



QUESTIONI DI VITA O DI MORTE
(PARTE PRIMA)



DR. ORIETTA NASINI
ANNO DOMINI 2017

INDICE

Pag.

AIUTARE I CRISTIANI A PRENDERE DECISIONI RISPETTOSE VERSO DIO NELLE SITUAZIONI DI FINE VITA	2
IL TRAPIANTO CHE CAMBIÒ LA DEFINIZIONE DI 'MORTE'	4
IL DONATORE DI ORGANI NON È UN CADAVERE!	7
IL DOGMA DELLA 'MORTE CEREBRALE'	9

QUESTIONI DI VITA O DI MORTE (PARTE PRIMA)

“La vita umana è sacra solo se c’è un Dio a renderla sacra. In caso contrario, l’uomo è soltanto un altro insieme di atomi e può essere trattato come tale.” (Robert R. Reilly)

AIUTARE I CRISTIANI A PRENDERE DECISIONI RISPETTOSE VERSO DIO NELLE SITUAZIONI DI FINE VITA

Al Concistoro straordinario del 1991, l’allora cardinale Joseph Ratzinger, nella sua relazione sul problema delle minacce alla vita umana, espresse la propria preoccupazione riguardo al prelievo di organi da pazienti considerati ‘cerebralmente morti’: “Più tardi, – disse – quelli che la malattia o un incidente faranno cadere in un coma ‘irreversibile’, saranno spesso messi a morte per rispondere alle domande di trapianti d’organo o serviranno, anch’essi, alla sperimentazione medica (‘cadaveri caldi’).”¹

La morte rappresenta un evento unitario, che si realizza quando vengono a cessare in modo irreversibile le funzioni respiratoria, circolatoria e nervosa. Ma nel 1968 il cosiddetto Rapporto di Harvard ha cambiato la definizione di morte basandosi non più sull’arresto cardiocircolatorio, bensì sull’elettroencefalogramma (EEG) piatto. Veniva così sancita l’uguaglianza tra morte del cervello e morte dell’essere umano. A tale proposito, la bioeticista Rosangela Barcaro e il filosofo del diritto Paolo Becchi si sono così espressi: “Nell’agosto del 1968 una Commissione istituita presso la Facoltà di Medicina dell’Università di Harvard, formata da tredici membri, fra cui dieci medici, e presieduta da una figura di indiscusso prestigio come Henry Beecher [il cui vero nome era Harry Unangst], presentò un documento di poche pagine, di straordinario effetto, nel quale si pretendeva di aver fissato con certezza scientifica un nuovo e attendibile criterio di morte che andava a sostituire quello tradizionale fondato sull’arresto cardiocircolatorio: la morte cerebrale, tale per cui lo stato di coma irreversibile doveva considerarsi equivalente alla morte dell’individuo. L’intento della Commissione di Harvard aveva altresì finalità pratiche. Si trattava innanzitutto di riuscire a stabilire se fosse possibile, senza incorrere nel rischio di togliere la vita a un paziente morente, esponendosi così alla minaccia di denunce, interrompere i trattamenti che consentivano di mantenere i comatosi irreversibili in condizioni di ‘sospensione’ tra la vita e la morte. A questa finalità se ne aggiungeva un’altra,

¹ <http://www.ratzinger.us/modules.php?name=News&file=article&sid=84>

relativa alla possibilità di disporre di potenziali donatori di organi da destinare ai trapianti. La soluzione proposta dalla Commissione di Harvard era destinata a incontrare un largo successo per diverse ragioni: [...] offriva la migliore legittimazione per lo sviluppo delle tecniche chirurgiche dei trapianti; [...] consentiva di aggirare l'ostacolo dell'eutanasia: se il paziente in quelle condizioni era già morto, prelevargli il cuore o 'staccargli la spina' non equivaleva a ucciderlo. Si può uccidere un uomo che è ancora vivo, non un cadavere. Considerando che con la morte di un individuo muta complessivamente il suo status giuridico e morale, si stabilì di considerare morti i pazienti che erano in coma irreversibile: questo permetteva di trattarli non più per l'appunto come pazienti, ma come cadaveri.”²

La proposta contenuta nel Rapporto di Harvard è stata quasi universalmente accolta. I criteri legali per l'accertamento della morte possono variare da Paese a Paese, ma risultano comunque molto simili. Al legislatore interessa il cervello, perché per 'morte' adesso non si intende più la morte della persona, bensì la morte del cervello. La maggior parte delle donazioni per il trapianto di organi viene fatta in stato di cosiddetta 'morte cerebrale'. In questo caso, il donatore viene tenuto sotto supporto funzionale fino al prelievo degli organi da trapiantare.

“Per comprendere realmente la portata del Rapporto [di Harvard], – scrive Silvia Rosina nella sua tesi di Dottorato di ricerca in Giurisprudenza – bisogna soffermarsi, seppure brevemente, sui suoi retroscena e antefatti. Il 3 dicembre 1967 a Città del Capo, il cardiocirurgo Christiaan Barnard esegue il primo trapianto di cuore: l'intervento funziona, ma diciotto giorni dopo il paziente muore per le complicanze sopraggiunte. A meno di un mese di distanza, il 2 gennaio 1968, Barnard ripete l'esperienza, questa volta con esiti migliori: il paziente sopravvive quasi due anni e l'intervento da lui realizzato viene accolto dal mondo politico sudafricano come un semi-miracolo, a dispetto di tutte le conseguenze che sarebbero potute derivare sul piano giudiziario da un intervento siffatto, compiuto su un paziente vivo a tutti gli effetti. [In una nota a piè di pagina, Rosina chiarisce: “A tale riguardo, convenendo con autorevole dottrina, si potrebbe lecitamente concludere che l'intervento così svolto dal dottor Barnard in vigenza dei criteri classici di morte sia stato un caso di 'vivisezione'... Peraltro, le conseguenze cui si è fatto riferimento furono proprio quelle cui andò incontro, in quello stesso 1968 in Giappone, il cardiocirurgo Juro Wada, il

² <https://www.personaedanno.it/fine-vita/morte-cerebrale-e-trapianto-di-organi-rosangela-barcaro-e-paolo-becchi>

quale venne accusato di omicidio per aver eseguito il (primo) trapianto di cuore da donatore cerebrialmente morto. Egli non venne formalmente perseguito, ma fu interdetto dall'esercizio della professione.”] Ciò premesso, occorre chiedersi per quale ragione gli interventi del dottor Barnard ebbero un tale clamore, considerato che già da anni veniva praticato con successo il trapianto del rene. Tale risonanza è legata alla natura dell'organo trapiantato: il cuore infatti, a differenza del rene che può essere asportato senza causare la morte dell'individuo,³ è determinante per la sua sopravvivenza. Ciò significa che secondo il criterio ‘classico’ di morte (quello cardiaco), o il cuore viene espianato quando ha già cessato di battere e quindi il paziente è morto (evento che però determina la mancanza momentanea di afflusso sanguigno all'organo da trapiantare, che quindi potrebbe andare incontro ad anossia, pregiudicando così la buona riuscita dell'operazione), oppure è proprio l'intervento a uccidere il soggetto con l'asportazione di un cuore che ancora batte e con tutte le implicazioni che potrebbero derivare sul piano giudiziario. Ovviamente, questo dilemma non si porrebbe se ammettessimo che la morte dell'individuo coincide con la sua morte cerebrale, cioè con la cessazione irreversibile delle funzioni encefaliche, anziché con quella cardiaca. In questo caso infatti, anche se il cuore continua a battere perché il soggetto respira grazie alla ventilazione meccanica, egli può considerarsi morto (e lo è?!) e quindi l'espianato del muscolo cardiaco avviene a tutti gli effetti da cadavere. È così che si cominciano a considerare ‘sotto una luce nuova’ le migliaia di pazienti in coma irreversibile, giacenti nelle corsie degli ospedali: non più un mero problema di allocazione di risorse sanitarie, ma delle ‘risorse’ essi stessi, quali ‘pezzi di ricambio’ per altri pazienti.”⁴

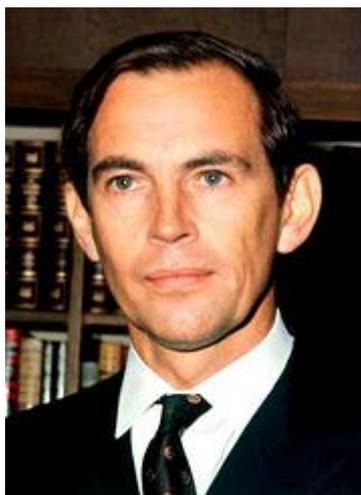
IL TRAPIANTO CHE CAMBIÒ LA DEFINIZIONE DI ‘MORTE’

Ecco come il Dr. Roberto Galbiati (medico cardiologo, Responsabile della Unità di Cura Intensiva Coronarica presso l'Ospedale di Merate, Lecco) descrive lo storico evento del primo omotrapianto cardiaco: “Il 3 dicembre 1967, al *Groote Schuur Hospital* di Città del Capo, in Sudafrica, un quarantacinquenne cardiocirurgo sudafricano, Christiaan Neethling Barnard (1922-2001), sorprese la comunità scientifica mondiale realizzando il primo

³ “Peraltro, il prelievo del rene può avvenire anche dopo l'arresto cardiaco, senza che l'organo ne risulti drammaticamente compromesso e quindi la definizione di morte basata sul tradizionale criterio cardiocircolatorio non sarebbe di ostacolo a tale intervento.” [NdA]

⁴ Silvia Rosina, tesi su: *Morte e diritto. Riflessioni sulla fine della vita dell'uomo postmoderno*. Scuola di Dottorato di Ricerca in Giurisprudenza, Università degli Studi di Padova, pp. 19-20. http://paduaresearch.cab.unipd.it/6846/1/rosina_silvia_tesi.pdf

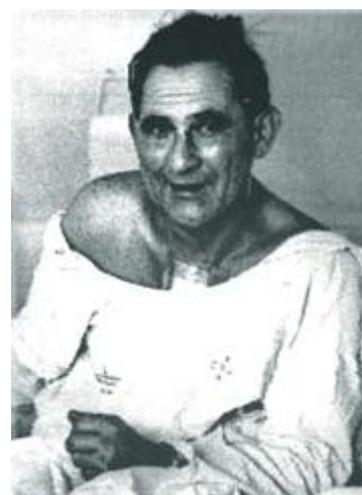
omotrapianto cardiaco: il cuore di Denise Darvall, una giovane donna vittima di un incidente stradale, venne trapiantato in un cardiopatico diabetico di nome Louis Washkansky.



Christiaan N. Barnard



Denise Darvall



Louis Washkansky

In realtà, alla fine degli anni Sessanta, molti chirurghi di eccellenza, specialmente statunitensi, dopo anni di sperimentazioni su animali, erano perfettamente in grado di eseguire trapianti cardiaci sull'uomo; ciò che li bloccava erano problemi etici e soprattutto legali: la certificazione di morte poggiava sul tradizionale criterio di arresto irreversibile cardiocircolatorio: non si poteva togliere un cuore battente a un donatore senza incorrere nel reato di omicidio volontario. Barnard riuscì a giocare d'anticipo, forse favorito da una minore sensibilità nazionale al problema. Il suo intervento venne accolto molto favorevolmente dal governo sudafricano, impegnato nel tentativo di recuperare visibilità internazionale dopo l'ostracismo subito a causa della sua politica di apartheid. Il risultato terapeutico in realtà non fu per niente buono: Louis Washkansky sopravvisse solo diciotto giorni, stroncato da broncopolmonite bilaterale. Ma il passo era fatto.

Si aprì una nuova e sconcertante strada terapeutica: il cuore, l'organo nel quale il comune sentire identifica la sede delle affettività e della spiritualità, poteva essere trasferito da un individuo a un altro e Barnard divenne una stella internazionale. Il suo intervento resta però una pietra miliare nella storia della medicina anche per le conseguenze che inevitabilmente seguirono.

Per non restare «arretrato» rispetto alla chirurgia sudafricana, il mondo scientifico aveva a disposizione due opzioni: condannare l'espianto del cuore battente come inammissibile sul

piano morale e legale, perché mortale per il donatore, o cambiare la definizione di morte. Si preferì scegliere la seconda opzione, che non risolse contestualmente l'aspetto etico. Infatti, già nel mese successivo, venne istituito alla Harvard Medical School un comitato ad hoc al fine di ridefinire il concetto di coma irreversibile. Il comitato terminò il proprio lavoro in meno di sei mesi, con il risultato che venne sostituito il concetto di morte dell'individuo secondo i criteri classici di arresto irreversibile cardio-circolatorio, con quello della morte di un organo: la morte cerebrale. Il lavoro venne pubblicato, in modo inconsuetamente rapido, sul numero di agosto dello stesso anno dalla prestigiosa rivista medica JAMA. Nella pubblicazione gli autori dichiaravano che il cambiamento dei criteri di definizione di morte si rendevano necessari oltre che per evitare l'accanimento terapeutico, anche per risolvere problemi di approvvigionamento di organi per trapianto da donatore con cuore battente. Testualmente si affermava: «Criteri obsoleti di definizione di morte possono portare a controversie nell'ottenere organi a fini di trapianto».

A questo punto, infranto il tabù, il concetto di morte cerebrale conquistò prontamente tutta la comunità scientifica internazionale creando, come ampiamente prevedibile, una serie di problemi medico-scientifici, legati alla corretta diagnosi e alla corretta previsione prognostica, oltre che legali, antropologici, filosofici, etici e religiosi. Per stabilire se un individuo fosse morto, un tempo bastavano l'accertamento della protratta assenza di attività cardiaca e delle conseguenti alterazioni anatomiche: rigor mortis, chiazze ipostatiche, iniziali segni di putrefazione tissutale. Storicamente il medico era chiamato, in qualità di esperto, a certificare con atto ufficiale quello che il buon senso comune e l'esperienza della vita consideravano essere un cadavere; egli era in altre parole un ufficiale testimone, garante di un evento già avvenuto.

Con l'introduzione del concetto di morte cerebrale = morte totale, i medici cambiano di ruolo. Essi certificano qualche cosa di nuovo e di stupefacente: esistono dei 'cadaveri' che hanno il cuore e la circolazione perfettamente funzionanti, una efficiente funzione respiratoria, seppure supportata da apparecchiature, normali funzioni renali ed epatiche nonché digerenti; essi possono addirittura, se debitamente assistiti, portare a termine delle gravidanze.”⁵

⁵ Roberto Galbiati, La diagnosi di «morte cerebrale» ed etica dei trapianti: problematiche non adeguatamente ponderate. *La Tradizione Cattolica*, Anno XXIV, n. 4 (89), 2013, pp. 23-24.

IL DONATORE DI ORGANI NON È UN CADAVERE!

La normativa che regola l'attività del trapianto in Italia è la seguente: “Il donatore di organi è un soggetto che ha subito una lesione cerebrale irreversibile, cioè una completa distruzione delle cellule cerebrali per una delle seguenti cause: trauma cranico, emorragia/ischemia cerebrale, meningite. Si parla in questo caso di trapianto da **donatore cadavere**. [Il neretto è del redattore] La morte per lesione cerebrale è caratterizzata da una irreversibile perdita delle funzioni cerebrali e viene documentata con esami clinici e strumentali. Secondo la legge 29 dicembre 1993, n. 578 (contenente ‘Norme per l'accertamento e la certificazione di morte’)⁶ e il D.M. 22 agosto 1994, n. 582 (‘Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte’),⁷ i criteri clinici e strumentali vengono utilizzati per accertare che:

- la causa del danno cerebrale sia dovuta a una malattia organica nota e irreversibile;
- vi sia l'assenza di qualsiasi attività elettroencefalografica (EEG piatto);
- vi sia l'assenza di tutti i riflessi che partono dal cervello, di respiro spontaneo e di reazione agli stimoli dolorosi;
- vi sia l'assenza del flusso cerebrale ematico in tutti i casi previsti dalla legge.

Lo stato di morte per lesione cerebrale viene accertato da una équipe di medici non coinvolta nell'attività trapiantologica: un medico anestesista-rianimatore, un medico legale e un neurologo. Il collegio medico verifica il perdurare della condizione per un periodo di 6 ore (12 ore nel caso di bambini).”

A tale proposito, il Dr. Giulio Murero sottolinea quanto segue: “Nella legge italiana c'è la novità di voler definire qualcosa che prima non veniva mai definita, ma solo constatata: lo stato di morte appunto. E per constatare lo stato di morte dovevano esserci dei segni come: arresto cardiaco, stato di rigidità, evidenti alterazioni degenerative, ecc.; inoltre il tutto doveva durare da almeno 48 ore. È chiaro che in queste condizioni (di morte reale) nessun organo nobile può essere fruttuosamente prelevato, solo le cornee e alcuni tessuti; da qui l'esigenza di dare appunto una definizione di morte che permettesse l'espianto: detto in termini giuridici, visto che non è consentita l'uccisione di una persona, nemmeno per finalità terapeutiche, allora la si definisce morta, anche se il cuore funziona, il sangue circola, le donne in gravidanza la portano a termine, e via dicendo. Non è vero che la legislazione

⁶ http://www.ipasvi.it/archivio_news/leggi/255/L291293n578.pdf

⁷ https://www.omceo.me.it/sportello/leg_san/trapianti/DM_582_94.pdf

italiana preveda una diagnosi specifica che abbia condotto al danno cerebrale (come è invece previsto nella legislazione statunitense). L'EEG piatto non ha alcun valore diagnostico-prognostico (tant'è vero che è stato abbandonato nella legislazione degli Stati Uniti), soprattutto se condotto non in modo continuativo [...].

[L'attività elettrica del cervello può arrestarsi completamente (tracciato piatto) anche durante un'anestesia molto profonda o durante un arresto cardiaco. Nella legislazione italiana, l'accertamento della 'morte cerebrale' richiede l'assenza di attività ripetuta, rilevata in un periodo di tempo ritenuto significativo, come 30 minuti di inattività per 2 volte nell'arco di 6 ore. NDR]⁸

[L'EEG piatto] – aggiunge Murero – ha però un impatto (falso) emotivo sull'opinione pubblica, e credo che sia stato mantenuto nella legislazione italiana unicamente per questo. La legge recita che devono cessare TUTTE le funzioni cerebrali e questo è evidentemente un falso, perché ne vengono rilevate solo alcune: determinati riflessi dei nervi encefalici appunto. Non è vero che la legge italiana preveda la misurazione del flusso cerebrale: questo viene effettuato solo su richiesta.⁹ Il fatto che i medici accertatori siano tutti e tre dipendenti della struttura sanitaria non è una garanzia di obiettività, casomai è il contrario. È vero che per l'utenza il trapianto è gratuito, ma l'azienda guadagna sugli espianti/trapianti, mentre mantenere una persona in rianimazione rappresenta una passività economica. [...] Personalmente sono convinto che la persona in cosiddetta morte cerebrale non sia affatto morta, ma non su base mistica, bensì scientifica [...].

Per finire, qualcuno sa come viene condotto dal collegio degli accertatori l'accertamento della morte cerebrale? In contemporanea con l'équipe degli espiantatori che fanno prelievi per stabilire l'istocompatibilità¹⁰ del ricevente, il quale magari si trova nella sala d'aspetto dell'ospedale con i parenti. Tutti questi personaggi di solito 'tifano' in una determinata direzione. Se anche ci fosse un medico accertatore fra i tre del collegio che richiedesse più tempo e/o maggiori strumenti di indagine, è comprensibile che sarà quantomeno sottoposto a pressioni. E se poi nel frattempo la persona muore veramente? Pensate che tutti gli altri

⁸ https://it.wikipedia.org/wiki/Morte_cerebrale#Accidenti_cerebrali

⁹ La tecnica di misurazione ideale del flusso ematico cerebrale in terapia intensiva teoricamente dovrebbe essere portatile, avere la capacità di dare un monitoraggio continuo o almeno essere facilmente ripetibile, non invasivo e poco costoso. Nessun metodo attualmente disponibile si avvicina ad avere queste caratteristiche ideali. (<http://manualidimedicina.blogspot.it/2016/06/monitoraggio-della-icp-capitolo-112.html>)

¹⁰ L'istocompatibilità è la proprietà delle cellule di un tessuto di essere riconosciute come proprie da parte dell'organismo e non essere quindi identificate ed eliminate dal sistema immunitario. Riveste un'importanza cruciale nell'immunologia dei trapianti.

starebbero zitti per rispetto verso il collega? La carriera di quest'ultimo avrà lo stesso andamento di prima?"¹¹

IL DOGMA DELLA 'MORTE CEREBRALE'

“Purtroppo – scrive Stefano Lorenzetto – tutti gli organi, a eccezione delle cornee, hanno questo di brutto: per poter essere trapiantati vanno tolti dal corpo del ‘donatore’ mentre il suo cuore batte, il sangue circola, la pelle è rosea e calda, i reni secernono urina, un’eventuale gravidanza prosegue, tanto da rendere necessaria la somministrazione di farmaci curarizzanti [che inducono la paralisi muscolare] per impedire spiacevoli reazioni quando il chirurgo affonda il bisturi. Vi paiono cadaveri, questi? Sì, assicurano i trapiantisti. No, stabilisce una legge dello Stato: infatti «per **cadavere** si intende: **il corpo umano rimasto privo delle funzioni cardiorespiratoria e cerebrale**» (Circolare del Ministero della Sanità 24 giugno 1993, n. 24)^[12].’^[13] Ciò dimostra che gli organi non sono presi dai morti, bensì dai vivi o dai morenti. Infatti un cadavere non può donare organi. Si consente così ai medici di causare la morte dei pazienti per ottenere organi trapiantabili.

Il filmato visionabile al seguente link https://www.youtube.com/watch?v=kHfJvc_n45w mostra l’esplorazione chirurgica degli organi di una persona dichiarata in ‘morte cerebrale’, prima di procedere all’espianto: il cuore batte regolarmente, il sangue circola, tutti gli organi che stanno per essere espianati funzionano perfettamente. La persona preparata per l’eviscerazione è viva e si trova sotto l’effetto di farmaci paralizzanti, che servono a impedire eventuali reazioni al dolore. Qui di seguito è riportato il testo del filmato.

ESPLORAZIONE PRIMA DELL’ESPIANTO – “L’amministrazione dell’ospedale accreditato deve assicurarsi che ogni formalità sia stata espletata, che non ci sia nessuna opposizione, che sia stata firmata l’autorizzazione finale per la rimozione degli organi.

Ora la squadra di chirurghi deve prepararsi.

Ecco ci siamo. Siamo arrivati alla fine del percorso.

L’operazione di espianto degli organi sta per cominciare.

Sarà condotta da una squadra di chirurghi esperti e specializzati, seguendo una procedura molto rigorosa.

¹¹ <http://www.notizieprovita.it/notizie-dallitalia/donazione-organi-e-morte-cerebrale-2-contro/>

¹² http://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario;jsessionid=qpPOhg0CeOmd-tNLLXgQvA__.ntc-as2-guri2a?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1993-07-08&atto.codiceRedazionale=093A3846&elenco30giorni=false

¹³ <http://www.ilgiornale.it/news/quei-dubbi-sulla-morte-censurati-40-anni.html>

Cardiochirurghi, chirurghi del fegato, urologi agiranno insieme o in rapida successione, per prelevare cuore, polmoni, fegato ed entrambi i reni.

Durante tutta l'operazione, un controllo costante è assicurato dallo staff dell'Unità Intensiva sulla ventilazione artificiale e sulle appropriate infusioni, indispensabili per mantenere sino alla fine un battito cardiaco regolare e una pressione arteriosa e venosa normale.

Ora le infermiere strumentiste vengono avanti e l'operazione sta per avere inizio; in due o tre ore dovrebbe essere completata.

La squadra di chirurghi è adesso al lavoro, e sta eseguendo uno dei passi più importanti: la valutazione diretta, attraverso l'incisione mediana, degli organi nel torace e nell'addome.

Il cuore batte regolarmente, le arterie coronarie sono pervie, e il miocardio (o muscolo cardiaco) mostra una buona tonicità.

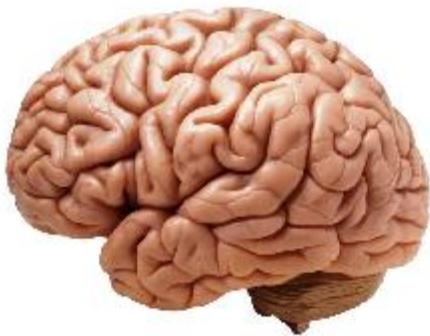
All'ispezione e alla palpazione, il fegato si presenta di qualità eccellente.

Ora il rene destro appare all'urologo dotato di un bel colore, di buona tensione, come di norma.

Tutti questi organi sono perfettamente sani, e possono essere trapiantati in altre persone in tutta sicurezza.

Dopo essere stati isolati, gli organi saranno raffreddati per mezzo di infusione diretta in situ, usando soluzioni appropriate, raffreddati fino a una temperatura di quattro gradi centigradi, e poi tenuti in contenitori con il ghiaccio, finché non sarà scelto il miglior ricevente e assicurato tempestivamente il trasporto all'ospedale dove il trapianto avrà luogo.”

MORTO?



La cosiddetta ‘morte cerebrale’ è un dogma che si deve accogliere come vero e giusto, senza esame critico o discussione. L'espianto di organi quali cuore, fegato, polmoni, reni, ecc., si effettua (**dopo solo sei ore di osservazione**) da persona giudicata in coma ‘irreversibile’ sottoposta a ventilazione forzata, e non da un morto in arresto cardio-circolatorio-respiratorio, come la gente può comunemente pensare.

La persona viene incisa dal bisturi, da cima a fondo, mentre il suo cuore batte, il sangue circola, il corpo è caldo... Non è vero che prima si interrompa la ventilazione e poi, a cuore e respiro fermi, si inizi il prelievo, anzi è vero proprio l'opposto. Gli organi devono essere vitali e completamente funzionanti quando sono asportati dal corpo vivo di una persona, le cui eventuali reazioni al dolore causato dall'espianto sono impedita da farmaci paralizzanti.

I parenti frastornati, messi sotto pressione dai medici affinché acconsentano al prelievo degli organi del loro congiunto, vengono posti di fronte alla scelta crudele di donare gli organi o staccare la spina: in entrambi i casi si tratta di una vera e propria esecuzione di morte.¹⁴

Il 25 marzo 1999, Salvatore Macca (che fu Presidente emerito della Corte d'Appello di Brescia e Presidente onorario aggiunto della Corte di Cassazione) rivolse un appello accorato all'allora Presidente della Corte Costituzionale contro il principio del "silenzio-assenso" in materia di espianti, che è previsto dalla Legge 91/99;^[15] nel suo appello Macca fra l'altro scrisse così: "E come si può escludere che l'italica furbizia non entri subito in gioco anche in tale delicatissima materia? Se prevale la regola della presunzione di assenso, gli squartatori potranno sempre dire che la dichiarazione di dissenso non c'era o che non l'hanno vista, o trovata o ricevuta, attribuendo il tutto al solito, a volte provvidenziale, disguido burocratico, per cui hanno provveduto, anzi, hanno dovuto provvedere, all'«espianto» (quel magnifico, eufemistico neologismo che indica lo squartamento!).

Ma quel che è più grave, anzi gravissimo, è che il prelievo degli organi più importanti (cuore, reni, cervello, fegato, polmoni, ecc.) deve avvenire non da cadavere, ma esclusivamente da soggetto in coma con respirazione ausiliata [= assistita], soggetto che viene dunque inciso dal bisturi mentre il suo cuore batte, il sangue circola, il corpo è roseo e tiepido, può muovere braccia e gambe, urina e le donne gravide portano avanti la gravidanza. Cioè da soggetto che è solo in stato di incoscienza e che il più delle volte potrebbe, con l'impegno e le cure necessarie, essere salvato se la mente e il cuore degli operatori non fossero deviati dall'altro proposito, delittuoso, quello cioè di trarre il profitto economico che a essi deriva dall'espianto! In casi del genere si è di fronte a veri e propri omicidi volontari aggravati da motivi abietti.

Non credo che occorra aggiungere altro perché si comprenda ciò che stanno accingendosi a fare addirittura con l'usbergo [= la protezione] della legge! [...]

Illustre Presidente Chieppa, quanto da me sopra esposto credo che basti perché tutti si impegnino a bloccare definitivamente una legge che, se approvata, sarebbe, oltre che incostituzionale, un regalo alla criminalità in camice bianco. [...]"¹⁶

¹⁴ <https://www.disinformazione.it/espiantorgani.htm>; <http://www.antipredazione.org/index.htm>

¹⁵ La Dichiarazione di volontà a donare organi e tessuti è attualmente regolamentata dall'articolo 23 della Legge 1 aprile 1999, n. 91, dal Decreto ministeriale dell'8 aprile 2000, aggiornato con il Decreto ministeriale dell'11 aprile 2008.

¹⁶ http://www.antipredazione.org/Silenzio_Assenso/1999_03_25%20Lettera%20Avv.%20Salvatore%20Macca.pdf

I familiari che hanno parenti dichiarati dai medici ‘cerebralmente morti’ devono sapere queste cose, e opporsi con ogni forza all’espianto di organi praticato a cuore battente e sangue circolante su persone vive, prive di coscienza. Questi pazienti sono ancora vivi in base a tutti i criteri medici ed etici comunemente accettati.

La vita è la vita. Il valore di un individuo non dipende dal fatto che egli possa muoversi o compiere determinate azioni; ma sta piuttosto nel fatto che ogni essere umano è stato creato a immagine e somiglianza di Dio: **“Poi Dio disse: «Facciamo l’uomo a nostra immagine, conforme alla nostra somiglianza [...]».** Dio creò l’uomo a Sua immagine; lo creò a immagine di Dio” (Genesi 1:26-27).

Nessuno al mondo è autorizzato a uccidere un essere umano sulla base del presupposto che la vita di costui è “meno degna di essere vissuta” (o “ha meno valore”) rispetto a quella di un altro. Dio – non l’uomo – è Colui che stabilisce il significato e il valore dell’essere umano. E Dio ha comandato di non uccidere: **“Certo, io chiederò conto del vostro sangue, del sangue delle vostre vite; [...] chiederò conto della vita dell’uomo alla mano dell’uomo, alla mano di ogni suo fratello”** (Genesi 9:5).

Uccidere una persona per prolungare la vita di un’altra non fa attribuire al reato di omicidio volontario una qualificazione diversa o meno grave. L’omicidio non può mai essere considerato “un atto di grande civiltà e di rispetto per la vita”, come viene generalmente definito l’espianto degli organi a cuore battente e sangue circolante.

FINE DELLA PRIMA PARTE



(© Riproduzione riservata - Gennaio 2017 - Dr. Orietta Nasini. I siti internet che possono essere citati in questo articolo non sono necessariamente condivisi dall’autrice del presente scritto. I link forniti sono solo a titolo informativo.)