

VARIA

Varia

LA STORIA DEI TRAPIANTI E “LA SAPIENZA”,
L’EVOLUZIONE LEGISLATIVA ED IL DIBATTITO BIOETICO
IN ITALIA

RAFFAELE LA RUSSA, MARTA CUSUMANO, VALENTINA LO VOI,
VALENTINA FAZIO, ALESSIA QUATTROCCHI, NICOLA DI FAZIO,
PAOLA FRATI

Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico-legali
e dell’Apparato Locomotore,
Sapienza Università di Roma, I

SUMMARY

TRANSPLANTS IN ITALY, HISTORY AND BIOETHICAL DEBATE

The present article arises from the need to retrace the history, never written until now, of transplants in Italy. This theme is indissolubly linked to Sapienza University of Rome and, in this article, we also reveal a series of historiographical errors handed down to the present day. Finally, we analyze the legislative evolution and the contextual bioethical debate in a continuous pursuit of science, tension and morals.

I primi trapianti in Italia

“Tempo di miracoli”, titolava in prima pagina il Messaggero di Roma per annunciare nel 1966 l’ennesimo traguardo delle due *équipe* capitoline specializzate nei trapianti di organo guidate una dal prof. Paride Stefanini, direttore dell’Istituto di Patologia Chirurgica dell’Università “La Sapienza” di Roma, l’altra dal collega e “rivale” Pietro Valdoni, direttore della Clinica di Chirurgia Generale e Terapia Chirurgica. Eppure, ciò che è rimasto maggiormente impresso di quell’anno nella

Key words: Transplant - Kidney - Story - Law - Bioethic

memoria collettiva fu la profonda crisi sociopolitica: era l'alba delle proteste del 1968, le rivendicazioni studentesche, dei primi attentati politici e di una situazione sociale davvero incandescente.

Il 27 aprile, data che nella nostra ricostruzione avrà una connotazione positiva, fu accesa la miccia che aprì l'oscuro periodo degli anni di piombo e degli attentati terroristici: l'omicidio dello studente Paolo Rossi all'interno della facoltà di Lettere e Filosofia¹.

Contemporaneamente, nella stessa Università, un gruppo di studiosi dopo anni di ricerca sui trapianti all'estero ed in laboratorio registrarono una serie di successi scientifici di una tale portata da calamitare l'attenzione dell'opinione pubblica, dapprima diffidente, fino a giungere alla vetta delle istituzioni grazie alla promulgazione della legge n.258 del 26 giugno 1967: era stata intrapresa la via, fino ad allora imbattuta in Italia, dei trapianti d'organo.

Ripercorrere i passaggi storici è stata impresa ardua poiché l'attenzione delle testate giornalistiche, non era interessata a questa tematica; la ricostruzione è avvenuta perciò estrapolando le informazioni necessarie da varie pubblicazioni scientifiche edite nel corso degli anni integrate con scarse indicazioni forniteci dai quotidiani dell'epoca.

La prima notizia relativa al trapianto di organo pubblicata sui giornali è datata 27 aprile 1966 ne "Il Corriere della Sera"². Il primo caso clinico di omotrapianto renale in Italia fu effettuato il 22 aprile 1966 sulla signora Franca Tardoni o Tordoni (i quotidiani non concordano su tale informazione) di 31 anni, a cui nel giugno 1965, presso la struttura ospedaliera di Perugia, fu diagnosticata un'insufficienza renale cronica con anemia ed iposideremia, motivo per cui fu trasferita d'urgenza nel Centro di Rianimazione del Policlinico. L'operazione, contrariamente a quanto sostenuto fino ad oggi, fu eseguita dal prof. Valdoni e durò complessivamente cinque ore. In tale occasione venne anche eseguita una tecnica sperimentale (innestata sulla classica procedura di Starlz³) ideata da uno dei chirurghi, il dott. Aldo De Maria, studente della Facoltà di Medicina e Chirurgia presso "La

Sapienza”, poi allievo di Valdoni. È necessaria in proposito una breve digressione storica: nel febbraio del 1962 De Maria ottenne una borsa di studio del C.N.R. per gli studi sui trapianti a cui si dedicò fino al 1966: dal maggio al novembre 1965 fu a Londra presso l’*“Hospital for sick Children”* come *official observer*, per perfezionare le sue conoscenze in chirurgia pediatrica, lavorando come ricercatore negli ospedali di Westminster per lo studio dei trapianti renali, ad Hammersmith per quelli di cuore, fegato e polmone e nel *“Vickers Research Establishment”* di Ascot dove ottenne una licenza personale per condurre esperimenti sui cani. Grazie a questi studi ideò un particolare procedimento, unico nel suo genere, con l’utilizzazione della metodica della “tunnellizzazione” dell’uretere nell’impianto in vescica, tecnica da molti considerata valida ed efficace e che, a

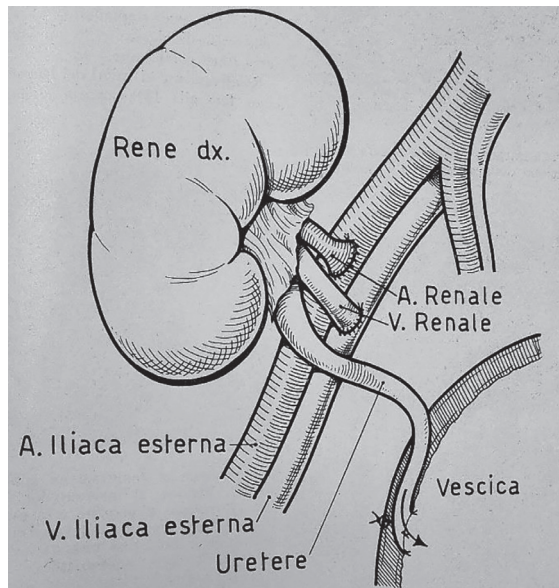


Fig. 1. da Valdoni P. Considerazioni sul primo caso clinico di omotrapianto renale praticato in Italia. Il Policlinico Sezione pratica, 30 maggio 1966.

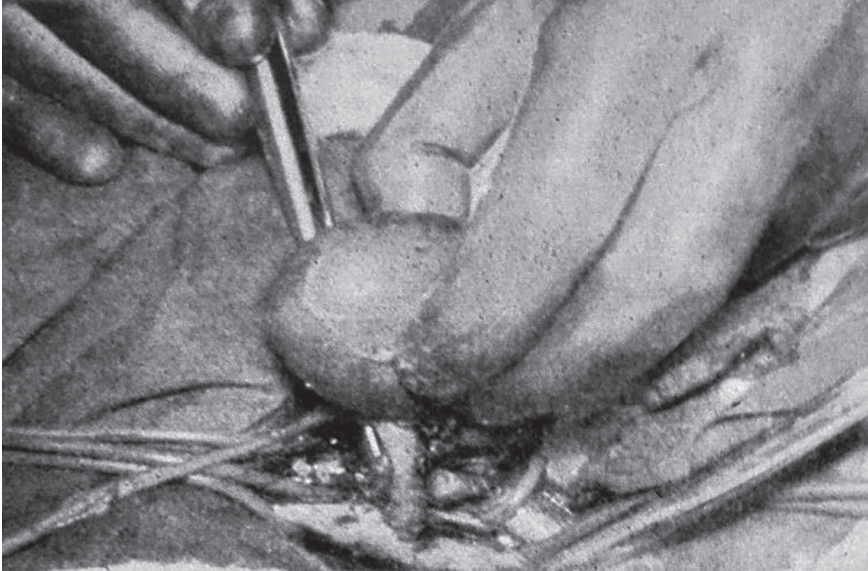


Fig. 2. foto dell'intervento

quanto riportano le pubblicazioni scientifiche dell'epoca, non ebbe inconvenienti di alcun tipo (fig. 1 e 2).

I quotidiani del tempo, non specificando i nomi, riportano la collaborazione nell'intervento di due cardiologi e quattro anestesisti; la pubblicazione scientifica invece, oltre a riportare il nome di P. Valdoni, è stata edita dai dott. A. Aureggi, A. De Maria, M. Mancuso, F. Virno e Piero Mazzoni, quest'ultimo fra i più grandi anestesisti del tempo, luminare della medicina, ed ex allievo di Valdoni. Quest'ultimo nella sua relazione fa emergere l'attenzione rivolta alla preparazione psicologica: l'*equipe* preparò la paziente e la sua famiglia ad affrontare un intervento invadente, innovativo e mai eseguito prima di allora in Italia, ulteriormente complicato dalle alterazioni umorali determinate dall'insufficienza renale⁴. La riserva venne sciolta il 5 maggio 1966, la paziente fu trasferita al reparto di chirurgia.

Tutto questo tuttavia fu possibile grazie al pregresso lavoro avviato dal prof. Stefanini. Egli, dal 1962, si dedicò alla promozione dei trapianti affrontando la materia in varie prospettive: investendo nella ricerca, in laboratorio e all'estero, allacciando numerosi gemellaggi e collaborazioni con i centri trapiantologici più importanti dell'epoca⁵ e sensibilizzando l'opinione pubblica per far approvare una legge che legalizzasse il trapianto, in particolar modo quello da vivente. Stefanini organizzò numerosissimi simposi e tavole rotonde, il primo risalente al 1964, presso l'Istituto di Genetica del prof. Gedda, figura di spicco del campo medico e della Democrazia Cristiana, partito con il quale, proprio per la sua forte rappresentanza e influenza nel paese in quegli anni, strinse un forte legame affinché la battaglia dei trapianti di organo fosse combattuta anche a livello legislativo.

Quasi tutte le fonti storiche indicano Stefanini come primo chirurgo ad aver realizzato in Italia, nei primi giorni di maggio, un trapianto di rene a favore di una ragazza diciassettenne affetta da glomerulonefrite cronica in fase terminale, ma ciò è da ritenersi errato per diverse ragioni. Innanzitutto, i primi articoli della stampa nazionale relativi al trapianto d'organo furono pubblicati già dal 27 aprile 1966⁶, citando il caso della signora Tardoni (Tordoni) e quindi dell'operazione condotta dal prof. Valdoni a cui corrisponde l'articolo pubblicato sulla rivista "Il Policlinico" "Considerazioni sul primo caso clinico di omotrapianto renale praticato in Italia", sezione pratica, 30 maggio 1966. Inoltre, le fonti che riportano Stefanini come primatista non concordano sulle date.

La soluzione da noi sostenuta è molto semplice: in occasione della conferenza tenutasi al CNR il 18 maggio 1966, il prof. Cortesini espose una relazione su due casi pratici, fra cui quello della giovane ragazza diciassettenne, dichiarando che fu sottoposta al trapianto il 3 maggio 1966. Data l'ufficialità dell'occasione, il breve lasso di tempo trascorso fra le due operazioni e la conferenza citata e l'inesistenza di una pubblicazione scientifica sul caso della ragazza,

possiamo dedurre che il caso della giovane fa riferimento al primo omotraspianto renale compiuto in Italia dall'*équipe* di Stefanini, e non al primo trapianto effettuato in assoluto in Italia. Evidentemente, causa le numerosissime conferenze tenute da Stefanini e dai suoi collaboratori, diversamente da Valdoni, il caso della giovane ragazza veniva proposto come esempio clinico preferendo citare un proprio caso e non l'operazione di Valdoni, non eseguita direttamente. Nel corso degli anni si è confuso il primato assoluto conquistato da Valdoni con quello "solamente" relativo dell'*équipe* di Stefanini. Di qui una serie di errori storiografici che i vari autori si sono tramandati. Tale ricostruzione non solo non contrasta con tutti gli atti ufficiali fin qui citati ma è supportata anche da un intervento pubblico del prof. Stefanini in cui riconobbe al collega Valdoni il merito di aver effettuato "*Il primo trapianto di reni nel nostro Paese*"⁷. Testi minori e alcune interviste riportano invece come primo trapianto renale quello effettuato sulla signora Vitalba Pallini, impossibile poiché risalente al 1967, come testimoniano molti articoli giornalistici. Anche le informazioni relative al cadavere da cui venne espantato l'organo non coincidono: secondo alcune fonti proveniva dal Pronto Soccorso di Roma secondo altri da L'Aquila, ricollegandosi ad una testimonianza del prof. Casciani, allievo di Stefanini, in cui raccontava di essere andato lui stesso a L'Aquila per prelevare l'organo. Nonostante molti lati oscuri e poco collimanti, una cosa è certa: la signora Pallini fu una fra le prime a subire il trapianto in Italia con risultati eccellenti: morì a sessantacinque anni, quindi circa 45 anni dopo l'intervento.

Pochi giorni dopo l'intervento di Valdoni, Stefanini organizzò a Roma, il 28 aprile 1966, la conferenza "Il trapianto del rene: etica e medicina", in cui intervennero esponenti politici, chirurghi ed esperti del diritto. È interessante notare che il prof. Stefanini in quell'occasione abbia insistito sul problema sociale delle nefropatie a causa delle quali morivano in Italia almeno quattromila persone

all'anno e per tale motivo il trapianto si prospettava quale unica soluzione⁸. A questo si aggiungeva il problema della scarsità dei centri dove era possibile sottoporsi all'emodialisi o rene artificiale, che al tempo erano quattro: Milano, Parma, Pisa e Roma. Nel 1966 nella stazione di depurazione di Roma, una delle più attrezzate sul territorio italiano, erano trattati 19 pazienti, 10 con emodialisi con una frequenza media di una-due sedute a settimana, 9 invece con minore frequenza. Il centro romano disponeva di 6 reni artificiali che potevano lavorare contemporaneamente, ma a causa della carenza del personale medico e dei costi elevati, erano usati a giorni alterni. Per quanto concerne il resto del paese si stimava: a Padova gli uremici trattati erano 10, a Milano 3/4, e Parma 3/4, a Pisa il numero non fu precisato ma definito "notevole"; secondo queste stime il numero complessivo dei pazienti che potevano beneficiare di tale trattamento non era più di cinquanta in tutto il territorio nazionale. A questo si aggiungeva il problema dei costi, proibitivi, stimati per circa un milione e mezzo di lire per malato all'anno, a cui andavano aggiunte le spese del personale ospedaliero.

Altro aspetto molto importante a cui si diede rilievo in quell'occasione fu il concetto di morte. In particolare, Stefanini battendosi per il trapianto fra viventi non voleva in alcun modo abbandonare la strada dei trapianti da cadavere⁹. Sua preoccupazione era infatti l'ottimizzazione di ciò che definì "*buon cadavere*", ovvero quel cadavere che non presentava danni agli organi espiantabili causati dalla patologia e dall'evento morte¹⁰. Replicando Stefanini disse:

ma, al di là del rene c'è un altro campo ancora più grosso e più importante che è quello del fegato... [che]...si risolve solo con il trapianto da cadavere; ma non si fa il trapianto del fegato con quei cadaveri di cui oggi possiamo disporre ... Quindi ecco che noi ci batteremo per questo scopo, e sono certo, arriveremo ad ottenere la possibilità di utilizzare cadaveri adatti. Ma esistono difficoltà morali, certe perplessità che nascono, credetemi, in ognuno di noi, prima ancora che in voi.

Ciò che Stefanini aveva intuito circa venti anni prima, purtroppo non lo poté mai vedere: il primo trapianto di fegato venne realizzato nel 1982 nella “sua” Università e dal suo più stretto collaboratore; si sparse nel 1981, appena un anno prima.

Ritorniamo al 1966, esattamente il 15 maggio, le principali testate giornalistiche tornarono a trattare i trapianti d'organo pubblicando una notizia eccezionale: per la prima volta in Italia e in Europa, per la seconda al mondo (il precedente risaliva al 1961, presso l'ospedale di New Orleans del prof. Reemtsma), fu effettuato uno xenotrapianto di rene da scimpanzé a uomo. L'intervento fu eseguito dal prof. Stefanini coadiuvato dai proff. Cortesini (primario del reparto “Reni Artificiali”, nome eccellente della chirurgia italiana che ritroveremo più avanti nel corso della nostra storia), Casciani, Arullani e Speranza¹¹. L'intervento storico¹² fu preceduto da quattro anni di studio da parte di questo gruppo di ricercatori dell'Istituto di Patologia Clinica. Le direttive poste a fondamento delle loro ricerche furono essenzialmente quattro: tecnica dei trapianti di rene, ricerche sui mezzi di conservazione dei reni da trapiantare, studio della fisiologia e fisiopatologia del rene trapiantato, della funzione renale e di altre caratteristiche biologiche dei primati subumani allo scopo di attuare gli eterotrapianti. Il fine di quest'ultimo settore era quello di fronteggiare una possibile emergenza in cui non sarebbe stato possibile attingere ad un espianto da cadavere, come difatti si verificò. La ricerca dimostrò, attraverso test di laboratorio, che le barriere biologiche esistenti tra uomo e scimmia sono meno imponenti di quanto si credesse, stimando le medesime possibilità di successo tra un rene di scimpanzé ed uno da cadavere¹³. Lo scimpanzé selezionato per l'operazione, soprannominato dai chirurghi “Peppone”, era di una sottospecie particolare detta “prangidee” e presentava caratteristiche simili al trapiantato: stessa statura, circa 170 centimetri, e stesso peso, 52 kg, ed età. I dati

ottenuti furono elaborati in collaborazione con il centro trapianti della “Tulane University” di New Orleans.

Il paziente era un giovane pastore sardo, Antonio Farina, di 19 anni, originario di Orgosolo, paesino nella provincia nuorese, ricoverato l’11 marzo dello stesso anno presso il nosocomio romano in stato di coma urico conseguente una nefrite cronica, accompagnato dai fratelli che si erano già offerti come donatori qualora fosse stata approvata la legge, ancora in discussione al Parlamento, che legalizzava la donazione da vivente. L’intervento fu effettuato domenica 8 maggio 1966 e durò 4 ore. Il 14 maggio la direzione della Clinica di Patologia Chirurgica diffuse il seguente comunicato stampa:

da sette giorni vive all’istituto di Patologia dell’Università di Roma un giovane la cui funzione renale è svolta esclusivamente da un rene prelevato da uno scimpanzé. Il paziente era giunto all’Istituto circa due mesi fa in coma uremico. Finora era stato mantenuto in vita con due applicazioni settimanali di rene artificiale, avendo i propri reni completamente distrutti da una malattia cronica. Essendosi in questi ultimi tempi aggravate le condizioni generali (...) si è deciso di intervenire per salvare il giovane con un trapianto di rene. Non essendo stato possibile reperire un cadavere cui togliere l’organo renale, né attualmente possibile in Italia da un donatore vivente, essendo il progetto di legge relativo ancora in discussione, si è deciso di trapiantare un rene di uno scimpanzé (...) i risultati sono ottimi (...) la funzione del rene è ripresa immediatamente dopo l’intervento (...) il decorso clinico immediato rappresenta un grosso risultato scientifico¹⁴.

Il giovane sardo morì circa trentuno giorni dopo per una complicazione dovuta ai farmaci, nonostante la funzione renale si fosse mantenuta ottimale. Poco tempo dopo il programma di ricerca fu chiuso a causa degli alti costi per il mantenimento degli animali.

L’eccezionale intervento, catalizzando l’attenzione dei *mass-media* anche internazionali, rinvigorì il dibattito sulla legge per la donazione degli organi e gli scienziati del “chimerismo”, come erano

soprannominati, organizzarono il 18 maggio 1966 un'importante conferenza nell'aula magna del C.N.R. "Il trapianto renale: ricerche sperimentali e prime esperienze cliniche", con l'introduzione del presidente del C.N.R. prof. Caglioti¹⁵ e del presidente del comitato di Biologia e Medicina prof. Califano¹⁶ insieme ai membri del Comitato stesso. Considerando i risultati dei trapianti da vivente fra consanguinei eseguiti negli USA (il primo paziente operato nel 1962 era al tempo ancora in vita), Stefanini insistette sulla necessità che il progetto di legge di iniziativa del Ministro della Sanità Mariotti¹⁷, allora in studio alle camere, potesse essere approvato al più presto e fornire finalmente una soluzione per le quattromila persone che all'epoca morivano per insufficienza renale cronica.

Un gruppo di chirurghi, fra cui Valdoni, Mazzoni, Ruggero, Ceppellini, Ulrico Bracci, Gioacchino Nicolosi, Ettore Ruggieri, Piero Confortini, Beniamino Tesauro e Casciani, sotto l'impulso di Stefanini e Cortesini, sentirono la necessità di istituire una nuova società scientifica specializzata nella trapiantologia, capace di affrontare problematiche legali, scientifiche, divulgative in tale settore. Nacque così in un "pomeriggio afoso" del luglio 1966, nell'aula della II Clinica Chirurgica, la Società Italiana dei Trapianti d'Organo. L'articolo 2 dello Statuto fissa il fine: *"La S.I.T.O. non ha scopo di lucro e si propone di promuovere le conoscenze e la realizzazione dei trapianti di organi e di tessuti."*

Il primo Congresso della S.I.T.O. fu organizzato a Roma nel settembre 1967 ed intervennero due luminari della trapiantologia mondiale: Jean Hamburger, nefrologo, e Rudolph Pichlmayr, chirurgo.

Il successivo congresso tenutosi a Sanremo nel 1968, fu fondamentale per la storia della trapiantologia italiana: venne discussa e studiata la dichiarazione di Harvard sulla definizione di morte cerebrale, elaborata quello stesso anno, poi usata a fondamento di tutte le legislazioni in materia. Si stilò la "Carta di Sanremo" in cui erano stabiliti i parametri necessari per la diagnosi di danno cerebrale irreversibile

in soggetti ricoverati in terapia intensiva per lesioni cerebrali primitive. Dopo questo congresso la S.I.T.O. si fece promotrice di una serie di azioni parlamentari e giuridiche che, dopo molti difficili anni di dibattito, portarono all'emanazione della legge n. 644/1975.

Il primo trapianto di rene da vivente

Nel giugno 1967 finalmente fu approvata la legge che legalizzava il trapianto di rene da donatore vivente. Trascorsero poche settimane e l'8 luglio, sempre nel primo ateneo romano, Stefanini e la sua *equipe* eseguirono il primo trapianto di rene fra viventi in Italia. Protagonisti di questa storia furono due fratelli siciliani, secondo alcuni quotidiani di Catania, secondo altri della provincia di Palermo: Vito Cardaci, di 25 anni, che donò il rene al fratello Nunzio, di 32 anni. Quest'ultimo, giunto all'ultimo stadio di una patologia renale, fu trasportato a Roma in elicottero e ricoverato alla "Clinica dei trapianti", come ormai era in uso definire la Seconda Clinica. Mentre era sottoposto alla depurazione tramite il rene artificiale, si attuarono tutte le nuove procedure in vigore da pochi giorni: verifica della compatibilità fra donatore e ricevente, informazione delle conseguenze per il donatore e autorizzazione del pretore. Le operazioni di espianto ed impianto furono eseguite contemporaneamente per un totale di cinque ore di lavoro. Tutto ciò assicurò alla scuola romana un posto di rilievo mondiale nel campo dei trapianti, tanto che il 30 gennaio 1968 giunse a Roma per un dibattito televisivo il prof. Barnard, il chirurgo sudafricano che per primo al mondo eseguì il trapianto di cuore sull'uomo. Suoi interlocutori furono i professori Donatelli, Stefanini e Valdoni.

Grazie ad un intervento che Cortesini fece nel 1980¹⁸, è giunta una relazione statistica sui risultati dell'istituto. Dal 1966 al 1980 furono effettuati presso la Seconda Clinica Chirurgica 206 trapianti di rene di cui 48 da donatore vivente consanguineo, 5 da non consanguineo, 152 da cadavere e 1 da primate sub-umano, in una fascia compresa tra gli 11 e 60 anni e una vita media di 38 anni (figure 3 e 4).

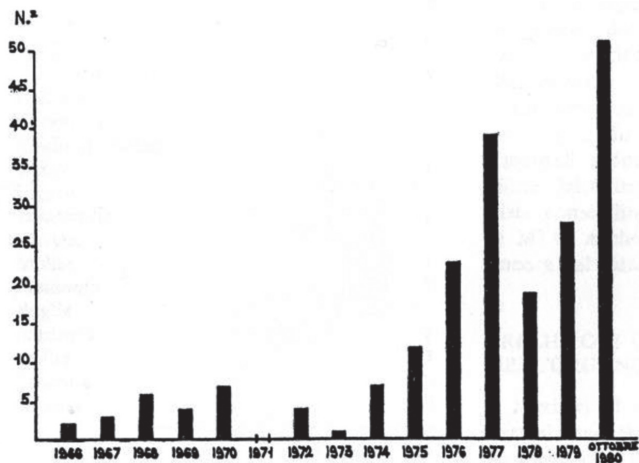


Fig. 3. da Cortesini R. Trapianto renale clinico. Atti del XIII Congresso Nazionale della Società dei Trapianti di Organo, 1980. Il diagramma dimostra l'incremento progressivo del numero annuo di trapianti di rene con un picco di 51 casi nel periodo compreso fra gennaio e ottobre 1980

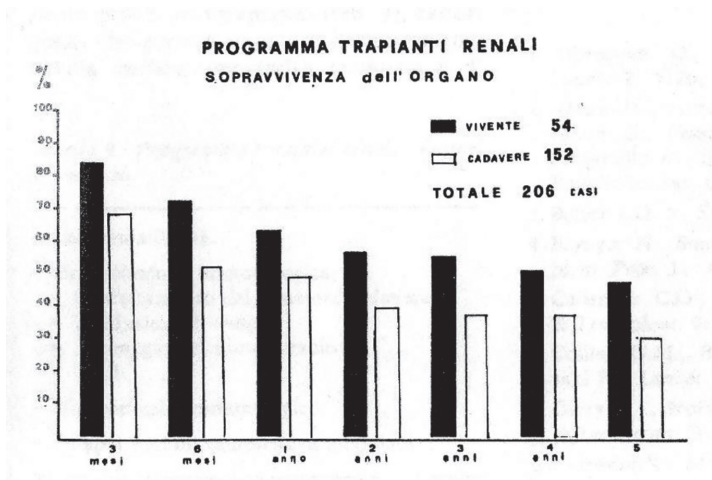


Fig. 4. da Cortesini R. Trapianto renale clinico. Atti del XIII Congresso Nazionale della Società dei Trapianti di Organo, 1980. Lo schema registra la sopravvivenza degli organi impiantati.

Nei quattordici anni esaminati sono state registrate queste percentuali: sopravvivenza dell'organo ad un anno 69% in caso di donatore vivente e 53% da cadavere. Nel 1987, dopo venti anni di esperienza, il Servizio Trapianti d'Organo de La Sapienza ottenne oltre l'80% dei risultati positivi per l'accettazione del trapianto e il 95% di sopravvivenza dei pazienti, eliminando il divario dei risultati fra trapianto da donatore cadavere e quelli da donatore vivente.

Il primo trapianto di fegato

In Europa molti paesi avevano autorizzato i trapianti di fegato, pancreas e cuore. Non essendo possibile in Italia, i nostri connazionali erano costretti a recarsi all'estero per sottoporsi ad un trapianto di fegato.

Nel dicembre del 1966 sulla rivista "il Policlinico" compariva l'articolo "Trapianto di fegato sperimentale: metodiche chirurgiche", ricerca eseguita con il contributo del C.N.R., giunto in redazione nel giugno dello stesso anno, ad opera di Cortesini, Casciani, Arullani, Cucchiara, Ancarani e Boffo, ovvero poco più di un mese dopo il primo trapianto di rene¹⁹. Le numerose pagine furono dedicate ad un'analisi minuziosa della metodica chirurgica.

Solamente nel 1980 in Italia venne avviata una procedura da parte del Ministero della Sanità per la selezione di centri in cui poter effettuare il trapianto di fegato. Le domande, presentate da una decina di chirurghi in tutta Italia, legati ai centri trapiantologici di Roma, Milano e Napoli, furono dapprima esaminate da una commissione di esperti dell'I.S.S.. Al vaglio della commissione non furono sottoposti solamente le competenze dei candidati ma anche i requisiti tecnici dei centri in cui essi operavano. Coloro che superarono il primo scrutinio furono sottoposti ad un'ulteriore Commissione Speciale ai Trapianti del C.S.S., presieduta dal prof. Stefanini, sul cui parere si basò il Ministro, allora l'On. Altissimo. Alla fine, il Ministro autorizzò solo due centri in tutto il territorio nazionale: Roma, sotto la guida di Cortesini, e Milano, guidato invece da Dinangelo Galmarini.

Purtroppo, anche questo evento fu oscurato dalla situazione sociopolitica che circondava i nostri chirurghi: l'occupazione argentina delle Falkland, la morte di Pio La Torre, la guerra alle B.R. che insanguinava le strade del Bel Paese, i toni fra Europa dell'Est e dell'Ovest per nulla distesi.

Orbene, il predetto intervento è ricordato anche perché frutto di una collaborazione internazionale: l'organo trapiantato, appartenente ad un ragazzo inglese deceduto in un incidente stradale, giunse a Roma, all'aeroporto di Ciampino da Birmingham, dal gruppo di studio dei proff. Calhoun e Mc Master, con un DC-9 dell'aeronautica militare e preso in consegna dal dott. Alfani. Ne giovò la signora Carmela Milva o Milfa, tarantina di oltre trent'anni affetta da cirrosi epatica in stato terminale che attendeva un fegato compatibile da due anni. L'operazione iniziò nelle prime ore del mattino (tra le due e le tre) concludendosi alle 14 del medesimo giorno. All'operazione parteciparono Pasquale Berloco, A. Famulari, D. Lanfani, gli immunologi E. Renna e G. Marinucci ed una *equipe* di anestesisti guidati dalla prof.ssa Enrica Pastore. È da sottolineare la delicata preparazione eseguita da questa *equipe*, dato che per le tre ore che la paziente era vissuta senza il fegato le funzioni dell'organo erano state ricreate e compensate artificialmente.

Al 31 maggio 1989 in Italia erano stati eseguiti 21 trapianti di fegato in sei centri autorizzati: Bologna, Genova, Milano-Niguarda, Milano-Policlinico, Roma-Gemelli, Roma-Policlinico con una sopravvivenza del 65% ad un anno e del 50% a due anni. Presso la II Patologia Chirurgica de "La Sapienza" furono eseguiti, dal maggio 1982 al luglio 1991, 55 trapianti di fegato^{20,21}(figura 5).

Il primo trapianto di cuore.

In Italia il primo trapianto di cuore risale al 1985²² grazie al prof. Vincenzo Gallucci²³ presso il centro specialistico di Padova.

Anche a Roma col prof. Benedetto Marino, direttore della cattedra di Cardiochirurgia del Policlinico, allievo di Valdoni, ci si preparava

Storia della trapiantologia in Italia

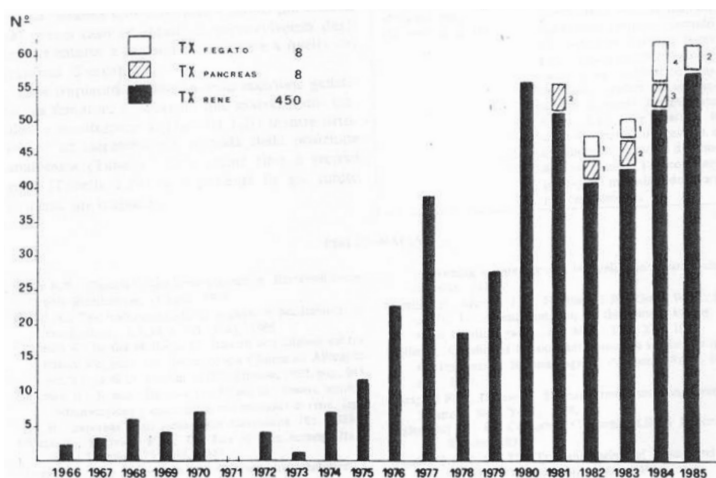


Fig. 5. Cortesini R., Renna E. Fondamenti del trapianto di organi. Roma: Il pensiero scientifico, 1987.

grazie ad investimenti in diverse collaborazioni con i più importanti centri degli Stati Uniti che trattavano il trapianto di cuore, in particolare Stentford. Nella capitale si segnò un altro importante traguardo. Il 5 gennaio 1986 fu eseguito il primo trapianto di cuore fra soggetti pediatrici. La bambina donatrice, Francesca Gobbato di 8 anni, era ricoverata presso l'ospedale di Ca' Foncello di Treviso. Il suo cuoricino trasportato da un mezzo dell'aeronautica militare fu impiantato sulla coetanea Moira Caradonna, ricoverata da mesi al Policlinico per una grave forma di miocardite dilatativa. Secondo il lancio dell'Agi partecipò all'intervento anche l'*equipe* di Cortesini. Moira è morta nell'agosto del 2008, a seguito di complicazioni renali, vivendo più di 22 anni. Quando non era stato effettuato ancora nessun trapianto in Italia Stefanini scrisse:

si sta così per realizzare la straordinaria possibilità di sopravvivere anche dopo la morte biologica di organi vitali del corpo umano questa scoperta rivoluziona i principi stessi della biologia, della fisiologia e della patologia: è la scoperta di una terra di nessuno agli stessi confini della vita²⁴.

Il quadro normativo

Le vicende sin qui trattate devono essere ovviamente inserite in un quadro molto più dettagliato e complesso che comprende in *primis* il sistema legislativo.

Dato il particolare attivismo produttivo della materia, causato dallo sviluppo scientifico e dalla globalizzazione della giuridificazione della bio-medicina, è necessario fissare alcune costanti prima di affrontare l'exkursus della produzione legislativa.

Resta e Zeno-Zencovich²⁵ in un loro studio individuano quale elemento comune a moltissimi ordinamenti, che la normativa che disciplina questa materia costituisce un sistema estraneo al corpo del codice civile, cioè un sistema strutturato ed incardinato su “*logiche regolative autonome*”, incentrandosi sul problema del reperimento e della conservazione degli organi, lasciando al margine le problematiche etiche riguardo l'efficienza allocativa e la giustizia distributiva dell'accesso a tali risorse.

La prima volta che nel nostro paese fu sollevato il problema del prelievo delle parti di corpo fu in occasione del XXXVIII Congresso della Società Italiana di Oftalmologia, nel 1951, relativamente al prelievo della cornea. Dopo “appena” sei anni fu emanata la legge n. 235 del 1957²⁶, la prima in assoluto in Italia: essa configura un sistema chiuso, ossia limitato nel numero e nel tipo di organi potenzialmente espianabili.

In un paese come l'Italia, fortemente identificato dal punto di vista religioso, sono stati fondamentali gli interventi di mediazione e assimilazione della Chiesa Cattolica a favore della società civile, che obiettava con forza la mancanza di rispetto nei confronti del cadavere, e alla persona di Papa Pio XII, che affermò:

Il cadavere non è più, nel senso proprio della parola, un soggetto di diritto, perché è privo della personalità che sola può essere oggetto di diritto (...). In generale non dovrebbe essere permesso ai medici di intraprendere

asportazioni su un cadavere senza l'accordo di coloro che ne sono depositari (...). Consentire espressamente o tacitamente a seri interventi contro l'integrità del cadavere non offende la pietà dovuta al defunto, quando per questo esistono valide ragioni (...). Destinarlo [il cadavere] a fini utili, moralmente ineccepibili e anche elevati non è da condannare, ma da giustificare positivamente²⁷.

Altro importante intervento di Papa Pio XII è datato 24 Novembre 1957. In occasione di un discorso ufficiale, il pontefice enunciò l'esplicito affidamento del compito accertativo alla scienza medica ed ai suoi correlati rilievi strumentali di oggettivi parametri bio-funzionali: venne così riconosciuto ai medici il compito di stabilire la definizione della morte e, quindi, l'uso di mezzi per diagnosticarla. Si trattava dunque di un sistema chiuso: l'art. 2 consentiva l'espianto della cornea e del bulbo, ma grazie ad una serie di regolamenti esecutivi il catalogo fu man mano ampliato estendendo la donazione a ossa, muscoli, tendini, vasi sanguigni e sangue, nervi, cute, midollo osseo (D.P.R. 20 gennaio 1961 n.8), reni, cuore, polmoni, vescica e ureteri, segmenti del canale digerente e ghiandole esocrine ed endocrine (D.P.R. 2 Settembre 1965 n.1156, che ha sostituito il D.P.R. 20 gennaio 1961 n.300²⁸, e D.P.R. 5 febbraio 1970 n.78). Il problema del consenso all'atto di espianto si configurava in questa legge come diretta emanazione del principio di una libera dichiarazione di assenso da parte del cedente.

La legge 458 del 1967.

La prima legge, che consentiva, e consente tutt'oggi, la donazione da vivente di rene, è la n. 458 del 1967, emanata dopo un travagliato dibattito durato circa due anni.

L'allora Ministro della Sanità Mariotti, socialista, presentò al Senato il 15 luglio 1965 un disegno di legge che mirava "*a rendere possibile il progresso scientifico nel nostro paese*"²⁹, la cui bozza fu proposta dal prof. Stefanini dopo l'approvazione del C.S.S. Quest'ultimo si

espresse favorevolmente ed auspicò l'estensione del trapianto agli altri organi. La votazione finale al Senato avvenne il 21 dicembre 1966, quando si riconobbe l'ampliamento senza limiti di consanguineità. Il disegno approdò alla Camera dei Deputati e fu discusso in sette sedute tra il 6 aprile ed il 15 giugno 1967. Le posizioni sostenute in commissione furono molteplici: quasi tutti erano favorevoli, tranne una minoranza, fra questi l'On. Pasqualicchio, medico e deputato comunista, preoccupato dal problema della diminuzione della capacità lavorativa del donatore³⁰. Il punto nevralgico era la possibile apertura o meno della donazione anche ai non consanguinei. Per evitare un secondo passaggio in Senato la legge fu approvata senza alcuna modifica. Come sancito dal primo articolo in deroga al divieto dell'art.5 del c.c. solo i consanguinei (genitori, figli, fratelli germani e non) potevano donare il proprio rene, ciò sia per massimizzare la riuscita dell'attecchimento, limitando i rischi di rigetto, sia per rinforzare il vincolo di gratuità. Era possibile estendere la richiesta agli estranei nel caso in cui il paziente non avesse avuto in vita i soggetti indicati all'art. 1 o nell'eventualità che nessuno di loro fosse idoneo o disposto a donare. Era previsto un procedimento pretorile che oggigiorno, a seguito di alcune riforme³¹, si svolge dinanzi il Tribunale³². Il personale sanitario disponeva il verbale con i presupposti medici che doveva essere sottoposto all'esame del pretore che poteva emettere un nulla-osta nel caso fossero rispettati anche i presupposti giuridici (maggiore età, consapevolezza dell'atto e capacità di intendere e volere) o, nel caso contrario, un decreto motivato. Quest'ultimo poteva essere impugnato con reclamo. L'intenzione del legislatore era quella di creare un filtro giudiziale per garantire un'adeguata tutela al donatore stesso. Inoltre, la legge poneva tre condizioni al ricevente: doveva essere un soggetto determinato e specifico che avesse dato il suo consenso al trapianto e che lo stato di necessità fosse concreto ed effettivo. Le pene previste per i trasgressori non erano particolarmente dissuasive³³.

I risultati furono incoraggianti: la legge era funzionale, l'iter semplice, tanto che l'8 ottobre 1967 il C.I.O.M.S. deliberò che i paesi che dovevano ancora regolamentare il trapianto da vivente si ispirassero al modello italiano.

È inevitabile considerare quanto il momento storico abbia inciso sulla scelta del legislatore, quando il principio personalistico all'interno della Costituzione non era stato ancora sufficientemente "metabolizzato". Ciò è evidente nella totale assenza nella legge della menzione dei minori. Solo a distanza di anni la dottrina ha progressivamente perfezionato posizioni nuove, rivalutando il contenuto dell'art. 2 c.c. che definisce la maggiore età e la capacità di agire, costruendo una capacità del minore relativa all'esercizio delle libertà fondamentali, fra cui il trapianto di organo³⁴.

Del resto, il conferimento al minore di determinati spazi di autonomia anche in ambito giuridico non è sconosciuto, né all'esperienza italiana, né ad altri ordinamenti. In quello elvetico e in Catalogna³⁵ si prescinde dal compimento di un'età specifica per l'acquisto della capacità d'agire e si affida al giudice l'accertamento concreto, caso per caso, della valutazione del grado di maturità raggiunto. Analogo principio è applicato in Inghilterra grazie ad un precedente giurisprudenziale³⁶ che ha riconosciuto il diritto del minore con sufficiente grado di maturità psichica di auto-determinarsi nelle scelte in campo medico. In una prospettiva *de iure condendo* è auspicabile per il futuro un'innovazione legislativa che permetta ai minori in Italia tale possibilità, rimanendo fermo *de iure condito* il divieto imposto dall'art. 2 c.c. alla modalità della donazione "samaritana", prevalendo in questo caso il diritto all'integrità psico-fisica del minore.

Al costante lavoro interpretativo della Costituzione va aggiunta l'evoluzione delle conoscenze scientifiche: la legge n. 235 del 1957, anticipando di qualche anno analoghe iniziative straniere, pose i criteri di accertamento della morte del soggetto donatore consistenti nella rilevazione elettrica della cessazione dell'attività cardiaca (l.

235/1957 art 5; D.M. 7 novembre 1961 art. 1). L'introduzione delle tecniche rianimatorie ha trasformato tali criteri: la possibilità del ripristino artificiale, anche se temporaneo, della funzione respiratoria e circolatoria ha infatti amplificato la natura del processo della morte, attribuendo oggi giorno carattere di irreversibilità alle fasi sempre più avanzate³⁷. Infatti, dalla concezione classica, che associava l'irreversibilità alla cessazione delle attività cardio-respiratorie, si è passati all'evenienza di un danno all'organismo che comprometta irrimediabilmente la capacità di mantenere in modo autonomo la propria unità funzionale³⁸. Nella prospettiva attuale quindi perde rilevanza la morte respiratoria, permane la differenza fra morte cardiaca e cerebrale, ma è quest'ultima, intesa come danno irreversibile dell'intero encefalo, a segnare il momento della morte, anche in presenza di attività cardiaca e respiratoria conservata artificialmente³⁹.

L'attuale contestualizzazione

I principi cardine della legge calati nell'attuale assetto legislativo possono essere sintetizzati così:

- la donazione deve essere a titolo gratuito da genitori, figli, fratelli germani e non germani del paziente purché maggiorenni. Nell'eventualità di una loro assenza o di un'incompatibilità immunologica si può ricorrere a donatori non consanguinei;
- il consenso del donatore deve essere libero, esplicito ed informato; ossia il donatore, oltre a conoscere il destinatario del suo atto (donazione in *certam personam*), deve essere consapevole delle conseguenze sulla sua salute. Il suo consenso è revocabile sino al momento dell'intervento chirurgico;
- il soggetto ricevente deve essere adeguatamente informato sulle reali possibilità di successo del trapianto e qualsiasi rischio a cui può andare incontro;

- il consenso del ricevente, reso in forma scritta, rappresenta il limite per l'impianto dell'organo legittimamente prelevato a meno che sussista uno stato di necessità o di urgenza per cui si può prescindere dalla sua acquisizione;
- l'autorizzazione a procedere viene concessa, entro tre giorni, dal giudice che si attiene al giudizio tecnico del collegio medico della struttura ospedaliera o universitaria autorizzata ad eseguire il trapianto accertando che il donatore sia maggiorennere, capace di intendere e di volere e sia "*a conoscenza dei limiti della terapia del trapianto e consapevole delle conseguenze personali che il suo sacrificio comporta*"⁴⁰. Il diniego può essere impugnato ed in questo caso il Tribunale si pronuncerà in Camera di Consiglio;
- La violazione della legge comporta la nullità del consenso e la responsabilità penale.

L'inizio del dibattito bioetico

L'introduzione della nuova normativa intensificò il dibattito sulle importanti questioni di carattere etico che il trapianto poneva⁴¹. L'analisi di questi interventi, con l'evoluzione legislativa e scientifica, ha avuto carattere sempre più preminente, tanto da essere tema centrale di numerosi pareri del C.N.B. I primi interventi pubblici avvennero all'interno di tavole rotonde o brevi pubblicazioni (anche commissioni parlamentari) sempre da parte di quegli stessi chirurghi che promuovevano la pratica dei trapianti. Uno dei primi fu elaborato da Cortesini e Casciani che dedicarono un intero capitolo ai fondamenti etico-giuridici in un loro lavoro⁴²:

i problemi etici in medicina non potranno mai considerarsi definitivamente risolti, data la molteplicità di situazioni nuove, che trascendono le norme ereditate dalla tradizione. Possiamo dire che in medicina la regola morale

più costante è il rispetto della vita e della persona umana; per questo motivo il medico ha l'obbligo deontologico di prolungare la vita del suo paziente con tutti i mezzi a sua disposizione, anche se ciò comporta un prolungamento delle sofferenze. Agire in modo contrario significa assumersi delle responsabilità che l'uomo di scienza in quanto tale non può sostenere.

La legge n. 644 del 1975 ed il silenzio-assenso

La maggiore consapevolezza giuridico-sociale e scientifica ha fatto sì che nel corso degli anni si ponesse maggiore attenzione ai profili inerenti la tutela della persona umana in rapporto con l'atto medico⁴³. Queste due tendenze confluirono nella legge n. 644/1975, dove si dettarono le linee basilari dei criteri e protocolli diagnostici che prima erano integralmente devoluti alle fonti secondarie, preferite per la loro maggiore elasticità. Negli anni successivi tale convinzione si rafforzò sempre di più cosicché, durante l'esame dei progetti di legge presentati all'XI legislatura, si affermò l'idoneità della sede parlamentare a delegificare la materia delle procedure di accertamento della morte, per favorire l'accettazione sociale di quelle norme, così come sostenuto dall'On. Rodotà nel corso di un'audizione tenuta presso la XII Commissione della Camera il 5 aprile 1989. Venne inoltre ampliato il catalogo di organi espianabili, rimanendo esclusi l'encefalo e le ghiandole della sfera genitale e della procreazione. La legge n. 644/1975 introdusse in Italia, seppur in una primitiva definizione, il concetto di silenzio-assenso per adeguarsi ai parametri indicati nella "XLIV Assemblea Mondiale della Sanità sui Trapianti D'Organo" che riconobbero la possibilità di espianto da cadavere solo nel caso in cui in vita il soggetto avesse esplicitamente acconsentito o non avesse espresso la propria contrarietà, presumendosi l'implicita accettazione⁴⁴. Quindi, con la nuova normativa la donazione di organi poteva essere effettuata anche in mancanza di un'espressa autorizzazione della persona defunta poiché unici elementi ostativi previsti dall'art.6 erano l'esplicita negazione oppure l'oppo-

sizione scritta da parte del coniuge, dei figli o del genitore entro il termine imposto per l'accertamento di morte, secondo la disciplina del regolamento esecutivo 409/1977.

Con le suddette modifiche, il vero obiettivo del legislatore era l'aumento del numero delle donazioni, scopo che si intensificherà ancor di più successivamente.

*L'armonizzazione legislativa a livello europeo,
la Raccomandazione 29/1978 e la Convenzione di Oviedo*

Anche nell'adozione della definizione di morte cerebrale l'ordinamento italiano si è allineato alle maggiori legislazioni europee (e nordamericane) in ordine ai criteri di accertamento e presupposti di principio medici ed etico-giuridici⁴⁵. Tale convergenza si rivela necessaria affinché la mobilità geografica non consenta di eludere le leggi e di compiere altrove quel che non è lecito fare nel singolo Stato: regolamentazioni divergenti avrebbero comportato il variare di presupposti essenziali dello statuto giuridico della persona a discapito della concezione universale dei diritti dell'uomo costituendo un ostacolo allo sviluppo degli scambi ed ai collegamenti internazionali nel settore dei trapianti di organo. Il quadro del diritto europeo è stato raggiunto mediante atti internazionali, adottati allo scopo di ricondurre i trattamenti rivolti ad accertare la morte nell'alveo dei diritti umani e di generalizzare e promuovere la tutela apprestata all'individuo in nome del diritto alla salute e alla vita⁴⁶.

Tale armonizzazione è avvenuta per impulso dalle autorità politiche dei diversi paesi spinti dalle aspettative sociali verso prestazioni sanitarie sempre più sofisticate.

Nel 1976 i ministri della giustizia della Comunità Europea istituirono in seno al Consiglio d'Europa, un comitato di esperti che elaborò il testo confluito nella raccomandazione R/78/29⁴⁷, uno dei primi e più importanti atti a livello europeo da cui deriva un vero e proprio impegno all'armonizzazione legislativa eleggendo a principi fondamentali la gratuità

della donazione e la garanzia della salute del donatore per la donazione da vivente, rafforzando altresì il principio del silenzio-dissenso.

Tale processo, dopo l'emanazione della "Convenzione Europea per la Salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e le Libertà Fondamentali", si è perfezionato con l'adozione della "*Convenzione sui Diritti Umani e la Biomedicina*" o "Convenzione di Oviedo", il primo trattato internazionale sulla bioetica, firmato ad Oviedo il 4 aprile 1997⁴⁸. Strutturata in 14 capitoli, per un totale di 38 articoli, sono stati aggiunti poi tre protocolli: (a) sul divieto di clonazione di esseri umani, sottoscritto a Parigi il 12 gennaio 1998; (b) relativo al trapianto di organi e tessuti di origine umana, sottoscritto a Strasburgo il 4 dicembre 2001; (c) protocollo addizionale riguardante la ricerca biomedica firmato il 25 gennaio 2005 a Strasburgo.

Le caratteristiche salienti secondo Roberto Adorno⁴⁹, consistono nell'approccio omnicomprensivo alla bioetica e nella vincolatività attraverso principi ampi e generali che negli anni dovranno essere implementati poiché percepiti come principi fondamentali accettati da tutti i paesi coinvolti, al fine di creare la base per gli sviluppi futuri. Essa fornisce uno standard comune minimo di garanzia ma necessita di un'attuazione a livello statale tramite l'intermediazione di una protezione giuridica da parte dei tribunali nazionali in quanto non è prevista una procedura a livello comunitario di reclamo per inadempimento. Al "*prelievo di organi e tessuti su donatori viventi ai fini di trapianto*" è dedicato il capitolo VI, mentre per gli xenotrapianti si elaborò una raccomandazione autonoma. Dal contrasto sorto in commissione sulla scelta di limitare la donazione da vivente ai membri della famiglia biologica o estenderla a quelli legati da una certa comunanza di vita, nacque l'art.19: il trapianto da vivente può essere effettuato nel solo interesse terapeutico del ricevente esclusivamente quando non vi sia disponibilità di organi o tessuti appropriati da persona deceduta, né metodi terapeutici alternativi di efficacia comparabile. Non si ritenne però opportuno fornire una definizione unitaria del decesso.

Sin dall'inizio il Consiglio d'Europa ha vietato transazioni commerciali sul corpo umano.

Le condizioni per una nuova riforma

Contemporaneamente alla stesura della Convenzione il nostro legislatore si trovò dinanzi alla necessità di invertire il drammatico rapporto tra le richieste di trapianto e la scarsa disponibilità di organi e tessuti. Dato che la semplice correzione della normativa non sarebbe stata sufficiente, sembrò opportuna una modifica strutturale e culturale nel modo di trattare il trapianto⁵⁰.

La concezione personalistica dell'uomo che ispira l'ordinamento italiano comporta la remissione alla volontà del singolo degli atti di disposizione del proprio corpo. Si tratta di un'irrinunciabile forma di garanzia dell'individuo ma al contempo costituisce un potenziale limite per la collettività poiché ci si espone ad un diffuso sentimento di indifferenza che genera un atteggiamento di chiusura verso la donazione dei propri organi, precludendo la possibilità dei trapianti terapeutici⁵¹.

La legge n. 91/1999 supera il principio di informazione *ad personam*, preferendo un tipo di informazione collettiva, che avrebbe trasformato il consenso (eventualmente anche presunto) del donatore da "effettivamente informato" a "potenzialmente informato", dunque semplicemente consapevole⁵². Ognuno è tenuto a decidere in ordine alla donazione dei propri organi (eccetto minori e incapaci) ma la mancata risposta al quesito viene considerata un assenso, delineando un principio del consenso *ex-silentio* ben diverso dal consenso implicito. Tale riforma fu in qualche modo auspicata dal C.N.B. che nella relazione del 7 ottobre 1991 sostenne:

che sia da auspicarsi - in quanto eticamente privilegiata - una situazione in cui i cittadini possano esprimere consapevolmente il loro assenso ad una donazione dei propri organi dopo la morte. Ritiene, dunque, che vada

sollecitato un pronunciamento che possa favorire la crescita di questa capacità di affrontare da un punto di vista etico tutte le questioni collegate ai trapianti. Una volta posta la condizione nella quale tutti i cittadini possano esprimere la loro volontà a questo riguardo, potrà ritenersi sufficiente, per un eventuale prelievo, anche il fatto che manchi un'esplicita volontà in senso contrario. [...] La partecipazione alla trama di solidarietà costituita dai rapporti sociali può essere interpretata come un deciso assenso alla continuazione di rapporti solidaristici anche dopo la morte.

Intento del legislatore era quello di ottenere, se non per solidarietà, “per distrazione” effetti moltiplicativi sul piano della donazione.

L'intervento del CNB

Il nuovo atto legislativo è fondato su importanti atti stilati dal C.N.B. In particolare, il Comitato nella relazione del 7 ottobre 1991 su “Donazione d'organo ai fini di trapianto” sostenne che il ricorso al consenso presunto è un contrappeso alla carenza di valori sostanziali, poggiandosi a “ragioni legate a uno stato culturale e sanitario di necessità, piuttosto che per effetto di giustificazioni direttamente attinte ai valori”. In tale assetto auspicava un riconoscimento più equilibrato fra le istanze personali di donazione e la presunzione qualificata affinché fosse “fortemente valorizzata la volontà manifestata dal defunto” e “sottrarre alla famiglia il lacerante compito di produrre ex abrupto una propria testimonianza o interpretazione della contrarietà della persona defunta relativamente al futuro trapianto”, riconoscendole solamente “un ruolo di garanzia del rispetto” della volontà del defunto.

L'importanza della legge n. 91 del 1999 risiede nell'aver sistematizzato l'iter per creare un pannello nazionale dei consensi alla donazione degli organi, stabilendone le modalità di manifestazione, descritte più specificatamente nel successivo D.M. dell'8 aprile 2000, e si occupa inoltre dell'organizzazione del sistema dei trapianti: il C.N.T. e la Consulta Tecnica per i Trapianti, che hanno il compito

di svolgere una forma di controllo centralizzato e garantire così i criteri di trasparenza e di pari opportunità tra i cittadini (art 1 c.2). Inoltre, la creazione del C.N.T. dovrebbe riequilibrare le differenze notevoli fra le donazioni e i trapianti fra nord e sud ed ottimizzare al massimo, attraverso il sistema delle liste di attesa, l'allocazione degli organi e tessuti riducendo al minimo il rischio di eventuali rigetti.

Il nuovo meccanismo del silenzio-assenso.

Il problema che sorge con il nuovo meccanismo del “silenzio consapevole vale assenso” riguarda la compatibilità con il fondamento personalistico che anima la Costituzione. Il legislatore, nel disciplinare la manifestazione della volontà alla donazione degli organi, può orientarsi secondo due modelli fondamentali: quello del consenso espresso (*einwilligungsmodell*) e quello del mancato rifiuto (*widerspruchsmodell*). Questi due modelli si applicano sempre declinati con dei correttivi, così come ha fatto il legislatore italiano nel 1975 e nel 1999, affidandosi ad un meccanismo intermedio di manifestazione della volontà del donante⁵³. Infatti, secondo la legge n. 644/1975 il prelievo degli organi era sempre consentito, in via di principio generale, qualora il soggetto non avesse espressamente negato in vita il proprio assenso.

Il meccanismo incardinato sul mancato rifiuto del donatore che doveva assicurare, nelle previsioni del legislatore, un ampio approvvigionamento di organi è fallito⁵⁴. Il comma 2 dell'art.6 estendendo la possibilità di opporre rifiuto al prelievo ai congiunti del defunto aveva reso la riforma legislativa del 1975 poco funzionale in quanto questi, provati psicologicamente, manifestavano quasi sempre l'opposizione, condizionando negativamente la disponibilità di organi destinati ai trapianti. Inoltre, questa pratica era motivo di una profonda anomalia giuridica dato che i congiunti potevano agire quali surrogatori della volontà del defunto⁵⁵ e andare magari contro la stessa (era possibile opporsi al prelievo nonostante il defunto durante il

corso della sua vita si fosse espresso favorevolmente). In proposito il C.N.B. nel 1991 analizzò il ruolo riservato alla famiglia in diversi ordinamenti, notando il rapporto proporzionale fra il peso della famiglia e lo scarso rilievo della volontà diretta degli interessati, valore che decresce nel caso in cui l'ordinamento invece la ponga come elemento centrale. Da qui un'importante corrente internazionale che ha cercato di limitare in alcune circostanze il ruolo dei familiari attraverso il filtro dei sanitari responsabili. Rispetto a tali problematiche il C.N.B. ricordando l'impegno ad un'ampia "*cultura dei trapianti*" ha ritenuto che nel periodo che occorre per raggiungere tale obiettivo "*non debba essere disconosciuto il valore dell'inquadramento legislativo attualmente offerto al problema del silenzio*"⁵⁶.

Era dunque necessario eliminare qualsiasi tipo di intermediario tra l'istituzione sanitaria e il potenziale donante (capace di agire e di maggiore età) lasciando al singolo la piena ed indipendente libertà di scelta. Immutato è rimasto il principio del mancato rifiuto, ma è stato elaborato un meccanismo di richiesta ad ogni cittadino volto a favorire il pronunciamento effettivo circa la disponibilità a donare disciplinato dal D.M. dell'8 aprile 2000. Il decreto invita ASL e aziende ospedaliere ad istituire punti di accettazione a cui i cittadini possono rilasciare una manifestazione di volontà poi trasmessa e registrata al C.N.T., che come previsto dalla legge 91/99, lavora in sinergia con i Centri Interregionali e Regionali nella gestione di tutte le attività relative ai trapianti, quali per esempio la tenuta delle liste d'attesa e l'assegnazione degli organi e dei tessuti in base al criterio terapeutico. L'estrema complessità dell'iter previsto e la volontà del legislatore di non "urtare" alcuni interessi hanno reso di fatto inapplicato il consenso così come inteso dalla legge n. 91/1999. Nonostante siano trascorsi ben diciannove anni non sono stati emanati decreti attuativi rimanendo ancora arenati all'art.23 della legge che disciplina la fase transitoria⁵⁷. Dal 2012 per ovviare a questo problema alcuni comuni, tra cui quelli della promotrice Regione Umbria, hanno aderito al

progetto “Una scelta in Comune” (con il patrocinio del Ministero della Salute, dell’Anci, dell’Aido e della Asl) che prevede la predisposizione di un ufficio *ad hoc* presso l’anagrafe quale punto di registrazione delle dichiarazioni di volontà al momento del rilascio o del rinnovo della carta di identità. Statisticamente aderiscono a tale iniziativa un comune su cinque, e purtroppo la forbice fra nord e sud è pesantemente a sfavore del meridione.

Per quanto riguarda il profilo penalistico, la nuova legge mantiene intatta la pena detentiva per il commercio di organi, aumentando notevolmente quella pecuniaria. La novità più importate è stata la modifica della formulazione della disposizione nel punto in cui viene definito l’oggetto il cui commercio è vietato. Non si parla di “*parte di cadavere*”, ma di un “*organo o tessuto prelevato da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della l. n. 578 del 1993!*” superando così le difficoltà interpretative in ordine alla punibilità del commercio degli organi e dei tessuti prelevati all’estero, ove gli operatori sanitari sono tenuti ad accertare la morte secondo le proprie leggi e non ai sensi della l.578/1993.

La legge 483 del 1999

Il prelievo gratuito di parti di fegato da persona vivente è disciplinato dalla legge n. 483/1999. Nell’unico articolo di cui si compone, vengono confermati i principi contenuti nella legge n. 458/1967: “*in deroga al divieto di cui all’articolo 5 del codice civile è ammesso disporre a titolo gratuito di parti di fegato al fine esclusivo del trapianto tra persone viventi. Ai fini di cui al comma 1 si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni della legge 26 giugno 1967, n. 458*”. Nata dall’iniziativa dell’On. Baiamonte⁵⁸, la normativa è stata approvata con discreta celerità dal Parlamento, senza apportare alcuna modifica al testo originario e senza destare grandi reazioni nell’opinione pubblica, essendo l’intervento già stato praticato in anni precedenti. Del resto, la praticabilità del trapianto si fonda sul

presupposto che i tessuti del fegato possiedono la capacità di autorigenerarsi, sicché, espiantatane una parte a scopo di eterotrapianto, l'organo del donante riacquista naturalmente l'originaria consistenza e funzionalità, mentre nel donatario, dalla porzione innestata, si genera un organo nuovo, capace di supplire quello malato⁵⁹. Queste caratteristiche fanno sì che la donazione di fegato sia socialmente meno controversa data l'assenza di gravi menomazioni permanenti sotto il profilo della liceità e dell'eticità⁶⁰.

La classificazione di Resta e Zeno-Zencovich

Per schematizzare quanto fin qui riportato possiamo utilizzare la classificazione proposta da Resta e Zeno-Zencovich⁶¹ dei tre possibili modelli adottabili:

1. modello dell'*inalienability*, o del divieto di disposizione.
2. modello della *property*, o del mercato.
3. modello della *market-inalienability*, o della gratuità.

Nel nostro ordinamento si è vista una progressione dal primo all'ultimo modello con una breve parentesi di marginale importanza del secondo:

- a. il Codice Civile del 1942, in linea con il pensiero autoritario dell'epoca, si affida al primo modello costruendo l'art.5 sulla subordinazione degli interessi individuali alle istanze collettive: il soggetto ha facoltà di disporre del proprio corpo, anche per mezzo dello strumento contrattuale, ma soltanto nella misura in cui non ne risultasse compromessa la capacità di adempiere ai doveri dello Stato. Con l'entrata in vigore della Carta Costituzionale nel 1948 la logica dell'indisponibilità ha subito un processo di erosione a vantaggio di un più ampio riconoscimento della libertà del soggetto di autodeterminarsi in relazione alle scelte attinenti

alla propria dimensione corporea esistenziale. Inoltre, la nozione d'integrità fisica, quale limite dell'attività dispositiva, è stata sostituita con quella di salute, intesa come benessere psico-fisico del soggetto.

- b. il modello della “*property*” costruisce la relazione tra il soggetto ed il proprio corpo secondo una logica dominicale: al potere in capo alla persona di proteggere la propria integrità fisica dalle interferenze esterne corrisponde quello di alienare il relativo titolo nel contesto dei rapporti di mercato. In Italia questo modello si è verificato marginalmente con la figura dei donatori professionali (l. n.592/1967), i quali si sottoponevano a prelievo ematico dietro percezione di un corrispettivo economico.

Parte della dottrina sostiene che l'autoregolamentazione del mercato permetterebbe l'efficientamento dell'allocazione degli organi fornendo una risposta socialmente ottimale al problema della scarsità degli organi. Questa tesi si offre a diverse obiezioni sia in termini di efficienza sia in termini di equità. Il sociologo inglese Richard Titmuss⁶² ha dimostrato in base a prove empiriche come la qualità del sangue oggetto di cessione onerosa sia notevolmente inferiore rispetto a quella del sangue donato gratuitamente verificandosi così un sistema di selezione avversa.

- c. in Europa la soluzione maggiormente affermata è quella del modello *market-inalienability*, un sistema intermedio tra l'inalienabilità ed il mercato, riconoscendo, la possibilità di disporre dei diritti sul corpo, anche in presenza di una diminuzione permanente dell'integrità fisica ponendo quale requisito generale di liceità la gratuità dell'atto di disposizione. Questa soluzione da un lato permette di ridurre i rischi della selezione avversa, eliminando qualsiasi incentivo

economico alla disposizione del corpo e scoraggiando i comportamenti opportunistici, dall'altro escludendo la possibilità di cessione onerosa si risolve il problema dell'estensione dell'effetto reddito a scelte potenzialmente rilevanti per la vita di ciascun individuo.

Il problema etico nella donazione da vivente

Sul versante della donazione da vivente la caratteristica comune delle leggi che ammettono tale atto (458/1967 per il rene e 483/1993 per il fegato) è l'ampio ricorso al formalismo che svolge una funzione essenzialmente cautelativa: è richiesta la forma solenne (l'atto è ricevuto e redatto per iscritto dal Tribunale (art.2, c. 3, l. 458/1967, anche art.13 prot. Add. Conv. Ov.) ma è sempre prevista la revocabilità del consenso alla donazione fino al momento dell'effettuazione del prelievo. Si tratta di un principio di rilevanza sovranazionale (art. 5 Conv. Ov., art. 13 Prot.Add.Trapianti) ma accolto anche dal diritto interno (art.2 l.458/1967, art.2, lett. i D.M. 26 gennaio 2001).

Altro punto nodale dei trapianti da vivente concerne il valido consenso del donatore, libero da ogni forma di condizionamento o pressione, e sufficientemente informato sulle possibili conseguenze negative dell'asportazione di un organo o di parte di esso con acquisizione dei rischi e dei benefici che ne possono derivare⁶³.

Non deve essere ovviamente sminuita l'importanza di un valido consenso del ricevente, in particolare sulla possibile trasmissione di malattie infettive e di tumori attraverso l'organo trapiantato, così come sottolineano anche Buzzi e Borlotti Carraro alla luce della sentenza della Corte di Cassazione n. 2325 del 25 febbraio 2000⁶⁴.

Il C.N.B. a questo proposito ha espresso l'opinione che il donatore non consanguineo dovrebbe comunque versare in una situazione di "*emotionally related*"⁶⁵ con il ricevente: solo un vincolo di affettività, appropriatamente documentato, potrebbe giustificare un atto altruistico come la donazione di un proprio organo⁶⁶. In caso contrario

si rischia che l'apparente altruismo celi interessi di ordine economico (compravendita di organi) o pressioni psicologiche sul donatore. In ambito bioetico, il C.N.B., nella relazione del 17 ottobre 1997, si è dichiarato favorevole alla donazione da vivente, preferendo però il ricorso ad organi prelevati da cadavere. Allineandosi con la risoluzione dell'Assemblea mondiale della Sanità del maggio 1991 e con la Risoluzione A-3-0074/93 del 14 settembre 1993 del Parlamento Europeo ha auspicato una maggior severità nel punire la commercializzazione degli organi. La gravità del commercio degli organi è stata ulteriormente ribadita dal Consiglio dell'Unione Europea nel marzo 2003 e dallo stesso C.N.B. con la mozione del 18 giugno 2004⁶⁷.

Le ultime novità legislative a livello europeo.

Una fra le più recenti novità a livello europeo è la direttiva 2010/45/UE del Consiglio del 7 luglio 2010 (rettificata con dir. 2010/53/UE) *“relativa alle norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti”*. Essa fornisce un'istantanea del quadro giuridico dei trapianti all'interno dell'Unione Europea e fornisce, oltre ad una serie di definizioni prettamente tecnico-giuridiche, un quadro molto generale circa il controllo a livello centrale e periferico di organismi *ad hoc*, personale addetto, garanzia di standard, qualità e sicurezza e protocolli tecnici da adottare in via diffusa in tutto il territorio UE. Nel gennaio 2017 è stata stilata una relazione da parte della Commissione a diversi organi europei sull'attuazione della direttiva 2010/53/EU. La relazione si concentra *“sull'identificazione delle autorità responsabili dei diversi compiti elencati nell'articolo 17 della direttiva 2010/53/UE”* e *“2010/53/UE nel miglioramento della qualità e della sicurezza, incentrandosi inoltre sull'aumento della disponibilità di organi e sul miglioramento dell'efficienza e dell'accessibilità dei sistemi di trapianto”*.

L'indagine ha registrato un'omogenea attuazione della normativa nell'intero territorio segnalando come i diversi ordinamenti abbiano

istituito autorità competenti che sovrintendono tutte le attività comprese dalla donazione al trapianto, suddivisibili in tre tipi di “modelli” organizzativi: i) i paesi che operano con autorità solo a livello nazionale, 14 paesi; ii) i paesi che operano con autorità a livello nazionale e regionale, 3 paesi; e iii) i paesi che operano con EOEO, 12 paesi. Il dossier registra l’istituzione in tutti gli Stati membri di “*autorità nazionali e meccanismi di sorveglianza al fine di garantire standard di sicurezza e qualità degli organi umani*”. Esso risulta frammentario e sensibilmente differente da paese a paese, per cui si rende necessario “*lavorare ancora per migliorare il controllo degli Stati membri, sia sui destinatari sia sui donatori viventi, nonché su alcuni aspetti del quadro in materia di qualità e sicurezza, come ad esempio per le procedure operative o le autorizzazioni*”.

Le ultime novità legislative a livello nazionale e la donazione “samaritana”

Una delle più recenti modifiche in materia in Italia è stata introdotta dalla legge n. 167/2012 che dichiara: “*in deroga al divieto di cui all’articolo 5 del codice civile, è ammesso disporre a titolo gratuito di parti di polmone, pancreas e intestino al fine esclusivo del trapianto tra persone viventi. Ai fini di cui al comma 1 si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni della legge 26 giugno 1967, n. 458, e del regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 16 aprile 2010, n. 116*”. L’ampliamento del catalogo degli organi espiantabili da vivente consentirà una riduzione delle liste di attesa dei pazienti pediatrici per i quali è più difficile la compatibilità ex cadavere, consentendo ai genitori di donare un lobo del polmone rendendo possibile un intervento tempestivo⁶⁸.

Si tratta di un’estensione di quanto già da tempo ammesso per il rene grazie al regolamento attuativo n. 116/2010 in cui viene introdotta nel nostro paese dopo Spagna, Olanda, Regno Unito e U.S.A., la donazione cosiddetta ‘samaritana’ degli organi, ovvero una donazione per

un ricevente sconosciuto. Il caso, sorto dalla volontà espressa da parte di tre cittadini di donare il proprio rene secondo la modalità “samari-tana” a beneficio di estranei, ha fatto sì che si aprisse anche in Italia il varco alla donazione da vivente al di fuori di relazioni familiari o affettive, riservata fino a poco tempo fa solo a circostanze residuali⁶⁹. Il C.S.S., interpellato il C.N.B, nella seduta del 4 maggio 2010 ha avallato la donazione altruistica subordinandola a precisi vincoli e strutturando la metodica di attuazione conformemente ai principi di libertà, riservatezza e sicurezza per donatore e ricevente⁷⁰.

Il diritto ha dunque ammesso la liceità di disporre a titolo gratuito del rene al fine di trapianto tra persone viventi, la concessione riguarda: i genitori, i figli, i fratelli germani o non germani del paziente che siano maggiorenni (art. 1 l. 458) e laddove il paziente non abbia consanguinei (per inidoneità o indisponibilità), la deroga è consentita anche per altri parenti o per donatori estranei, senza che l’atto faccia sorgere diritti di sorta a favore del donatore nel confronti del ricevente. È dunque la stessa legge n. 458/1967 che autorizza la donazione altruistica del tutto sovrapponibile alle precedenti (da consanguinei o affettivamente relati) in termini di rischio per il donatore⁷¹.

Come suddetto, l’Italia è stato uno dei primi paesi ad avvertire l’esigenza di regole giuridiche in materia di trapianti di organi e di atti di disposizione del corpo⁷².

L’art. 5 c.c., la cui *occasio legis*⁷³ è ampiamente nota, poteva definirsi una norma avveniristica per l’epoca in cui fu concepita ed introdotta. Oggi, viceversa, essa appare una norma obsoleta, “*tropo stretta e troppo larga*”, come dimostra la stessa esperienza della legge in materia di trapianto di rene del 26 giugno 1967, n. 458, che si rese necessaria proprio per ovviare al divieto imposto dall’articolo in questione e che all’art. 1 dichiara espressamente di porsi quale deroga dell’art. 5 c.c.⁷⁴. Infatti, i valori costituzionalmente rilevanti in gioco nel settore dei trapianti rendono “*legittimo un prelievo di organi pari anche se esso comporti una diminuzione permanente della salute del donatore es-*

sendo il criterio contenuto nell'articolo in esame solo un criterio indicativo e non certo insuperabile per valutare e giudicare sui diversi valori in gioco"⁷⁵.

Se dunque si intende affrontare il tema dei trapianti "samaritani" non è indispensabile valutare se tale atto dispositivo sia o meno contrario alla previsione dell'art. 5 c.c., superando *tout court* i rilevanti problemi interpretativi posti dalla norma in oggetto.

Inoltre, occorre considerare che, di per sé, la consanguineità del destinatario della donazione non incide, almeno sul versante degli interessi in gioco, sulla liceità di questa tipologia di donazione di organi, tant'è che gli argomenti affrontati dal C.N.B. e dal Consiglio Superiore dello Stato sono di ordine bioetico piuttosto che giuridico⁷⁶. Nonostante quanto sopra evidenziato con riferimento al trapianto di organi "ordinario" per i minori si ritiene che, qualora si consentisse loro questa possibilità, dovrebbe continuare ad essere loro preclusa la possibilità di effettuare donazioni "samaritane" poiché in tal caso l'aspetto solidaristico non può prevalere sull'interesse del minore al mantenimento della propria integrità psicofisica, né sussistono le preminenti considerazioni di solidarietà intra-familiare che, come abbiamo visto, fanno ritenere anacronistico ed inopportuno il divieto delle donazioni ai congiunti⁷⁷.

In tal senso, legislazioni pur molto aperte verso la donazione "samaritana", come quella svizzera e quella spagnola, vietano l'espianto di organi dai minorenni, salvo che il ricevente sia "*un genitore, un figlio, un fratello o una sorella del donatore*".

Inoltre, il ricorso alla donazione con modalità incrociata (*cross-over*), ha permesso di incrementare il numero di donatori viventi anche in caso di incompatibilità biologica ed immunologica ma tali sistemi di approvvigionamento non hanno tuttavia risolto in via definitiva la penuria di reni trapiantabili, considerando peraltro che gli organi provenienti da donatori "marginali" comportano un rischio addizionale per il trapianto con una diminuita sopravvivenza del *graft*⁷⁸.

La donazione samaritana dunque già riconosciuta sul piano normativo dal diritto vigente, si presenta quale opportunità per “alleviare” il problema della scarsità di organi laddove gli ordinari mezzi di approvvigionamento risultano insufficienti nel garantire la prestazione terapeutica divenuta elettiva per il trattamento della insufficienza renale cronica.

Né risulterebbe utile al riguardo incrementare la donazione da cadavere, travalicando le attuali previsioni normative, attraverso l’adozione di assenso presunto (“opt-law”) o di assenso-ex silenzio al prelievo di organi *post-mortem*. Anche qualora tutti i pazienti deceduti per morte cerebrale fossero convertiti in potenziali donatori, il loro numero risulterebbe comunque inadeguato ad assicurare la terapia del trapianto per tutti i candidati, come confermato dalla letteratura nazionale ed internazionale.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. Paolo Rossi, nato nel 1947, studente, cattolico, iscritto alla Gioventù-Socialista e scout dell'ASCI, era candidato al Parlamentino Universitario de “La Sapienza”. Secondo quanto emerse dal processo, a causa della colluttazione insorta con gli estremisti di destra presso la facoltà di Lettere, cadde dalla tromba delle scale morendo sul colpo.
2. Il Corriere della Sera, Migliora la donna con il rene trapiantato, 27 aprile 1966, p. 4.
3. Thomas Earl Starzl, (Le Mars, 11 marzo 1926 – Pittsburgh, 4 marzo 2017), medico statunitense, ricercatore ed esperto di trapianti d’organo fu definito “il padre della trapiantologia moderna”. Ha effettuato il primo trapianto di fegato umano nel 1963 ed è stato un pioniere nel trapianto di rene.
4. Valdoni P, Considerazioni sul primo caso clinico di omotrapianto renale praticato in Italia. Il policlinico, Sezione pratica 1966;73(22):729-742.
5. New Orleans presso Reemtsma, Denver presso Starzl, Richmond presso Hume, Boston presso Calne.
6. Anche le edizioni del 27 aprile 1966: Il Corriere della Sera “Migliora la donna con il rene trapiantato”; il Paese Sera “Migliora la donna che vive con il rene

- di un morto”; L’Unità “Vive col rene di un morto”; e quelle del 6 maggio: Il Messaggero “E’ riuscita l’operazione del trapianto del rene”, il Paese Sera “Valdoni scioglie la riserva: Fuori pericolo la donna con il rene di un morto”.
7. Stefanini P, Casciani E, Cortesini R, Il trapianto renale: ricerche sperimentali e prime esperienze cliniche. *Minerva Medica* 1966;57(74):2973-2980.
 8. Istituto Italiano di Medicina Sociale, I Quaderni degli incontri / Istituto italiano di medicina sociale, relatore Paride Stefanini, 1966, n. 46.
 9. Ibid.
 10. Stefanini P, Apollonio U, Nuovi orizzonti della medicina. Milano: Rizzoli; 1970.
 11. Cortesini R (a cura di), Progressi in chirurgia dei trapianti. Atti del VII Congresso della Società dei Trapianti di Organo, Ancona, 1974.
 12. Casciani U e Cipriani S, The first human renal transplant and the first xeno-transplant in Italy. *J Nephrol* 2004;17(3):479-482.
 13. Il centro fu articolato in quattro sezioni: un laboratorio dedicato alle ricerche chimiche e biologiche, una stazione per la depurazione extra-corporea, una sezione sterile per l’assistenza dei trapianti clinici e una di chirurgia sperimentale che comprendeva animali di diversa specie. Quest’ultima fu predisposta dal 1963 nell’ultimo piano della clinica e ospitava circa 150 diverse razze di animali su cui si effettuavano esperimenti per i trapianti, in collaborazione con il prof. Bronzini, direttore dello zoo di Roma e il dott. Mangili. Gli scimpanzé furono forniti nel dicembre del 1965 da Angelo Lombardi, divulgatore scientifico ed esperto in animali esotici molto famoso all’epoca.
 14. “Il Messaggero di Roma”, 15 maggio 1966.
 15. Vincenzo Caglioti, (Soriano Calabro, 26 maggio 1902 – 1° dicembre 1998), è stato chimico e accademico italiano, presidente del C.N.R. dal 1965 al 1972.
 16. Luigi Califano, (Salerno 12 ottobre 1901 - Napoli 14 gennaio 1976).
 17. Luigi Mariotti, (Firenze, 23 novembre 1912 - Firenze, 27 dicembre 2004), politico e ministro italiano.
 18. Cortesini R., Trapianto renale clinico: esperienza su 206 casi. Atti del XIII Congresso Nazionale della Società dei Trapianti di Organo, 1980, pp. 27-66.
 19. Cortesini R, Casciani C, Arullani A, Cucchiara G, Ancarani E e Boffo V, Trapianto di fegato sperimentale: metodiche chirurgiche. *Il Policlinico sezione chirurgica* 1966;73(6):359-377.
 20. Da “Atti del XXI Congresso della Società Italiana Trapianti d’Organo”, Milano 25-27 settembre 1991, a cura di Antonio Vegeto e Luisa Berardinelli.
 21. Alfani D, Berloco P, Rossi M, Caricato M, Iappelli M, Casciaro G, Marciani A e Cortesini R, Il trapianto di fegato. Esperienze personali. In: Vegeto A e

Storia della trapiantologia in Italia

- Berardinelli L (a cura di), *Il trapianto oggi*. Atti del XXI Congresso della Società Italiana dei Trapianti di Organo, 1991.
22. Il Ministro della Sanità autorizzò otto centri: Udine, Milano, Pavia, Bergamo, Padova, Roma-Policlinico Umberto I e Roma-Bambino Gesù per i trapianti pediatrici.
 23. Vincenzo Maria Gallucci, (Ferrara, 1° novembre 1935 – Verona, 10 gennaio 1991), cardiocirurgo.
 24. Il Messaggero, “Le possibilità del trapianto del rene illustrate dal prof. Paride Stefanini”, 19 maggio 1966.
 25. Zeno-Zencovich V, Resta G, *Informazione, consenso e responsabilità nei trapianti da vivente: prospettive nazionali e comunitarie*. Rivista Italiana di Medicina Legale 2003; XXV.
 26. *Prelievo di parte del cadavere a scopo di trapianto terapeutico*, pubblicato in G.U. il 27 aprile 1957, n. 108.
 27. *Allocuzione di Sua Santità Pio XII ai membri dell’associazione di donatori di cornea e l’Unione Italiana Ciechi*, 14 maggio 1956. Pubblicato in spagnolo e tradotto da Mara Della Vecchia, per conto dell’Associazione Malati di Reni onlus.
 28. *Approvazione del regolamento per l’esecuzione della Legge 3 aprile 1957, n. 235, concernente il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico*. G.U. 3 maggio 1961, n.108.
 29. Galeotti G, *Da un corpo all’altro: storia dei trapianti da vivente*. Milano: Vita e Pensiero; 2012. pp 85-93.
 30. *Lavori parlamentari della Camera dei Deputati, XIV Commissione “Igiene e sanità pubblica”, seduta di giovedì 11 maggio 1967*.
 31. *Legge del 1 febbraio 1989 n. 30 e Decreto Legislativo del 19 febbraio 1998 n. 51*.
 32. *La legge del 13 luglio 1990, n.198 amplia la rosa delle strutture in cui è possibile effettuare la donazione*.
 33. Ciccone L, *I trapianti d’organo: aspetti etici*. Medicina e Morale 1990;4:693-716.
 34. Rossi Carleo L, *Brevi considerazioni sulla problematica della forma nel consenso degli atti di disposizione del corpo*. In: Salaris MG, *Corpo umano e diritto civile*. Milano: Giuffrè editore; 2007.
 35. *Cfr. art. 13 del Código deontológico del Consejo de Colegios de Médicos de Catalunya*.
 36. Gillick V. *West Norfolk and Wisbech Area Health Authority, Q.B.D. (1984), 1 All. E.R. 365*.

37. Lamb D, *Il Confine della vita: Morte cerebrale ed etica dei trapianti*. Bologna: Il Mulino; 1987.
38. Comitato Nazionale per la Bioetica, *I criteri di accertamento della morte*, 2010, reperibile al sito http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/criteri_accertamento_morte20100624.pdf (accesso 12/04/2018).
39. Ciofani A, Ciofani C (a cura di), *Il prelievo di organi a scopo di trapianto terapeutico: normativa, articoli, pareri, cronaca, curiosità, note e commenti di natura medico-scientifica, giuridica, etica e statistica: 50 anni di cronistoria del problema*. Roma: Verducci; 2000.
40. Legge 235/1957 art 2.
41. Cecchi R e Procaccianti P, *Tecnologia, etica e medicina legale*. In: Zagra M, Argo A, Madea B e Procaccianti P, *Medicina legale orientata per problemi*. Milano: Elsevier, Edra; 2011.
42. Cortesini R, Casciani U, *Il Trapianto d'organo*. Torino: Minerva; 1968. pp. 81-90.
43. Concetti G, *I trapianti di organi umani: esigenze morali*. Casalmonferrato: Piemme Ed; 1987.
44. Rodotà S, *La vita e le regole: tra diritto e non diritto*. Milano: Feltrinelli; 2012.
45. Ferrando G, *Diritto e Scienza della Vita. Cellule e tessuti nelle recenti direttive europee*. Familia, 2005; (6).
46. Ciccone L, *I trapianti d'organo: aspetti etici*. *Medicina e Morale* 1990;4:693-716.
47. Résolution (78) 29 “Sur L’harmonisation Des Législations Des États Membres Relatives Aux Prélèvements, Greffes Et Transplantations De Substances D’origine Humaine” (adoptée Par Le Comité Des Ministres Le 11 Mai 1978, Lors De La 287e Réunion Des Délégués Des Ministres).
48. Furlan E, *Bioetica e dignità umana: interpretazioni a confronto a partire dalla Convenzione di Oviedo*. Milano: Franco Angeli; 2009.
49. Faggioni MP, *Le nuove frontiere della genetica e il rischio dell’eugenetica. Resoconto del Congresso in occasione della XV Assemblea della Pontificia Accademia per la Vita*, Roma, 20-21 febbraio 2009.
50. Dianese G, *La normativa sul trapianto degli organi con modelli applicativi e appendice normativa*. Napoli: Edizioni Giuridiche Simone; 1998.
51. Becchi P, *Tra(i)pianti. Spunti critici intorno alla legge in materia di donazione degli organi e alla sua applicazione; Ragion pratica (estratto con qualche variazione)*, 2002;18:275-288.
52. Morris P, *I trapianti, uno sguardo etico*. Roma: Sapere 2000 edizioni multimediali; 2003.

53. Giunta F, La nuova disciplina dei trapianti d'organo: principi generali e profili penali. *Rivista italiana di Medicina Legale* 2001;1:78.
54. De Cupis A, Cadavere (diritti sul). In: *Digesto Discipline privatistiche, Sezione Civile vol. 2*. Torino: Utet; 1988.
55. Il C.N.B. su questo punto si esprimerà più volte: *“La legislazione vigente in Italia valorizza tanto il diniego espresso in vita dal soggetto, quanto il volere dei familiari, se interpellabili, quanto altrimenti propugnando una sorta di presunzione del consenso. Questa diversità di soluzioni, di per sé formalmente legittima, non ha mancato di suscitare perplessità ed è iniziata - da tempo - la ricerca di una soluzione unitaria ed in sé più coerente, secondo quelle che sembrano le aspirazioni della nuova sensibilità civile”*. Rel. 07 ottobre 1991.
56. Comitato Nazionale per la Bioetica, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *“Donazione d'organo a fini di trapianto”*, 7 ottobre 1991, reperibile al sito: <http://www.governo.it/bioetica/testi/071091.html> (accesso 12 aprile 2018).
57. Rossi S, Corpo umano (atto di disposizione sul). In: *Digesto Discipline Privatistiche-Sezione Civile*. Torino: Utet; 2012.
58. Proposta di legge n. 4308 del 5 novembre 1997. *“Onorevoli Colleghi! I recenti avanzamenti delle tecniche chirurgiche hanno reso possibile con ampi margini di successo il trapianto parziale di fegato tra viventi, senza che si riscontrino menomazioni permanenti significative a carico del soggetto donatore. Per tale ragione, al fine di salvare numerose vite umane, è necessario consentire per legge tale tipo di trapianto, analogamente a quanto previsto per il trapianto del rene fra viventi regolato dalla legge n.458 del 26 giugno 1967. Naturalmente, la donazione parziale del fegato può avvenire esclusivamente a titolo gratuito. Data la natura della presente proposta di legge, si raccomanda il suo celere esame ed approvazione”*.
59. Cortesini R e Renna ME, *Fondamenti del trapianto di organi*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 1987. pp. 3-5, 114, 131.
60. D'Arrigo CM, *Trapianto di fegato: una legge inutile e nociva? Alcune riflessioni sulla donazione di organi fra persone viventi*. *Diritto di Famiglia* 2001;3:1184.
61. Resta G, Zeno-Zencovich V, ref. 27 p. 1.
62. Ibid.
63. Salaris MG, *Corpo umano e diritto civile*. Milano: Giuffrè editore; 2007.
64. Bortolotti Carraro P e Buzzi F, *La responsabilità per trasmissione di malattie attraverso i trapianti. Aspetti giurisprudenziali e medico legali*. Atti del XVIII Riunione clinico-scientifica del Dipartimento di chirurgia *“Trapianti Sperimentali”*, 2001.

65. C.N.B., Il problema bioetico del trapianto di rene da vivente non consanguineo, 17 ottobre 1997.
66. Ziino D, Trapianto di organi e principi costituzionali di solidarietà sociale. *Diritto di Famiglia* 2000; 3-4:1411.
67. A livello nazionale fra gli altri A.C. 2937 Dossier n° 361 – Schede di lettura 18 gennaio 2016: Modifiche al codice penale e alla legge 1° aprile 1999, n. 91, in materia di traffico di organi destinati al trapianto, nonché alla legge 26 giugno 1967, n. 458, in materia di trapianto del rene tra persone viventi.
68. Comitato Nazionale per la Bioetica, “La donazione da vivo del rene a persone sconosciute (cd Donazione Samaritana)”, 2010, reperibile al sito http://www.governo.it/bioetica/pareri_abstract/donazione_samaritana_23042010.pdf (accesso 12 aprile 2018).
69. Guidi B, Nocco L e Di Paolo M, Il trapianto di rene e la donazione altruistica, dal buon samaritano al compenso pecuniario. *Rivista Italiana di Medicina Legale* 2010;4/5:593.
70. Ibid. “*La medesima offerta di un rene a beneficio di uno sconosciuto è stata avanzata anche da un detenuto [la singolarità del caso, il primo in assoluto nel suo genere, impone una nuova riflessione bioetica: se la libertà costituisce presupposto fondamentale per la donazione, è possibile ritrovare tale requisito nella scelta di un soggetto in stato restrittivo?]”*
71. Zatti P, Principi e forme del “governo del corpo”. In: Rodotà S, *Trattato di Biodiritto, il governo del corpo*. Milano: Giuffrè Editore; 2011.
72. Marino I, Un atto di amore. In: Feltrinelli G, Pezzi di ricambio. Milano: Feltrinelli Real Cinema; 2010.
73. Il precedente riguarda il caso di innesto Voronoff avvenuto a Napoli nel 1930. Dopo i tre gradi di giudizio tutti i giudici, seppur con sfumature diverse, ammisero la liceità dell’atto. (Trib.Napoli 28 novembre 1931; App.Napoli 30 aprile 1932, Corte Cass. 31 gennaio 1934)
74. Mangili F e Ronchi E, Il trapianto nella prospettiva futura dei disegni di legge: aspetti giuridici e medico sociali. *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale* 1988;4:1269-1284.
75. Romboli R, Commento all’articolo 5 del codice civile. In: Scialoja A e Branca G (a cura di), *Commentario al codice civile*. Bologna-Roma: Zanichelli-II foro italiano; 1988.
76. Mazzoni CM, *Etica del dono*. In: Salaris MG, *Corpo umano e diritto civile*. Sassari: Giuffrè editore; 2007.
77. Dogliotti M, *Organo*. In: Bessone M, *Persone fisiche: Capacità, status, diritti*, Volume II, *Trattato di diritto privato*. Torino: Giappichelli editore; 2014.

Storia della trapiantologia in Italia

78. Stanzone P (coordinamento di), *Prelievo di organi e tessuti: precedenti, regolamentazioni e evoluzione scientifica e legislativa*. Milano: Giuffrè Editore; 2000.

Correspondence should be addressed to:

Raffaele La Russa, Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico-legali e dell'Apparato Locomotore, Sapienza Università di Roma, Viale Regina Elena n. 336, CAP 00161, Roma, Italia

e-mail: raffaelelarussa@uniroma1.it

