anche dai valori più elevati del proprio mondo personale (35).

Queste considerazioni, piuttosto recenti nella dottrina, **non eliminano la condizione fondamentale del rispetto dell'integrità sostanziale**, che nel nostro caso è il rispetto della funzione renale, la cui soppressione costituirebbe una vera aggressione alla vita. Ma il donatore non distrugge nè il rene prelevato nè la propria

---

(34) Cfr. CHAUCHARD C., *Les greffes d'organes*, in *Cahiers Laënnec*, marzo 1966, pp. 41 ss.

(35) Cfr. GIAJLEOLA O., *El transplante de organos en seres humanos; razón ultima de su licitud*, Università Gregoriana, Roma 1965 (tesi di laurea).

funzione: cede semplicemente il suo organo per partecipare a un terzo un elemento indispensabile di salvezza, accettando la riduzione della sua capacità.

La validità di questa visione viene rafforzata dall'ideale indicati dal vangelo **come la via autentica di elevazione personale**: quella di amarci fino al sacrificio di noi stessi. Per cui, più che parlare di liceità del trapianto del rene, potremmo, più esattamente, parlarne come di una azione di merito e di virtù. E' chiaro che un linguaggio di questo genere può anche sfuggire del tutto a un rilievo di tipo puramente medico-legale, ma non cessa per questo di essere altamente valido.

4. Questa nuova visione morale del problema in chiave favorevole al trapianto, è rafforzata dall'atteggiamento generale della Chiesa verso il progresso scientifico e verso le sue interpretazioni e applicazioni pratiche più aggiornate e più convincenti. E' ovvio che, con una maggiore conoscenza delle leggi e un'indagine scientifica più attrezzata, l'atteggiamento dell'uomo possa subire nuove orientazioni di vita e di comportamento: **questo non è mutare il principio, ma solo applicarlo a una realtà nuova e diversa.**

a) « Anche la fede, immutabile nel suo contenuto, è approfondita continuamente da parte della Chiesa secondo un duplice principio: **la continuità e il progresso.** Esempi assai concreti nell'attuazione di questa realtà applicata, per quanto riguarda la Chiesa nel mondo presente, li troviamo in tutta la struttura del Concilio Ecumenico Vaticano II » (36).

A questo punto cade a proposito una dichiarazione di Paolo VI ai membri della Commissione pontificia per i problemi della natalità: « ... i piani sui quali si pone la nostra ricerca sono: da una parte una migliore conoscenza delle leggi fisiologiche, dei dati psicologici e medici, dei movimenti demografici e degli sconvolgimenti sociali; dall'altra, e soprattutto, il piano della luce superiore che proietta su tali dati e fatti la luce della fede e dell'insegnamento tradizionale della fede » (37).

b) I pochi Autori che, nonostante la modificata accezione del termine « integrità », ritengono ancora doversi considerare vietato ogni tipo di trapianto d'organo, si richiamano, come a ragione della loro opposizione, alle affermazioni di condanna che Pio XII ha pronunciato nel 1952 durante un Congresso di istopatologia.

Riteniamo, però, che Pio XII, in quell'occasione, non intendesse nè definire il senso preciso del termine « integrità », nè risolvere il problema medico-morale, essendo questo tecnicamente ancora in pieno sviluppo, nè pronunciarsi specificamente sul pro-

(36) ANGELINI F., *Sulla liceità del trapianto del rene*, in *Orizzonte Medico*, n. 9, 1966, pp. 3-4.

(37) PAOLO VI, *Ai componenti la Commissione pontificia per i problemi della natalità*, 27 marzo 1965, in *L'Osservatore Romano*, 28 marzo 1965.

blema del trapianto del rene che non gli era stato neppure presentato. La sua opposizione, in quella occasione, verteva piuttosto sull'abuso che si faceva dell'argomento di «totalità» (la parte per il tutto), ai fini di giustificare la donazione di una parte di se stessi al bene del corpo sociale (38):

« *La comunità considerata come un tutto, non è un'unità fisica in sé sussistente, e i suoi membri individuali non ne sono parti integranti. L'organismo fisico [...] dell'uomo possiede nel suo tutto una unità in sé sussistente; ciascun membro, ad es. la mano, il piede, il cuore, l'occhio, è una parte integrante, destinata essenzialmente ad inserirsi nell'insieme dell'organismo. Fuori dell'organismo esso non ha, per sua propria natura, alcun senso, alcuna finalità; è interiormente assorbito dall'insieme dell'organismo, cui si inserisce.*

« *[Nella comunità umana] il tutto non ha un'unità in sé sussistente, ma una semplice unità di finalità e di azione. [...] Che ne segue per l'organismo fisico? Il soggetto è l'usufruttuario di questo organismo, che ha una unità sussistente, può disporre direttamente e immediatamente delle membra e degli organi, sue parti integranti, nell'ambito della loro finalità naturale. [...] Però, quando il tutto ha solo una unità di finalità e di azione, il suo capo [...] in nessun modo può disporre direttamente del suo essere fisico » (39).*

5. La legge morale, tuttavia, proprio per la natura stessa dell'operazione di trapianto, **esige la presenza di alcune condizioni tassative**: — il dono del rene deve essere spontaneo da parte di persona responsabile e consapevole del rischio che accetta; può essere consigliato o proposto, ma non può essere imposto: il dono deve restare un fatto di amore e di bontà; — il donatore dovrebbe essere scelto preferibilmente nella cerchia dei consanguinei, qualora non si disponga di una larga rosa di donatori fra cui trovare il soggetto geneticamente più affine; — ci deve essere la morale certezza della riuscita del trapianto e del buon funzionamento del rene rimasto (40).

### Trapianto da cadavere.

1. **Nessuna legge divina** vieta questo genere di interventi. Con l'asportazione di un organo dal corpo morto, non si lede alcun diritto propriamente detto. Il cadavere non è più, nel senso vero della parola, soggetto di un diritto; non si lede quindi alcun bene personale; **beni** erano tutti gli elementi costitutivi del corpo, quando essi portavano il loro contributo attivo

---

(38) Cfr. WERMEERSCH A., *Theologiae Moralis Principia*, Gregoriana, Roma 1945, vol. II, n. 299; GENNARO A., *Casus conscientiae*, in *Perfice Munus*, aprile 1965, p. 208.

(39) PRO XII, *Allocuzione ai partecipanti al I° Congresso Internazionale di istopatologia del sistema nervoso*, 13 settembre 1952, in A.A.S., 1952, pp. 786 ss. - Vedi anche PERICO G., *A difesa della vita*, Centro Studi Sociali, Milano 1965, pp. 460 ss.

(40) Cfr. SABATTANI A., *La liceità dei trapianti di organo*, in *L'Osservatore Romano*, 11-12 maggio 1964, p. 7.

e vitale alla esistenza di un essere e tendevano a uno scopo preciso; ora sono membra prive della loro funzione.

Questo non toglie che, nei confronti di quel corpo inanimato, non **insorgano nei medici obblighi particolari**, provenienti da esigenze di ordine diverso, che potremmo chiamare, **diritti impropri**, i quali tendono a tutelare quei residui di uomo, fino alla loro naturale dissoluzione.

Tali diritti sono traducibili in un'esigenza di **rispetto** verso quell'organismo che è stato sede di attività pregiate, centro di iniziative, di affetti e di intelligenza, oggetto di cure e di pietà da parte dei parenti, amici e colleghi. **La legge morale**, perciò, difende quel corpo dalla demolizione capricciosa e da trattamenti meno rispettosi.

Così non va dimenticato che su quel corpo **i parenti hanno alcuni privilegi**. Nell'ambito delle volontà esplicite del defunto, essi possono manifestare desideri e preferenze nel destino di quel cadavere, che in qualche modo è loro consegnato dalla natura stessa delle cose, in forza del vincolo del sangue e del rapporto di affetto, che fra loro si è costituito.

Tali privilegi e doveri di pietà, tuttavia, **non devono diventare un ostacolo** al perseguimento di uno scopo ben più ampio e prezioso, quale è il bene dei viventi, i quali, per l'osservanza dei propri doveri e per far fronte alle proprie responsabilità istanti, possono, con piena ragione, chiedere a coloro che non sono più e **che dalla comunità hanno a loro volta ricevuto beni e servizi**, parte del loro corpo ormai destinato al disfacimento.

2. Nell'ambito di queste premesse, la morale esige di massima, per il prelievo di un organo dal cadavere, **il consenso preventivo** del defunto o quello immediato dei primi responsabili di quel corpo. In assenza di queste forme di consenso, in caso di urgente bisogno, si può ricorrere a un **consenso presunto**, fondato sul dovere che ciascuno di noi ha di contribuire al bene dei terzi.

A questo proposito, concordiamo pienamente con il contenuto della proposta di legge 13 maggio 1965, con cui, in assenza di volontà contraria del soggetto, verrebbe data facoltà ai responsabili sanitari e ricercatori di eseguire prelievi di organi su quei deceduti, su cui è legittimo, in forza della legge 1° febbraio 1961, n. 83, eseguire su parere dei medici riscontri diagnostici, contro i quali ogni opposizione parentale è da considerarsi inoperante.

3. Un impulso notevole verrebbe dato a queste donazioni « post mortem », se **l'opinione pubblica venisse debitamente illuminata** sul loro carattere di alto servizio sociale, nell'interesse di coloro che hanno ancora grandi responsabilità fra i vivi e che possono sopravvivere mediante prelievi dal cadavere.

## Prelievo da corpi in « coma dépassé ».

1. Nei confronti di soggetti clinicamente morti, non aventi più una loro autonomia vitale (nè circolatoria nè respiratoria), privi di qualunque prospettiva di reversibilità, « viventi » solo in forza di tecniche rianimative, può essere sospeso ogni trattamento extracorporeo, qualora vi sia una ragione grave che lo esiga (41).

Ragioni gravi possono essere: — l'impossibilità della famiglia di affrontare oneri finanziari eccessivi (42); — la previsione certa dell'assoluta inutilità del tentativo; — il prelievo di un rene o di un altro organo ancora vitale per trapianti terapeutici; — l'esigenza di cedere le attrezzature rianimative a un soggetto ricuperabile alla vita reale e autonoma.

2. Questo problema impone naturalmente grande chiarezza e sicurezza nella determinazione clinica della morte del soggetto; e questo è compito della medicina. Il più piccolo dubbio che la persona sia ancora in vita, o abbia ancora una speranza di ripresa, vieta al sanitario la sospensione del trattamento.

Non va confusa questa interruzione rianimativa e abbandono alla totale degenerazione, con l'eutanasia per omissione. Questa consiste nell'atteggiamento del sanitario, che, potendo combattere e dilazionare la morte, mediante cure o interventi equivalenti, in un paziente non ancora clinicamente morto, li omette volontariamente con precisa volontà di anticiparne e affrettarne la fine.

In questi casi, non si tratta di sospendere un meccanismo afisiologico e totalmente indotto dall'esterno: ma si tratta di una astensione da soccorsi capaci di tenere in vita un soggetto ancora recuperabile alla vita. Nel primo caso è già in atto « la morte clinica », nel secondo c'è un essere che lotta ancora per vivere, e che il sanitario è chiamato a soccorrere e a proteggere.

\*

Il nuovo strumento legislativo, oltre ad aprire alla scienza nuove vie di ricerca, dà a moltissimi ammalati la speranza di sopravvivere, e circonda con le dovute garanzie giuridiche il donatore del rene, esaltandone implicitamente l'atto generoso come sublime espressione di solidarietà umana.

Giacomo Perico

(41) VEDRINNE J., VINCENT V., *Aspects médico-juridiques des comas dépassés*, in *Journal Médical de Lyon*, 1965, pp. 1211 ss.

(42) PIO XII, *Risposta ad alcuni importanti quesiti sulla rianimazione*, 24 novembre 1957, in *A.A.S.*, 1957, p. 1032.