



**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA**

**Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita**

Dottorato di Ricerca in Medicina e Scienze Umane XXVII Ciclo

Direttore Prof. Giuseppe Armocida

**La donazione di organi.**

**Una rilettura critica a partire da un punto di vista filosofico**

Relatore

Chiar.mo Prof. Mario Picozzi

Tesi di Dottorato della

**Dott.ssa Melania Borgo**

Matricola 718228

Anno Accademico 2013/2014

A Paolo Caravati

(13 ottobre 1897 – 17 gennaio 1958)

“E la mia vita cade in altra vita  
ed io mi sento solamente un punto  
lungo la retta lucida e infinita  
di un meccanismo immobile e presunto.

Tu sei quelli che son venuti prima  
che in parte hai conosciuto, e quelli dopo  
che non conoscerai, come una rima  
vibrante e bella, però senza scopo”

*Vite* - Francesco Guccini

## ***Indice***

<i>Introduzione</i> .....	4
<i>1. La morte</i> .....	7
1.1 “L’ essere-per-la-morte” .....	8
1.2 La morte da un punto di vista clinico .....	16
1.3 È eticamente accettabile poter scegliere “di che morte morire”? .....	22
<i>2. Il corpo</i> .....	30
2.1 L’uomo, il figlio del tempo .....	31
2.2 Il corpo e il trapianto .....	36
2.3 Il cuore, il trapianto ed il pensiero aristotelico .....	42
<i>3. La rinascita: il dono</i> .....	52
3.1 Il dono nella filosofia .....	53
3.2 Donare un organo: come interpretare questo gesto? .....	56
3.3 La donazione d’organi e la conquista dell’immortalità .....	59
3.3.1 <i>Possibili soluzioni alla carenza di organi</i> .....	59
3.3.2 <i>Il mercato degli organi</i> .....	71
3.3.3 <i>Il contro-dono</i> .....	77
<i>Conclusioni</i> .....	84
<i>Bibliografia</i> .....	90

## ***Introduzione***

*Chi sono io?* Questa la domanda che sta alla base di ogni domanda, la domanda edipica in cui culmina la questione del soggetto umano, colui che è tale, e si sente tale, proprio nel momento in cui prova a trovarvi delle *risposte* plausibili mediante rimembranze che lo identificano alla narrazione di sé, al proprio riconoscimento e a quello dell'Altro, fino alla morte che è al tempo stesso limite ed origine di ogni nostro quesito. Provare a scoprire chi si è implica, infatti, *in primis*, la consapevolezza di essere soggetti duali e divisi dal momento che, in accordo con il pensiero di Lacan<sup>1</sup>, ognuno di noi si costituisce solo attraverso l'Altro (sia esso il suo *simile*, la sua immagine, che vede riflessa nello specchio o un altro soggetto che si pone in relazione con lui). Il soggetto, per poter rispondere alla domanda edipica, deve quindi accettare il fatto che, a metterlo in luce e ad assegnandogli un posto nel mondo, è lo sguardo dell'altro che lo guarda. Conferma del pensiero lacaniano la si trova, poi, nella dialettica del riconoscimento: secondo Hegel, l'uomo diviene autocoscienza solo se riesce a farsi riconoscere da un'altra autocoscienza, ovvero da un altro essere libero e pensante. A ciò consegue che il servo per esistere necessita del signore, mentre al signore non basta lo sguardo del servo che lo mette in luce perché quest'ultimo, per sua stessa definizione, non è libero e, quindi, non è autocoscienza. Il signore finisce così col diventare servo del suo stesso servo; il servo, invece, diviene signore del signore attraverso i tre momenti della paura della morte, del servizio e del lavoro. La paura della morte risulta essere, tra gli altri, un elemento di particolare importanza poiché è ciò che smuove il cambiamento: il servo, infatti, da un lato, è tale solo perché ha tremato di fronte alla morte e, in virtù di questa paura, ha temuto di perdere la propria essenza, mentre, dall'altro lato, proprio a causa della sua paura e dello stato in cui lo ha condotto, sperimenta il proprio essere qualcosa di diverso dal suo mondo di certezze naturali con le quali inizialmente si identificava.

Questo era stato il punto di partenza della mia tesi magistrale in Scienze filosofiche e questo torna ad essere la domanda cui sembra essere indispensabile

---

<sup>1</sup> Lacan J., *Écrits*, Édition du Seuil, Paris 1966, G.B. Contri (a cura di), tr. it. di G.B. Contri, *Scritti*, Einaudi, Torino 1974, 2 voll.

rispondere perché solo dopo aver compreso chi si è, e, quindi, chi è l'uomo, è possibile indagare questioni eticamente rilevanti anche in ambiti diversi ed apparentemente lontani. Rispondere alla domanda edipica è nuovamente la premessa da cui si intende ripartire per affrontare i quesiti suscitati dalla paura della morte che costringe ogni uomo a **ripensare al proprio essere**, al **rapporto del proprio corpo con la propria anima** ed alla **paura della morte** (già fulcro della dialettica del riconoscimento). La filosofia<sup>2</sup>, come avremo modo di approfondire nel corso di questo elaborato, ha, infatti, dimostrato che la piena **consapevolezza di sé** la si raggiunge proprio grazie all'angoscia della morte. In questa sede in particolare analizzeremo il susseguirsi di questi momenti all'interno di un contesto specifico: il mondo dei trapianti d'organo.

L'uomo sognò e tentò per secoli di trapiantare ed innestare non solo piante, ma anche parti del proprio corpo come si può desumere dai miti che narrano di sirene o centauri che, a ben vedere, altro non erano che *prodotti artificiali* ottenuti dal mescolamento tra parti animali e parti umani. Esempio è la leggenda risalente al III secolo a. C.: Cosma e Damiano, oggi considerati i santi protettori dei medici e dei chirurghi, trapiantarono la gamba di un moro deceduto ad un sacrestano bianco. La pratica dei trapianti affonda, quindi, le sue radici agli albori della medicina per questo, dal momento che filosofia e medicina condividono il medesimo fine, la vita buona dell'uomo sano e felice, è possibile ripartire da quel legame per osservare, da una prospettiva meno consueta, i trapianti d'organo. Questa pratica, infatti, per sua stessa natura, racchiude in sé un *complex*<sup>3</sup> e coinvolge non solo persone, luoghi e procedure diverse, ma anche differenti discipline, dalla medicina alle scienze sociali passando per le culture e le credenze proprie di ogni essere umano. Da ciò se ne desume che per affrontare un simile tema è necessario un approccio interdisciplinare<sup>4</sup>.

---

<sup>2</sup> Heidegger M., *Essere e tempo*, UTET, Torino 2013.

<sup>3</sup> Kierans C., *Anthropology, organ transplantation and the immune system: resituating commodity and gift exchange*, *Social Science and Medicine* 2011 Nov; 73(10):1469-1476.

<sup>4</sup> Borgo, M., Picozzi, M. *Il trapianto e la donazione di organi: è possibile trovare nuove soluzioni grazie ad un approccio interdisciplinare?*, Libro degli abstract della Riunione Tecnico-Scientifica del NITp tenutasi l'11 e il 12 novembre 2013 a Udine, p. 89.

Lo scopo di questo lavoro è quello di far dialogare alcuni di questi saperi, dall'arte alla filosofia ed alla clinica, grazie all'impostazione dialettica propria del pensiero hegeliano. **Hegel**, come è noto, distingue tre momenti del pensiero che definisce dialettico: l'affermazione di un concetto astratto (**momento intellettuale** che si ferma alle determinazioni rigide ed isolate della realtà, *tesi*); la negazione di queste determinazioni astratte dell'intelletto ed il relativo passaggio ad un concetto *opposto* (**momento negativo - razionale**, *antitesi*) ed infine l'unificazione dell'affermazione e della negazione in una *sintesi* che le comprende entrambe, una riaffermazione potenziata della *tesi* ottenuta grazie alla negazione dell'*antitesi*, ossia della negazione intermedia (**momento positivo - razionale**, *aufhebung*). Questa *sintesi* dialettica è un superamento che, da un lato, toglie l'opposizione tra la *tesi* e l'*antitesi*, mentre dall'altro conserva le verità della *tesi*, dell'*antitesi* e della loro lotta. Nella *sintesi*, scrive Hegel, la *tesi*

“è divenuta più ricca di quel tanto ch'è costituito dalla negazione, o dall'opposizione di un concetto. Contiene dunque il concetto precedente, ma contiene anche di più, ed è l'unità di quel concetto e del suo opposto”.<sup>5</sup>

Su questa base possiamo pertanto procedere analizzando i concetti di identità e di trapianto e provando ad affrontare il loro superamento attraverso la dialettica che è, al tempo stesso, “la legge di sviluppo della realtà e la legge di comprensione della medesima”<sup>6</sup>. Quello che segue è, quindi, un **percorso dialettico** che prova ad offrire una nuova prospettiva per indagare non già temi propri della filosofia politica o del diritto<sup>7</sup>, ma bensì tre concetti fondamentali del mondo trapiantologico: la **morte** (*tesi*), il **corpo** (*antitesi*) ed il **dono** (*sintesi*). Ognuno di questi capitoli, poi, a sua volta è composto da una prima parte **filosofico antropologica** (*tesi*), una seconda **tecnica e scientifica** (*antitesi*) ed una **rilettura critica** conclusiva (*sintesi*).

---

<sup>5</sup> Hegel F.G.W., *Scienza della logica*, C. Cesa (a cura di), Laterza, Bari 1996, p.36.

<sup>6</sup> Hegel F.G.W., *La fenomenologia dello Spirito* (a cura di V. Cicero), Bompiani, Milano 2000.

<sup>7</sup> Cfr. ad esempio, Taylor C., *Hegel e la società moderna*, il Mulino, Bologna 1979; Marini G., *Libertà soggettiva e libertà oggettiva nella filosofia del diritto hegeliana*, Morano Editore, Napoli 1990.

## 1. *La morte*

Nella dialettica del riconoscimento hegeliana sopra accennata, il signore è colui che, pur di affermare la propria indipendenza, ha messo a repentaglio la vita sino alla vittoria, mentre il servo è tale perché ha preferito la perdita della propria indipendenza pur di aver garantita la vita. L'inversione di ruoli, però, nel corso di questo processo, avviene proprio perché, a causa della paura della morte, il servo ha, prima, rinunciato alla propria esistenza, per poi sentire l'esigenza di sperimentarsi come qualcosa di distinto dal mondo reale e materiale all'interno del quale viveva. Allo stesso modo l'uomo, consapevole che la sua unica certezza è proprio ciò che lui non potrà mai conoscere, ripensa a sé, al suo corpo, alla sua anima ed alle relazioni strette con gli altri proprio nel momento in cui avverte la paura della morte. La **morte** ed i sentimenti che essa genera possono quindi essere considerati la **tesi** di questo percorso dialettico dal momento che il nostro destino mortale è il solo *avvenimento* certo della nostra vita. Nessuno mai potrà sperimentare la morte ed essa può perciò essere definita come l'«*affermazione* o posizione di un concetto «astratto»» di fronte alla quale l'uomo, fin dalle sue origini, si è sentito impotente, capace di esorcizzare la paura, ma non di vincerla così che, ancora oggi, continua a bramare l'immortalità da tempo perduta e mai riconquistata.

Questo primo capitolo, la *tesi* del nostro percorso dialettico, è a sua volta suddiviso, in accordo con il pensiero hegeliano che abbiamo scelto di seguire, in *tesi*, *antitesi* e *sintesi*. A breve, infatti, esamineremo come l'uomo, consapevole di «**essere-per-la-morte**», ha provato a giustificare a se stesso la sua natura mortale: questa sarà la *tesi* della *tesi*, vale a dire il **momento filosofico antropologico** che si ferma alle determinazioni rigide ed isolate della realtà (cfr. cap. 1.1). Nella seconda parte, invece, analizzeremo la *reazione* della **clinica** all'inevitabile destino dell'uomo: essa costituirà il **momento tecnico e scientifico** e, quindi l'*antitesi* della *tesi* di questo capitolo, ossia la negazione delle determinazioni astratte della *tesi* ed il conseguente passaggio ad un concetto *opposto* (cfr. cap. 1.2). Infine, ci chiederemo se, come già sta accadendo negli Stati Uniti, sia lecito, da un punto di vista etico, acconsentire che ognuno **scelga** se morire in accordo ai tradizionali **criteri cardiocircolatori** o a quelli **neurologici**: questa terza parte, la **rilettura critica**,

potrà perciò essere considerata la *sintesi* di questo capitolo poiché è in essa che individueremo la ri-affermazione potenziata della *tesi* ottenuta grazie alla negazione dell'*antitesi* (cfr. cap. 1.3).

### 1.1 “L’essere-per-la-morte”<sup>8</sup>

“Chi è che di mattina cammina a quattro gambe, a mezzogiorno con due e di sera con tre?”<sup>9</sup> chiede la Sfinge ad Edipo. Chi è l’unico animale che sa di morire? L’unico capace di contare il tempo? Per Edipo non è stato difficile trovare la soluzione all’enigma della Sfinge, ma forse, anche per lui, non sarebbe stato ugualmente semplice rispondere a domande quali: “*perché l’uomo è mortale?*” Questo quesito, oggetto d’indagine di questa **tesi della tesi**, è inesorabilmente connesso alla domanda edipica per eccellenza “*chi sono io?*” ed inquieta le coscienze degli uomini fin dai tempi più remoti. Sostiene Tolstoy, infatti, che nessuno ha nulla da obiettare se il sillogismo è così posto: tutti gli uomini sono mortali, Caino è un uomo, Caino è mortale. Tuttavia, questa stessa logica cessa apparentemente di aver senso e pare assurda e ingiusta nel momento in cui Caino viene sostituito con il proprio nome, seppur razionalmente ognuno di noi è consapevole che il sillogismo così modificato non perde certo la sua veridicità.<sup>10</sup>

L’uomo è smarrito, non riesce a trovare giustificazioni accettabili che siano capaci di spiegare a se stesso ciò che lo accumuna a chi ha vissuto prima di lui e a chi vivrà dopo, ciò che è al contempo la sua unica certezza e l’unica cosa che non potrà mai conoscere: il suo **destino mortale**.

Nel Satyricon di Petronio Arbitro ed in particolare nella Cena di Trimalcione (54-68 d.C.), emerge già chiaramente questo concetto. Petronio racconta, infatti, di un’elegante cena nel corso della quale le risa ed il buon umore sono bruscamente interrotte dall’arrivo di una portata particolare, uno scheletro d’argento. Trimalcione, il padrone di casa, commenta il vassoio portato dallo schiavo affermando “Ahi, che

---

<sup>8</sup> Lacan J., *Écrits*, op. cit., p. 272.

<sup>9</sup> Hegel F.G.W. *Estetica* (tomo I), Einaudi, Torino 1997, p. 408.

<sup>10</sup> Meilaender G., *Gift of the body*, New Atlantis 2006 Summer; 13:25-35.



miseri siamo, che nulla a pesarlo è l'ometto! Così saremo tutti quel giorno che l'Orco ci involi. Perciò viva la vita, finché si può star bene".<sup>11</sup>

Molti anni dopo, e per l'esattezza nel 1533, il quadro di Holbein il Giovane, *Ambasciatori*, illustra nuovamente il medesimo pensiero: lo spettatore, osservando l'opera, si accorge di condividere, con i due personaggi lì ritratti il medesimo destino. Il dipinto, infatti, grazie alle leggi della prospettiva nasconde nella figura apparentemente informe, rappresentata in basso al centro, l'immagine di un teschio tridimensionale che ricorda che le cose non sono mai come appaiono<sup>12</sup> e che nulla sopravvive al tempo, neppure i costumi sontuosi, l'arte e le scienze.

Eccezion fatta per alcune opere, come, ad esempio quelle sopra ricordate, ordinariamente la morte è stata considerata un fenomeno estraneo alla natura originaria dell'uomo. Spiegazioni del suo destino mortale l'uomo ha tentato di trovarle altrove, in un mondo altro da quello in cui vive. Convinti di essere stati originariamente immortali, abbiamo cercato nei miti e nelle leggende



motivazioni plausibili capaci di giustificare la perdita della nostra originaria natura, l'**immortalità**. Vi sono alcuni esempio che sono particolarmente degni di interesse. Pensiamo all'ebraismo ed al cristianesimo che, come si legge nel terzo libro della Genesi, attribuiscono tale mutamento al peccato originale. Secondo altre tradizioni, invece, la morte è stata introdotta nel mondo a causa della violazione di un tabù o di avvenimenti che non sono dipesi dalla volontà, o dalla responsabilità, degli uomini. Celebre, in Africa, è il mito che narra di una lepre incaricata dalla luna di portare un

<sup>11</sup> Petronio Arbitro, *Satyricon*, Rizzoli, Milano 1995.

<sup>12</sup> Lacan J., *Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse (1964)*, édition du Seuil, Paris 1973, G.B. Contri (a cura di), tr. it. di S. Loaldi e I. Molina, Libro Xi, *I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi (1964)*, Edition paperbacks, Torino 1979, pp. 90-94.

messaggio agli uomini: “Come io tramonto e rinasco a nuova vita, così voi morirete e risorgerete”. La lepre però, trovandosi di fronte agli uomini si dimenticò l’esatto messaggio della luna e si limitò a dire loro: “Come io tramonto e non rinasco a nuova vita, così voi morirete e non risorgerete”. La luna, irritata, tagliò in due il labbro della lepre, ma il danno ormai era fatto ed era irrimediabile.<sup>13</sup>

L’uomo diviene allora capace di spiegare il perché della sua natura, ma resta incapace di recuperare ciò che ha perduto, seppur il danno è stato compiuto da altri molti secoli prima. Così, per far fronte a questa mancanza, *il mortale* escogita una via secondaria in grado di rendere ragione del fatto che certo non potrà vivere in eterno questa vita in questo mondo, ma potrà farlo altrove poiché è proprio **grazie alla morte** che può riconquistare l’integrità e la **perfezione originaria**, e rinascere a nuova vita o acquisire una dimensione assolutamente differente da quella terrena, libera dalla corruttibilità e dalla peccaminosità (si pensi, ad esempio, a coloro che credono che morendo ci si trasformi in antenati e, quindi, in protettori della propria famiglia o tribù). Nessuna di queste credenze può essere considerata in sé erronea poiché esse, al pari dei miti, pur nella loro diversità, condividono la volontà di trovare una connotazione positiva a quell’evento della vita dell’uomo che è inspiegabile per sua natura, dato che a nessuno è mai stata data la possibilità di *tornare* e di raccontare cosa accade dopo. Infatti, come scriveva Pessoa “la morte può essere vissuta, ma non provata” poiché il morire accade sempre per qualcun’altro. **Io non potrò raccontare la mia morte**<sup>14</sup> e potrò vedere sempre e solo il cadavere dell’altro<sup>15</sup>: per questo motivo il discorso sociale intorno alla morte non può che essere interamente creato da coloro che piangono il trapassato e mai dal trapassato stesso.

Oggi, pur nella consapevolezza che la morte non è qualcosa di eccezionale, ma un evento naturale pari alla nascita, continua comunque a generare angoscia, soprattutto nelle attuali civiltà occidentali. Lo stesso termine *morte* incute così tanto sgomento da venire spesso sostituito da locuzioni che rimandano ad un viaggio (“è

---

<sup>13</sup> Pettazoni R., *Miti e leggende* (vol. I), UTET, Torino 1973.

<sup>14</sup> Cavarero A., *Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Filosofia della narrazione*, Feltrinelli, Milano 2001.

<sup>15</sup> Sini C., *Del viver bene. Filosofia ed economia*, CUEM, Milano 2005.

partito”, “ci ha lasciati”, etc.), alla vita soprannaturale (“è andato in Paradiso”, “è in cielo”, etc.) o al sonno temporaneo (o eterno). Ma quali possono essere le motivazioni sottese a questa angoscia? Fin dai tempi più antichi la riflessione sulla morte ha portato l’uomo a provare una paura tale da aver dovuto trovare un’entità che gli sopravvive: nasce il concetto di **anima**. Molteplici individui, accumulati dall’angoscia della morte, trovandosi riuniti all’interno di uno stesso gruppo, hanno poi dato vita ai più diversi **riti funebri** finalizzati proprio ad esorcizzare questa paura. Si sono così sviluppate, a fronte del medesimo fine, procedure di **sepoltura differenti**, che seguono modalità codificate a secondo delle culture e delle convenzioni sociali legate al periodo storico oltre che al contesto geografico e religioso di riferimento. Tutte le società, però, come già notava Herz<sup>16</sup>, considerano ed hanno considerato la morte come un momento di transizione dalla comunità dei vivi a quella dei defunti e la continuità tra questi due mondi è, da tutte, stata garantita dalla credenza in una **vita ultraterrena**. Dal momento che tutte le società hanno fede in loro stesse, secondo Hertz, non è ammissibile che un individuo che ha fatto parte del sostrato sociale sia perduto per sempre. “L’ultima parola deve restare alla vita: in forme diverse, il defunto uscirà dal mondo angosciato della morte per rientrare nella pace della comunione umana”.<sup>17</sup> I riti funebri, al pari della nascita e del matrimonio, favoriscono quindi un passaggio ed agevolano i cambiamenti di condizione senza traumi per la società e per gli individui interessati.

Secondo Van Gennep<sup>18</sup>, poi, i riti funebri, in quanto riti di passaggio, constano di tre fasi, ognuna delle quali è caratterizzata da un rituale specifico. Inizialmente, nel momento in cui un membro della comunità muore viene isolato ed escluso dalla comunità dei vivi. Il cadavere è rimosso dalla sua dimora; i suoi beni personali o la casa in cui viveva sono, a volte, distrutti e le mogli, gli schiavi o gli animali che gli appartenevano possono anche essere uccisi. Si pensi, ad esempio, alle tombe scoperte da Leonard Woolley che testimoniano la volontà dei signori di Ur di essere accompagnati anche nel loro ultimo viaggio da coloro che gli erano stati vicino in vita. Dai ritrovamenti archeologici è, infatti, stato possibile dedurre che, al

---

<sup>16</sup> Hertz R. *Sulla rappresentazione collettiva della morte*, Savelli, Roma 1978.

<sup>17</sup> Hertz R. *Sulla rappresentazione collettiva della morte*, Savelli, Roma 1978, p. 87.

<sup>18</sup> Van Gennep A. *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri Editore, Torino 2012.

momento del funerale del loro signore, le guardie, le dame, i musicisti e tutti i cortigiani si tolsero la vita ed uccisero pure i cavalli del corteo funebre, così che potessero tutti continuare a vivere insieme in eterno. A questi primi riti *preliminari*, o riti di separazione, seguono poi, secondo Van Gennep, quelli di margine (riti *liminari*) nel corso dei quali il morto, già escluso in quanto tale dalla comunità dei vivi, non è ancora integrato in quella dei morti. La doppia sepoltura<sup>19</sup> costituisce un esempio di rito limitare: il cadavere, è prima inumato per poi essere esumato e poi, in un secondo momento, quando il suo corpo sarà ridotto a scheletro, deposto in un ossario. Infine vi sono i riti *postliminari*, o riti di aggregazione, che garantiscono al defunto una nuova forma di esistenza sociale: colui che è trapassato diviene ora protettore dei sopravvissuti, cessando di generare sconforto e di incutere timore. I riti postliminari, però, constano anche di un livello di aggregazione per i parenti del defunto che, smesso il lutto, possono uscire dallo stato di isolamento in cui il decesso li aveva confinati e ripristinare le normali relazioni sociali. Tutt'oggi i banchetti e le cerimonie commemorative, tipiche di alcuni stati europei e degli Stati Uniti, continuano ad essere un modo per consolidare i legami tra i membri della comunità. Lo stesso Hertz, anni prima, già aveva affermato che la sepoltura in quanto tale si compone di due momenti, uno per il defunto (pensiamo, ad esempio, alle piramidi egiziane; alla moneta posta all'interno delle bare per pagare Caronte o a tutti quegli oggetti della vita quotidiana che si credeva sarebbero stati necessari per la vita ultraterrena e che, per questo, venivano posizionati accanto al cadavere), l'altro per la comunità, ossia rituali funerari che prevedono momenti necessari a circoscrivere l'angoscia della perdita in chi rimane. Herz aveva sottolineato l'importanza di questi rituali poiché sono capaci di aiutare la comunità a superare la morte di un individuo, garantendo, al contempo, "una continuità alla persona del defunto così da non indebolire il corpo sociale e mantenere l'equilibrio del sistema che avrebbe potuto essere messo in pericolo dalla morte di uno dei suoi membri". I riti funebri, quindi, oltre ad essere attività finalizzate a trovare una collocazione al corpo che resta (il cadavere) e ad accompagnare, grazie al supporto dei vivi, l'anima nell'Aldilà, sono

---

<sup>19</sup> Perozziello F.E. *Antropologia della morte*. febbraio 2014.  
[http://www.riflessioni.it/la\\_riflessione/antropologia-morte-perozziello-2.htm](http://www.riflessioni.it/la_riflessione/antropologia-morte-perozziello-2.htm).

un sistema di comunicazione tra il defunto e la comunità dei vivi che permette di riaffermare la continuità e l'ordine della comunità.<sup>20</sup>

Dopo aver analizzato alcune delle possibili giustificazioni che l'uomo ha trovato al suo essere mortale e come ha tentato di esorcizzare la paura connessa a quest'inevitabile fine, sembra ora opportuno ripercorrerne anche l'evoluzione storica così da comprendere cosa oggi si intende quando si parla di morte e come questo concetto può essere declinato nei diversi contesti socio culturali.

In primo luogo pare significativo che, sebbene non siano stati ritrovati altro che i fori dei pali di sostegno di abitazioni provvisorie ed effimere, sono però giunte fino a noi le tombe in pietra, la dimora dell'eternità, risalenti alle epoche preistoriche. Queste pietre hanno protetto gli scheletri posti in posizioni dall'alto contenuto simbolico e rappresentativo (per esempio, rannicchiati, in posizione fetale a significare la credenza in una nuova nascita), ornati al meglio e forniti di cibo e di oggetti d'uso quotidiano. Questi ritrovamenti testimoniano il fatto che fin dalla sua prima comparsa sulla terra, l'uomo era solito praticare forme rituali nei confronti del defunto. Successivamente, sulla base di quanto emerge dal saggio dello storico francese Philippe Ariès, *Essais sur l'histoire de la mort en occident: du Moyen Age à nos jours*<sup>21</sup>, dal medioevo ad oggi, si sono succedute quattro diverse modalità di affrontare la morte. Originariamente le società arcaiche e dell'Alto Medioevo (476 a.C.-1000 d.C.) consideravano la morte un evento naturale e inevitabile da vivere, con rassegnata accettazione, nel proprio letto e con il supporto della famiglia. Il morente, però, nel corso di una cerimonia pubblica, chiariva ai suoi congiunti i propri desideri, si confessava ed attendeva il sopraggiungere della morte. Così Orlando, Tristano e gli altri cavalieri, quando sentivano che la morte stava per sopraggiungere si preparavano ad accoglierla in modo degno, seguendo rituali prestabiliti (conformi) dal loro rango, e lo stesso valeva anche per l'uomo comune: i rituali erano diversi, ma l'atteggiamento di fronte alla morte era molto simile. Ariès parla, in questo periodo storico, di *morte addomesticata*. La morte, infatti, da un lato recava con sé un destino angosciante di distruzione del proprio io corporeo e di dispersione dell'anima

---

<sup>20</sup> Hérítier F. *La Paix et la pluie. Rapports d'autorité et rapport au sacré chez les Samo*, L'Homme 1973; 13(3):121-138.

<sup>21</sup> Ariès P., *Storia della morte in Occidente*, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, Milano 1998.

costretta a vagare in un mondo popolato da ombre, entità poco definibili, sia in senso linguistico che concettuale; dall'altro lato, invece, l'uomo del tempo era capace di circoscrivere l'angoscia grazie a precisi rituali e alla certezza che, comunque, i legami non sarebbero stati definitivamente recisi: vivi e morti avrebbero certamente continuato a comunicare tra loro e ad essere in relazione. Pur essendo un evento vissuto all'interno delle comunità, però, la sepoltura nel perimetro cittadino era proibita sia perché così era previsto dalla legge (editto delle XII tavole) sia per evitare che l'ombra, in collera perché era stata strappata dalla pienezza vitale, disturbasse i vivi.

Nel corso del Basso medioevo (1000-1492), invece, cambia il modo di vivere la morte che, pur mantenendo il suo carattere di evento naturale, condiviso con il contesto familiare, inizia a generare paura; emerge, in questo momento, la paura del giudizio ultraterreno e la consapevolezza che il destino è personale e non collettivo: la morte da addomesticata diviene, quindi, *morte di sé*. Tale cambiamento è stato determinato soprattutto dal fatto che, ora, la morte non è più annunciata, ma improvvisa e terribile e non è più possibile prepararsi al suo arrivo. Tra il 1347 ed il 1351, infatti, a causa della peste, un terzo della popolazione europea si ammala e muore in pochi giorni, la medicina del tempo è impotente e non si può far altro che attendere la morte o l'improbabile guarigione. Così seppur si continua a non morire *soli* ed intorno al capezzale continuano a riunirsi parenti ed amici, diviene sempre più importante essere sepolti all'interno di una struttura ecclesiastica per avere la certezza di essere salvati al momento del giudizio. Fino al XIV secolo, poco importava che venisse contrassegnata l'esatta collocazione o il nome del defunto, l'importante era che il corpo si trovasse presso le ossa di santi o di martiri.

Tra il XV ed il XVI secolo, però, emerge l'idea che il giudizio avverrà al momento stesso del trapasso, e non alla fine dei tempi, e diventa quindi indispensabile morire in modo dignitoso per assicurarsi la salvezza eterna. La morte è divenuta un evento personale ed è per questo che, in quel periodo, nascono le *artes moriendi* e le lapidi tornano ad essere personalizzate con ritratti e iscrizioni. Inoltre, da questo momento in poi, i cimiteri diventano luoghi pubblici al pari dei mercati.

Tra la fine del XVI e fino al XVIII secolo (ossia durante il Rinascimento e l'Illuminismo) la concezione della morte cambia nuovamente e inizia ad essere

concepita come un evento imminente che non riguarda più un altro neutro, ma un tu, un conoscente la cui morte diventa sempre più difficile da accettare, in quanto non è più considerato un semplice altro da sé, ma un'esistenza diretta, concreta e privata che viene a mancare in modo irreparabile. Si parla ora di *morte dell'altro*. La morte è privatizzata; il moribondo è spogliato del suo potere di richiamo sociale ed è evitato da chi non ha avuto con lui in vita stretti rapporti relazionali; la famiglia non condivide più con il morente la sofferenza ed il momento del trapasso, ma si limita ad essere esecutrice delle sue volontà e dei suoi atti. Nel 1804, con l'editto di Saint Cloud (riforma napoleonica) i cimiteri tornano, per motivi igienici, fuori dalla cerchia urbana degli insediamenti abitati. Durante l'età industriale (XIX – XX secolo) la morte diventa, infine, un tabù, quasi che solo nominandola si corra il rischio di invocarla. Non se ne scrive, non se ne parla, non la si raffigura. La morte diviene qualcosa da nascondere, perché turba le consuetudini sociali, mentre la sepoltura continua ad essere indispensabile per perpetrare la memoria del defunto. La *morte* è ora *proibita*, diviene un evento alieno al mondo dei vivi, come emerge anche dal quadro di Klimt, *Morte e vita* del 1911 dove la morte, nascosta ed ignorata dall'uomo, osserva dall'esterno il turbinio della quotidianità umana senza che nessuno si accorga di lei.

Ai tempi della morte proibita, raramente si muore a casa circondati dalla propria famiglia, poiché è **in ospedale** che la vita finisce, quasi a voler tenere il più lontano possibile anche solo l'idea della nostra non immortalità. La morte sembra essere diventato un evento imbarazzante, fino all'ultimo momento bisogna fingere che non si sta per morire ed i congiunti devono evitare emozioni eccessive così da poter tornare nel circuito sociale nel più breve tempo possibile. Si creano, ora, i grandi cimiteri suburbani dove la figura del morto è celebrata attraverso la costruzione di tombe che riflettono il successo economico ed il prestigio sociale della committenza e si inizia ad apporre targhe commemorative anche al di fuori dai cimiteri, sulle cime delle montagne o agli angoli delle strade cittadine.

Seppur è indubbio che la morte è meno spaventosa se si crede in un mondo o in una vita ultraterrena e che nessuna cultura al mondo ignora la morte e nessuna esclude l'esistenza di un possibile Aldilà, è altresì vero che, a partire dall'Illuminismo e dalla Rivoluzione Francese, si assiste ad una lenta **erosione** del

pensiero e delle credenze nella **fede**, soprattutto nella ritualità cristiana, che è proseguita fino ad oggi. In particolare, questa decadenza è stata favorita proprio dalla rivoluzione medica e scientifica che, a partire dalla seconda metà del XIX secolo, aveva illuso l'uomo che finalmente fosse giunto il momento della riconquista dell'immortalità da tempo perduta. La nuova medicina proponeva, infatti, una nuova concezione della vita e della morte secondo la quale queste non devono più essere ritenute due entità opposte, ma parti di un unico insieme biologico. La fine dell'esistenza diviene, così, un semplice fenomeno fisico e chimico da studiare e spiegare in ogni sua parte, la morte torna a far paura e nasce la "religione scientifica", ma quali le conseguenze?

In questi ultimi anni, in accordo con il pensiero di Ariès, sempre più si è tentato di dimenticare la morte relegando il moribondo lontano dai luoghi sociali e familiari: non essendo stati capaci di riguadagnare l'immortalità, abbiamo imparato a fingere che non moriremo mai. Ciononostante proprio lì dove si muore, nel 1967, nasce una nuova pratica capace di superare quella netta linea di demarcazione che segnava la fine della vita e l'inizio della morte: il trapianto d'organi. Alcuni malati (i potenziali riceventi) grazie all'organo che viene loro donato possono ora *intravedere* la soglia tra la vita e la morte per poi retrocedere e rimandarne il varco; altri (i donatori cadaveri), invece, hanno l'opportunità di rileggere la loro stessa morte in virtù del possibile legame che, grazie a questo gesto, potranno mantenere con il mondo dei vivi. Come avremo modo di approfondire in seguito, infatti, il trapianto di organi potrebbe ripristinare parte delle dinamiche proprie della *morte addomesticata* dal momento che, al pari degli antichi rituali, questa nuova pratica sembra offrire all'uomo la possibilità di circoscrivere l'angoscia della morte facendo rinascere la speranza che vivi e morti possano continuare a mantenersi in relazione.

## ***1.2 La morte da un punto di vista clinico***

Assodato che, in accordo con quanto visto nella prima parte di questo capitolo, la nozione di morte è una definizione che compete all'antropologia, stabilire quali sono i criteri per accertarla è, invece, compito della clinica. Così se la domanda *perché devo morire?* è stato oggetto della *tesi* della *tesi* (cfr. cap. 1.1), *che cos'è la morte? Quando un individuo può definirsi morto? Quanti "tipi" di morte esistono?*



sono, invece, l'oggetto di questa seconda parte, ossia dell'**antitesi della tesi**. Infatti, se la prima formulazione della domanda è propria dell'uomo in quanto tale, ossia in quanto *il mortale*, declinata nelle seconde formulazioni è stata soprattutto oggetto del dibattito etico e giuridico degli ultimi anni.

Oggi, il concetto di morte, diversamente da quanto accadeva un tempo quando era considerato un *semplice* problema sociale, o religioso, diventa importante anche da un punto di vista tecnico. La morte ha, infatti, cessato di essere un evento soglia certo e ben definito (un tempo si era considerati morti quando il cuore aveva smesso di battere e non era più riscontrabile alcun segno di vita) per divenire un **fenomeno tecnico** ottenuto tramite la sospensione delle cure. La morte, avvenendo sempre più in ospedale e sempre meno tra le mura domestiche, non è più occasione di quella cerimonia rituale che, come si è avuto modo di vedere, accompagnava il defunto nell'Aldilà, poiché è stata "scomposta, spezzettata in una serie di piccole tappe di cui, in definitiva, non si sa quale è la morte vera, quella in cui si è perduta la coscienza oppure quella in cui si è perduto il soffio".<sup>22</sup> Determinante, nello specifico, è quanto accaduto il 5 agosto 1968, quando il *Journal of American Medical Association* pubblica un influente documento che impone un nuovo e più approfondito esame di questo concetto, proponendo inediti criteri finalizzati a riscontrare la **morte accertata secondo i criteri neurologici**. Questi nuovi criteri fanno vacillare anche l'unica certezza dell'essere umano, rimodellano la soglia tra la vita e la morte ed impongono all'uomo, sia esso medico, paziente, familiare o semplice cittadino, di rinunciare all'idea che il morto debba necessariamente essere "freddo", in virtù del fatto che si può essere morti anche se il cuore batte ed il sangue circola, seppur grazie ad un supporto meccanico. La paura di morire connessa all'essere umano in quanto tale, così come la paura di una morte non diagnosticata correttamente e la paura di essere sepolti vivi, tornano ad animare gli animi dell'uomo.

Nell'Ottocento il timore della morte apparente e di una sepoltura prematura avevano condotto alla realizzazione di stabilimenti dotati di locali riscaldati dove i presunti morti erano costantemente tenuti in osservazione e periodicamente visitati da un medico fino al momento in cui non si presentavano i primi segni di

---

<sup>22</sup> Ariès P., *op. cit.*.

putrefazione. Celebre è il caso della Germania dove, all'interno delle case mortuarie, ogni corpo era collegato, attraverso una cordicella, ad un campanello che sarebbe dovuto essere in grado di segnalare ogni minimo movimento del presunto morto. Anche in Italia, qualche anno più tardi, vennero istituite le camere mortuarie negli ospedali proprio con lo scopo di impedire la sepoltura di morti apparenti. A ciò si susseguirono poi grottesche invenzioni quali bare dotate di tubi di acciaio che terminavano con una palla posta a circa cinque centimetri dallo sterno del morto: nell'eventualità di un suo piccolo movimento questa palla avrebbe azionato un meccanismo tale per cui l'apertura esterna del tubo si sarebbe dischiusa consentendo all'aria di entrare nella bara ed al presunto morto di respirare.<sup>23</sup> Oggi le strumentazioni mediche si sono evolute, ma la paura di una morte non diagnosticata correttamente sembra permanere. Con l'introduzione del nuovo concetto di morte accertata secondo i criteri neurologici torna il vecchio timore di una morte apparente e prematura come dimostra, ad esempio, il caso di una madre che, dopo aver acconsentito alla donazione degli organi del figlio, sostiene di aver avuto la sensazione che, in quel momento, prioritari fossero gli interessi degli altri e non già quelli di suo figlio, il "moribondo" che, a suo parere, era stato dichiarato morto prima del tempo al fine di ottenerne gli organi per salvare altre vite.<sup>24</sup>

In merito alla morte, e alla connessa paura di una morte apparente, il dibattito è ancora aperto sia in ambito filosofico ed antropologico (oggetto d'analisi della *tesi* di questo primo capitolo) sia nel mondo della clinica (argomento centrale di questa seconda parte, *antitesi* della *tesi*). Nonostante i continui progressi tecnici e scientifici in campo medico e farmaceutico, o forse proprio a causa di questi progressi, i dubbi e le perplessità che tale argomento suscita sono ancora molti.

È indubbio però che le innovazioni introdotte dal rilevante articolo redatto dal Comitato ad Hoc dell'Harvard Medical School, *A Definition of Irreversible Coma*<sup>25</sup> segnano una svolta epocale nella storia della medicina contemporanea, e non solo. Il

---

<sup>23</sup> Defanti C. A., *Soglie. Medicina e fine della vita*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.

<sup>24</sup> Greinert R., *Morte Cerebrale e Donazione degli Organi. I dubbi e le indagini di una madre che ha donato gli organi del figlio*, Macro Edizioni, Cesena 2009.

<sup>25</sup> Beecher H., *A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, JAMA 1968; 205(6):337-340.

Comitato, composto da tredici membri (dieci medici con diverse specialità, inclusa la neurologia e la chirurgia dei trapianti, un giurista, uno storico ed un teologo), esordisce esplicitando il proprio scopo primario, vale a dire definire il coma irreversibile come un nuovo criterio di morte, ed illustrando le due ragioni principali che hanno condotto a questa nuova definizione. In primo luogo l'avanzamento tecnologico ha permesso di migliorare le misure di rianimazione e sostegno vitale, portando quindi ad accrescere gli sforzi per salvare il maggior numero possibile di persone, con la consapevolezza però che, talvolta, questi sforzi possono avere un risultato solo parziale, ossia che può accadere che il cuore di un individuo batte, mentre il suo cervello ha irreversibilmente cessato ogni attività. In questi casi, l'onere che ne consegue è grande per i pazienti che hanno definitivamente perso le facoltà intellettive, ma anche per i loro familiari, per gli ospedali e per coloro che attendono un letto ospedaliero. In secondo luogo, i "criteri obsoleti" nella definizione di morte possono portare a controversie nelle procedure per ottenere organi per il trapianto. All'interno di questo documento, si conclude pertanto che, diversamente da quanto accadeva un tempo, un soggetto non è più da definirsi morto nel momento in cui il sangue ha smesso di circolare ed il cuore di battere, e si afferma che i pazienti in cui si riscontra la "perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo" sono *già* morti e non è più necessario attendere che cessino anche quelle funzioni vitali (circolazione sanguigna e respirazione spontanea) che fino a quel momento erano state considerate unici segni di vita certi, la cui scomparsa comportava inevitabilmente la morte. In realtà una definizione di morte accertata secondo i criteri neurologici simile a quella descritta dal Comitato ad Hoc dell'Harvard Medical School già era comparsa nove anni prima, quando due neurologi francesi Pierre **Mollaret** e Maurice **Goulon** utilizzarono il termine *coma dépassé*<sup>26</sup> per descrivere quella condizione che, dopo la comparsa dell'articolo *A Definition of Irreversible Coma*, è stata definita "morte cerebrale", ossia la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo. È bene ricordare che un simile studio, così come una definizione pari a quella del Comitato ad Hoc dell'Harvard Medical School, non sarebbe potuto comparire molto tempo prima di quanto non accadesse, dal momento

---

<sup>26</sup> Mollaret P., Goulon M., *Le coma dépassé*, Revue neurologique Société de neurologie de Paris 1959;101:3-15.

che Bjørn Ibsen<sup>27</sup> inventò il primo respiratore artificiale solo nel 1952, rendendo così possibile il prolungamento dell'esistenza di individui in coma con lesioni cerebrali o disfunzioni dell'apparato respiratorio.

Fin dalle sue origini questo nuovo avanzamento tecnologico portò a confusioni e controversie in ambito clinico, e non solo, soprattutto per quel che concerne la domanda: quando un paziente in condizioni critiche può essere definito morto? All'interno di *A Definition of Irreversible Coma* il Comitato dell'Harvard Medical School specificò che, in quella sede, si sarebbe occupato solo degli individui comatosi che non presentavano più alcuna attività discernibile del sistema nervoso centrale. Le cause della perdita irreversibile di quest'attività, ossia di tutte le funzioni dell'encefalo, possono essere molteplici, sia di natura patologica sia di natura violenta. Tuttavia, empiricamente, è possibile notare che, dopo che simili danni cerebrali sono sopraggiunti, il corpo, grazie ad alcuni supporti artificiali, continua, apparentemente, ad essere vivo (il cuore batte ed il sangue circola): è per questo motivo che, fin dalla sua comparsa, questa *nuova definizione di morte* ha generato dubbi e confusioni. Il sospetto principale, come dimostra quanto raccontato dalla madre che ha scritto *Morte Cerebrale e Donazione degli Organi. I dubbi e le indagini di una madre che ha donato gli organi del figlio*, riguarda il trapianto di organi poiché si teme che al momento del prelievo il **donatore** possa **non** essere ancora **morto** e che poi muoia proprio a causa di questa *privazione*. I **vantaggi clinici** connessi ai criteri di Harvard sono, invece, innegabili e storicamente evidenti. Infatti, un anno prima della comparsa documento del Comitato ad Hoc dell'Harvard Medical School, e per l'esattezza nel dicembre del 1967, a Città del Capo in Sudafrica, Christian Barnard<sup>28</sup> effettua il primo trapianto di cuore umano da donatore cadavere (accertata secondo i tradizionali criteri cardiocircolatori; il cuore, quindi aveva smesso di battere) aprendo così la strada ai trapianti salvavita. Tuttavia la *morte cerebrale* ed il processo di donazione - prelievo - trapianto di organi sono due

---

<sup>27</sup> Ibsen B., *The anaesthetist's viewpoint on the treatment of respiratory complications in poliomyelitis during the epidemic in Copenhagen*, Journal of the Royal Society of Medicine 1952; 47(1):72-74.

<sup>28</sup> Hoffenberg R., *Christiaan Barnard: his first transplants and their impact on concepts of death*, British Medical Journal 2001; 323(7327):1478-1480.

realtà certamente connesse, ma non per questo possono essere considerate due fasi di un medesimo processo.

Oggi, pochi decenni dopo i primi trapianti da uomo a uomo che ebbero esito positivo, non è arduo sostenere che tale pratica ha ottenuto la maggior parte dei risultati auspicati, rivoluzionando il mondo della medicina, aumentando le possibilità di sopravvivenza e migliorando le condizioni di vita di migliaia di pazienti. Oltre a ciò, è altresì evidente il fatto che il **trapianto** permette ai famigliari del defunto di **dar senso ad un decesso inatteso** e prematuro che, pur rompendo l'equilibrio famigliare di cui il defunto era parte creando un vuoto difficile da accettare, offre a quelle stesse famiglie la possibilità di salvare altre vite. Il trapianto (come già abbiamo accennato e come avremo modo di approfondire all'interno dell'ultimo capitolo di questo elaborato) sembra quindi essere il mezzo ideale, per i famigliari, per offrire al proprio caro l'opportunità di guadagnare *l'immortalità* se non a lui nella sua interezza, almeno ad alcune "parti" del suo corpo che solo così potranno continuare a narrare di lui, ed in particolare del suo gesto, agli altri.<sup>29</sup>

A ciò ne consegue che la proposta del rapporto di Harvard porta con sé non solo un progresso scientifico, ma anche un'innovazione concettuale dal momento che la sua originalità non consiste tanto nel descrivere un nuovo stato clinico (poiché già in parte lo avevano fatto Mollaret e Goulon nel 1959), quanto nell'introdurre una nuova nozione, quella di *morte cerebrale*: da questo momento in poi non si parla più di uno stato terminale o di confine poiché, grazie a questo nuovo termine, è possibile porre fine all'equivalenza fra questo stato e la morte stabilendo che il persistere di un'attività cardiaca non è incompatibile con la morte, come invece si era sempre pensato in passato.<sup>30</sup> Tuttavia, ancora oggi, più di quarant'anni dopo la sua comparsa, il termine *morte cerebrale* genera confusione e continua ad apparire in sé ambiguo poiché sembra sottendere che possano esistere più *tipi* di morte. In realtà, esistono semplicemente differenti modalità e svariati termini (quali per esempio: morte cerebrale, *coma dépassé*, coma irreversibile<sup>31</sup>, infarto totale del cervello<sup>32</sup>, coma

---

<sup>29</sup> Steiner P., *La transplantation d'organes. Un commerce nouveau entre les êtres humains*, Éditions Gallimard, Paris 2010.

<sup>30</sup> Defanti, *op. cit.*, p. 94

<sup>31</sup> Beecher H., *art. cit.*.

apneico irreversibile<sup>33</sup>) per accertare il medesimo fenomeno, la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo (del tronco encefalico e della corteccia cerebrale). Inoltre, la definizione di morte, oggi come un tempo, attiene (come è stato qui dimostrato all'interno del capitolo 1.1) più al campo antropologico filosofico che a quello medico cui è invece richiesto quando, dal punto di vista clinico, si realizzano le condizioni per cui la persona è morta secondo la definizione antropologica. Proprio per questo motivo, ordinariamente, le diagnosi mediche non dovrebbero contenere il termine "morte" poiché la morte in sé non può essere diagnosticata, essendo possibile costatare solo uno stato clinico o una condizione resa evidente da certi segni empiricamente accertabili.<sup>34</sup>

### ***1.3 È eticamente accettabile poter scegliere "di che morte morire"?***

In questa terza parte del primo capitolo prenderemo in esame la *sintesi* della *tesi* del nostro percorso dialettico. Abbiamo visto come il concetto di morte è stato rappresentato nel mondo classico dell'arte e della letteratura, e come è stato studiato dall'antropologia culturale (*tesi*, cfr. cap. 1.1), ed abbiamo analizzato le diverse modalità attraverso le quali la morte può essere clinicamente accertata (*antitesi*, cfr. cap. 1.2). Ora, invece, ci dedicheremo alla ***sintesi della tesi***, vale a dire ad una rilettura critica che, in accordo con il pensiero hegeliano, terrà conto degli aspetti positivi dei due momenti che l'hanno preceduta, la *tesi* e l'*antitesi*, ma li supererà entrambi così da poter giungere ad un momento positivo - razionale capace di portare il concetto alla sua massima espressione. Tutto questo può essere anticipato da un ipotetico caso clinico che spesso viene citato in simili contesti. Estremizzando quanto

---

<sup>32</sup> Ingvar D.H., *Brain death-total brain infarction*, Acta anaesthesiologica Scandinavica. Supplementum 1971; 45:129-140; Shewmon D.A., *Recovering from "brain death": A neurologist's Apologia*, Linacre Quarterly 1997; 64:30-96.

<sup>33</sup> Zamperetti N., Bellomo R., Defanti C.A., Latronico N., *Irreversible apnoeic coma 35 years later. Towards a more rigorous definition of brain death?*, Journal of Intensive Care Medicine 2004; 30(9):1715-1722.

<sup>34</sup> The President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*, 2008 (Pdf disponibile <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/death/>), p. 18.

descritto fino a questo momento, infatti, si potrebbe arrivare a situazioni paradossali dovute al fatto che, a secondo della concezione personale di ogni singolo paziente circa la vita e la morte (in accordo con quanto visto nella *tesi* di questo primo capitolo, cfr. cap. 1.1), in uno stesso reparto ospedaliero, all'interno di una stessa camera, si potrebbero trovare due persone che, a seguito dello stesso trauma, o comunque della stessa causa sia essa violenta o naturale, potrebbero, a parità di condizione clinica, essere dichiarate l'una morta e l'altra viva (cfr. cap. 1.2, *l'antitesi*).

Prima di approfondire questo caso è però necessario riprendere l'analisi dal principio poiché è significativo ricordare che, inizialmente, gli stessi sostenitori della nuova definizione di morte accertata secondo i criteri neurologici avanzarono l'ipotesi di concedere l'opportunità al paziente, o meglio ai suoi famigliari, di mantenere in funzione il respiratore artificiale fino a quando non fosse sopraggiunta la morte tradizionale (accertata secondo i criteri cardiocircolatori) o una richiesta di trapianto di organi da parte di riceventi compatibili. Forse ciò accadde poiché anche se i criteri proposti dal Comitato erano ragionevoli in termini clinici, nel documento non comparivano dati empirici in grado di supportarli poiché ancora non erano stati condotti studi tecnici volti a dimostrare l'irreversibilità della situazione.<sup>35</sup> Tuttavia, ben presto essi stessi si resero conto di quanto potesse apparire compromettente una simile opzione. Infatti, il fatto che gli stessi sostenitori dei nuovi criteri per l'accertamento della morte avanzassero tali ipotesi sembrava legittimare le posizioni critiche avallando così la tesi dei loro oppositori, convinti che questi criteri fossero stati approvati unicamente per semplificare le operazioni trapiantologiche ed aumentare il numero di organi disponibili. Le dinamiche storiche sopra descritte inducono anch'esse il medesimo sospetto: dopo meno di un anno dal primo trapianto di cuore tra esseri umani cambiano i criteri per accertare la morte. Certamente, come abbiamo avuto modo di vedere, non si può negare che un paziente cui è stata determinata la morte secondo i criteri neurologici è il donatore di organi ideale poiché sono proprio i supporti artificiali a consentire al sangue di continuare a

---

<sup>35</sup> Borgo M., Picozzi M., Armocida G., *La morte dopo Harvard. Uno sguardo di sintesi sul dibattito degli ultimi quarant'anni* in *Storia della definizione di morte*, F.P. de Ceglia (a cura di), Franco Angeli, Milano 2014.

circolare irrorando ed ossigenando gli organi così da conservarli al meglio a tutela dei futuri riceventi.

Ciononostante qualora si dovesse decidere di aspettare il sopraggiungere della morte cardiocircolatoria (il cuore dei pazienti morti secondo i criteri neurologici, pur mantenendo i supporti artificiali, cessa comunque di battere dopo poche ore), si potrebbero comunque prelevare gli organi. Il primo trapianto di cuore (cui si accennava sopra) è avvenuto proprio con un donatore a cuore fermo. Tuttavia è bene ricordare che gli organi prelevati da donatori la cui morte è stata diagnosticata secondo i criteri cardiocircolatori spesso vanno incontro ad un'ischemia, e, quindi, non possono essere preservati nel migliore dei modi.<sup>36</sup> La letteratura<sup>37</sup> dimostra che questa è una via percorribile anche se fino ai primi anni Novanta, proprio a seguito dei nuovi criteri per accertare la morte, erano rari i donatori a cuore non battente. Oggi infatti esistono protocolli nazionali per il prelievo di organi a cuore fermo<sup>38</sup> ed anche il panorama internazionale sta mutando e stanno aumentando i centri che eseguono trapianti di organi da questi donatori. Se mai si dovesse realmente decidere di sfruttare gli organi di donatori cadaveri morti secondo i tradizionali criteri cardiopolmonari e di rigettare i criteri neurologici, certamente a ciò conseguirebbe la risoluzione di importanti questioni etiche, oltre che cliniche.

Recentemente negli Stati Uniti, ed in particolare nello stato di New York e di New Jersey, accade che, soprattutto per motivi religiosi, sia richiesto ai clinici di continuare i trattamenti dopo che un paziente è stato dichiarato morto in accordo ai criteri neurologici per l'accertamento della morte.<sup>39</sup> È eticamente accettabile che

---

<sup>36</sup> Roberts M. S., *Improving the Supply of Donor Organs: Being Careful With the Gift of Life*, *Jama*, December 2010, 304(23):2643-2644.

<sup>37</sup> DeVita M.A., Snyder J.V., Grenvik A., *History of organ donation by patients with cardiac death*, *Kennedy Institute of Ethics Journal* 1993; 3(2):113-129; Zawistowski C.A., DeVita M.A., *Non-heartbeating organ donation: a review*, *Journal of Intensive Care Medicine* 2003;18(4):189-197.

<sup>38</sup> Geraci P., *Prelievo di organi da donatore a cuore fermo (NHBD). Protocollo operativo*. Pavia2008: Edizione CNT. (Pdf disponibile [http://www.scamilloforlanini.rm.it/html/file\\_allegati/ctm\\_prot\\_pavia2.pdf](http://www.scamilloforlanini.rm.it/html/file_allegati/ctm_prot_pavia2.pdf)).

<sup>39</sup> Choen J., Ashkenazi T., Katvan E., Singer P., *Brain Death Determination in Israel: The First Two Years Experience Following Changes to Brain Death Law – Opportunities and Challenges*, *American*



alcuni richiedano di mantenere in funzione tutti i supporti vitali fino a quando non sopraggiunge la morte cardiaca? Quali le implicazioni etiche?

Mentre in luoghi come la Cina<sup>40</sup>, l'**autonomia** di alcuni soggetti è trascurata ed i condannati a morte vengono considerati una *riserva* di organi cui lo Stato ha il diritto di attingere, indipendentemente dalla loro volontà; altrove, come in Giappone ed in Israele, il rispetto di quello stesso principio è totale. In assenza di volontà esplicite, i familiari non vengono in alcun modo coinvolti poiché la legge prevede che si possa scegliere se morire secondo i criteri neurologici o quelli cardiaci e così si presume che colui che *decide di morire* sulla base del primo criterio sia consapevole che i suoi organi potranno potenzialmente essere prelevati per essere trapiantati e che, se la cosa non dovesse essere di suo interesse, sia sua premura esprimersi in merito. Quanto accade in Israele, il paese col più basso tasso di prelievo per milione d'abitanti<sup>41</sup>, è particolarmente degno di nota. Qui, infatti, il rifiuto aumenta con l'aumentare del livello di religiosità (il 45% dei rifiuti è dovuto a motivi religiosi<sup>42</sup>), poiché, di fatto, tale scelta altro non è che la conseguenza della particolare interpretazione data ad alcuni versi della Torah.

La religione ebraica, al pari di quella cristiana, annovera tra i comandamenti più rilevanti salvare vite umane ed impone un totale rispetto del corpo anche dopo la morte. La sacralità della vita è un principio cardine del giudaismo ed impone, da un lato, che si faccia tutto il possibile per preservare la vita di un essere umano anche solo per pochi istanti poiché colui che anticipa la morte è considerato un assassino.<sup>43</sup> Dall'altro lato, però, il rispetto dovuto al corpo anche dopo la morte, soprattutto per

---

Journal of Transplantation 2012; 12: 2514-2518; Choong K.A., *Organ procurement: A Case for Pluralism on the Definition of Death*, Journal of Medical Law and Ethics 2013; 1 (1):5-21.

<sup>40</sup> Porciani F., *Traffico d'organi. Nuovi cannibali, vecchie miserie*, Franco Angeli, Milano 2012, Steiner P., *op. cit.*.

<sup>41</sup> Porciani F., *op. cit.*.

<sup>42</sup> Choen J., Ashkenazi T., Katvan E., Singer P., *Brain Death Determination in Israel: The First Two Years Experience Following Changes to Brain Death Law – Opportunities and Challenges*, American Journal of Transplantation 2012; 12: 2514-2518.

<sup>43</sup> Leone S., *The features of a "Mediterranean" Bioethics*, Medicine Health Care and Philosophy 2012; 15:431-436; Rappaport H.Z., Rappaport I., *Principles and concepts of brain death and organo donation: the Jewish prospective*, Child's Nervous System 1998; 14: 381-383.

gli ebrei ortodossi, comporta il rifiuto categorico della donazione degli organi *post mortem* da loro considerata una mutilazione di un corpo vivo e, quindi, un oltraggio alla persona *proprietaria* degli organi e soprattutto un'offesa a Dio. Il Talmud, insieme di leggi ebraiche stilate tra il IV e il V secolo a.C., stabilisce infatti, sulla base di quanto contenuto nella Torah, che lo spirito di Dio respira nell'uomo e che la vita è un regalo di Dio che ha creato l'uomo a sua immagine e somiglianza. Violare l'uomo ed il suo corpo equivale pertanto alla distruzione dell'immagine di Dio impressa in lui e l'uomo può essere dichiarato morto solo in assenza di respiro<sup>44</sup> e, solo in via del tutto eccezionale, ossia qualora il volto sia coperto e dovesse essere impossibile verificarlo, la morte può essere dichiarata anche nel momento in cui si verifica l'assenza di battito cardiaco.<sup>45</sup>

Alcuni ebrei hanno riconosciuto che se la morte neurologica è realmente morte, è bene accettare la donazione di organi poiché consente di tener fede alla legge rabbinica che prevede che sia fatto tutto il possibile per salvare una vita umana. Ciononostante gli ebrei ultraortodossi (l'8% della popolazione israeliana di religione ebraica) sono arrivati a sostenere che tale pratica è da considerarsi al pari dell'omicidio poiché implica l'uccisione di una persona (il donatore che respirando ancora è considerato vivo, poco importa se supportato dalla ventilazione meccanica) per salvare altre vite (quelle dei riceventi).<sup>46</sup> Costoro, oltre a rifiutano i criteri per l'accertamento della morte neurologica, richiedono che i supporti meccanici siano

---

<sup>44</sup> Choen J., Ashkenazi T., Katvan E., Singer P., *Brain Death Determination in Israel: The First Two Years Experience Following Changes to Brain Death Law – Opportunities and Challenges*, American Journal of Transplantation 2012; 12: 2514-2518.

<sup>45</sup> Besser A., Amir M., Barkan S., *Who signs an organ transplant card? A study of personality and individual differences in a sample of Israeli university students*, Personality and Individual Differences 2004; 36:1709-1723; Leone S., *art. cit.*; Mackler A.L., *Respecting Bodies and Saving Lives: Jewish Perspectives on Organ Donation and Transplantation*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2001, 10, 420-429; Rappaport H. Z., Rappaport I., *art. cit.*; Singer P., Rachmani R, Lin S., *Impact of European Donor Hospital Education on Knowledge and attitudes of Health professionals Toward Organ Donation in Israel*, Transplantation Proceeding, 29, 2640-2641 (1997).

<sup>46</sup> Choen J., Ashkenazi T., Katvan E., Singer P., *Brain Death Determination in Israel: The First Two Years Experience Following Changes to Brain Death Law – Opportunities and Challenges*, American Journal of Transplantation 2012; 12: 2514-2518; Choong K.A., *art. cit.*.

mantenuti fino a quando non incorre la morte cardiocircolatoria. Questo in sé potrebbe anche essere accettabile se si considera che così facendo si rispetta l'autonomia del paziente, ma molte autorità rabbiniche non si limitano ad impedire che i loro fedeli accettino i criteri di Harvard, ma concedono loro di ricevere organi provenienti da pazienti cui è stata accertata la morte in accordo a questi criteri.<sup>47</sup> I rabbini capo rispondono a coloro che li accusano di non predicare principi egualitari sostenendo che se i non ebrei ritengono che sia eticamente accettabile prelevare organi da persone il cui cuore ancora sta battendo, non è compito loro impedire né questo gesto né quelli che ne conseguono.

Occorre però ricordare che, in Israele esiste una legge del 1996 che, per molti versi ricorda quella in vigore in Italia. Le linee guida israeliane prevedono, infatti, che i trapianti possono essere eseguiti qualora vi siano condizioni cliniche definite, vale a dire: un soggetto può essere dichiarato clinicamente morto solo se si conosce la causa della morte (1), la ventilazione spontanea è completamente cessata (2), vi sono dimostrazioni cliniche che il tronco encefalico ha cessato di funzionare (3), sono utilizzati stimoli finalizzati a tale accertamento clinico (4) e l'assenza di respirazione e di funzioni del tronco encefalico è accertato che perdura da non meno di dodici ore (5)<sup>48</sup> (quest'ultimo è il solo punto che differenzia questi criteri da quelli attualmente in vigore nel nostro Paese).

Accettare un simile approccio pluralistico e acconsentire che ognuno possa scegliere di che morte morire comporta, però, che, come si anticipava all'inizio di questa *sintesi della tesi*, sulla base del credo religioso o delle proprie tradizioni culturali, due pazienti nella medesima condizione clinica possano essere considerati uno vivo e l'altro morto. A un tale rispetto dell'autonomia, come è stato sostenuto<sup>49</sup>, potrebbe certamente corrispondere un aumento nella fiducia nel sistema ed un conseguente incremento delle donazioni almeno a cuore non battente. Teoricamente questa via potrebbe funzionare, ma, ad oggi, Israele continua a non essere in grado di soddisfare nemmeno una minima parte delle richieste di organi provenienti dai suoi cittadini così che pur di fare tutto il possibile per preservare il maggior numero

---

<sup>47</sup> Mackler A.L., *art. cit.*

<sup>48</sup> Rappaport H. Z., Rappaport I., *art. cit.*

<sup>49</sup> Choong K.A., *art. cit.*

possibile di vite arriva ad incentivare i pazienti ad intraprendere viaggi all'estero (come ad esempio in Estonia, Bulgaria, Romania, Russia, Georgia e Turchia) per acquistare gli organi di cui hanno bisogno. A Gerusalemme, presso l'ospedale Hadassah, così come a Tel Aviv, presso il Rabin Medical Center, gli operatori sanitari spiegano ai futuri riceventi che seppur non potranno essere aiutati al di fuori delle frontiere nazionali, quando torneranno nessuno negherà loro le cure post trapianto di cui necessiteranno.<sup>50</sup> Il Sistema Sanitario Nazionale Israeliano assicura, quindi, a tutti i cittadini, quale che sia la provenienza dell'organo che è stato loro trapiantato e indipendentemente dal luogo dove è stato impiantato, ogni sorta di trattamento o di controllo clinico post operatorio, mentre le compagnie assicurative arrivano anche a rimborsare al paziente una cifra pari a quello che sarebbe stato il costo dell'operazione se fosse avvenuta all'interno dei confini dello Stato. Il Ministero della Difesa Israeliano, invece, si fa totalmente carico della spesa sanitaria per i veterani di guerra, anche quella di coloro che si recano all'estero per acquistare un organo da farsi trapiantare, dando così un riconoscimento semiufficiale a questi interventi eseguiti fuori dal Paese. In questo modo Israele, se da un lato, garantisce il totale rispetto dell'autonomia dei pazienti, dall'altro lato, a partire dalla seconda metà degli anni Novanta, è diventato "un vero e proprio crocevia di trapianti illeciti".<sup>51</sup> È così che coloro che hanno cospicue disponibilità finanziarie per intraprendere simili viaggi o coloro che sono stati congedati dalle forze militari possono ricevere un organo in tempi relativamente brevi, mentre gli altri israeliani rischiano, paradossalmente di perire nell'attesa che un palestinese, che accetta i criteri neurologici, muoia in un ospedale israeliano. Il principio di giustizia è perciò compromesso sotto molteplici punti di vista, vale a dire non solo nei confronti dei donatori/venditori, ma anche verso gli altri connazionali che non sono veterani, non hanno le possibilità economiche o non condividono moralmente questa scelta. Il non rispetto dei principi di giustizia e di non maleficenza, poi, come scrive Porciani<sup>52</sup>, è ancor più stupefacente se si considera che è attuato da parte di un paese che affonda

---

<sup>50</sup> Porciani F., *op. cit.*; Steiner P., *op. cit.*.

<sup>51</sup> Porciani F., *op. cit.*.

<sup>52</sup> Porciani F., *op. cit.*.

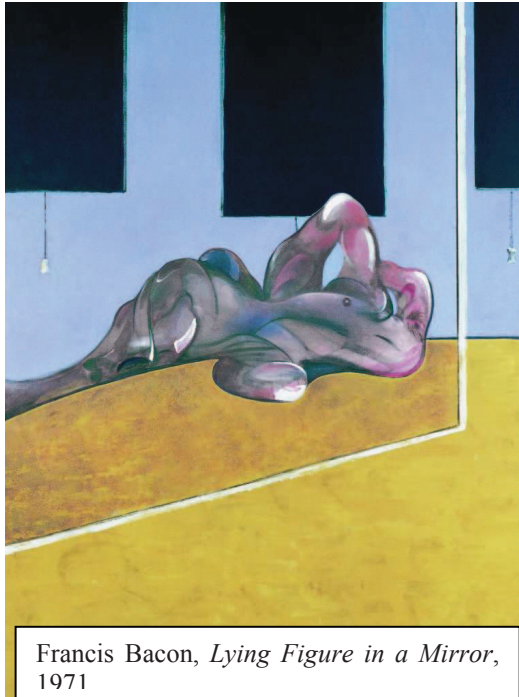
la sua ragion d'essere proprio nella memoria di una sofferenza insostenibile di uomini a danno di altri uomini.

## 2. *Il corpo*

All'interno del primo capitolo (cfr. cap. 2. *La morte*, ossia la *tesi* del nostro percorso dialettico) abbiamo avuto modo di vedere come l'uomo, consapevole del suo destino mortale, nel corso dei secoli, ha cercato di esorcizzarne la paura attraverso miti e leggende che gli hanno permesso di descriverla e di giustificarne la comparsa (*tesi della tesi*, cfr. cap. 2.1 "*L'essere-per-la-morte*"). Grazie alla clinica, invece, abbiamo imparato ad accertare scientificamente la perdita dell'originaria immortalità (*antitesi della tesi*, cfr. cap. 2.2 *La morte da un punto di vista clinico*). Infine, la *sintesi* del primo capitolo ci aveva portato ad interrogarci in merito all'eticità di poter scegliere, per motivi religiosi, se morire in accordo ai criteri cardiocircolatori o a quelli neurologici. Siamo giunti alla conclusione che riconoscere questa possibilità, da un lato, è certamente garante dell'autonomia del paziente, mentre, dall'altro lato, non garantisce il diritto di poter essere curati in egual modo e risulta quindi lesivo dei principi di giustizia e di non maleficenza.

Ammesso quanto visto sino ad ora, vale a dire appurata la *tesi* del nostro percorso dialettico, per poter proseguire e provare a rispondere al quesito edipico *chi sono io?* risulta ora necessario passare all'analisi dell'*antitesi*. Procederemo quindi con l'esaminare la *negazione* delle determinazioni astratte dell'intelletto (che sappiamo essere il fatto che la nostra unica certezza è un'"affermazione intellettuale" che mai nessuno di noi potrà sperimentare) ed il relativo passaggio ad un concetto *opposto*, il **corpo** ciò che innegabilmente resta dopo che la morte è stata accertata e che per questo possiamo considerare il momento negativo - razionale del nostro percorso. Questo secondo capitolo, l'*antitesi*, è a sua volta suddiviso in: *tesi*, ossia un'**analisi filosofica antropologica** dei concetti di **anima e corpo** (2.1 *L'uomo, il figlio del tempo*); *antitesi* all'interno della quale si prenderà in esame il **trapianto** d'organi e nello specifico quanto, secondo la **letteratura**, una simile esperienza sia capace di cambiare l'**immagine del corpo** di colui che ha ricevuto un organo (2.2 *Il corpo e il trapianto*) ed infine la *sintesi*, una **rilettura critica** finalizzata ad approfondire la **nuova identità** di colui che, dopo il trapianto di cuore, dubita di essere ancora il se stesso che era prima dell'operazione (2.3 *Il cuore, il trapianto ed il pensiero aristotelico*).

## 2.1 L'uomo, il figlio del tempo



Francis Bacon, *Lying Figure in a Mirror*, 1971

*Chi sono io?* Questa la domanda da cui siamo partiti e che abbiamo visti declinarsi in “*perché devo morire?*” (tesi cfr. cap. 1). Questo stesso quesito, però, definendo l'uomo in quanto tale, nasconde in sé un secondo interrogativo, ossia “*che cos'è il mio corpo?*” Quale la sua funzione? (*antitesi* del nostro percorso dialettico). Alcune opere pittoriche, ed in particolare quelle di Francis Bacon, hanno mostrato le immagini di figure deformi e contorte a dimostrazione del fatto che il corpo è ciò che rende visibile il tempo e la sua forza, è “carne macellata” in cui la vita è imprigionata. Questa interpretazione altro non è che una concezione avanzata del **dualismo anima e corpo**, la sintesi di un dibattito secolare e la **tesi dell'antitesi** del nostro percorso. La filosofia, infatti, fin dal suo esordio, si è interrogata in merito a questa questione tutt'oggi irrisolta. In questa sede non si ha la pretesa di sintetizzare tutte le ipotesi che sono state percorse, ma ha semplicemente lo scopo di ripercorrerne alcune. Il fine è quello di mettere in evidenza alcuni punti salienti e di analizzare le due *entità* ed il rapporto che intercorre tra di esse così da definire cosa dà vita al corpo e cosa resta dopo la dipartita dell'anima quando il cuore ha smesso di battere o tutte le funzioni dell'encefalo sono irreversibilmente cessate.

Nella concezione più antica l'**anima** (la *psychè* dei greci) era intesa come il respiro, il soffio vitale necessario ad infondere energia al corpo; dopo la morte, l'anima si trasferiva nell'Ade dove il corpo sopravviveva sì, ma solo come ombra inconsistente. Una celebre esemplificazione di questo modo di intendere il rapporto tra anima e corpo è quella di Ulisse che durante la sua discesa agli Inferi tenta di abbracciare l'anima della madre, ma le sue braccia tornano a chiudersi vuote sul suo petto. Il pensiero di Anassimene è anch'esso degno di nota, dal momento che, sulla scia di questa visione mitologica, egli affermava che l'aria era il principio originario

di tutte le cose (l'*arché*) e supportava questa sua tesi facendo riferimento all'importanza rivestita dall'aria, dal soffio vitale, per la vita degli esseri viventi. La filosofia antica-medioevale di ascendenza orfico - pitagorica riteneva anch'essa che il **corpo** fosse un'entità eterogenea e separata rispetto all'anima tanto è vero che Platone era convinto che il corpo non fosse altro che la tomba dell'anima. Aristotele, invece, come avremo modo di approfondire al termine di questo capitolo, credeva che l'anima ed il corpo fossero due elementi distinti (la forma e la materia) di un'unica sostanza. Questa subordinazione strutturale del corpo all'anima cesserà definitivamente solo con Cartesio che, per primo, dichiarò che entrambe erano sostanza (*res cogitans* e *res extensa*) e ciò che le differenziava era la loro natura<sup>53</sup>. Il dibattito è poi proseguito nel corso dei secoli, passando per Nietzsche che esaltò il corpo come principio di verità e da Husserl che affermò, invece, che il corpo è la sola cosa che ognuno di noi può governare direttamente. Degno di nota è anche il pensiero di Jacques Lacan, psicoanalista francese, secondo cui il soggetto torna ad essere "un'alterità duale", ma non più *composto* da anima e corpo, ma da uno *je* (il soggetto che *guarda* il mondo) e da un *moi* (il soggetto che *appare* nel mondo e che solo tra i sei e i diciotto mesi scorge una propria immagine totale simile a quella che gli altri vedono di lui, l'io ideale che gli permette di superare l'esperienza originaria del corpo-in-frammenti).<sup>54</sup>

Per meglio esaminare la questione è poi necessario un prestito linguistico dal tedesco che ci permette di chiarire meglio la differenza discussa da Lacan, poiché il corpo oltre ad essere *je* (io soggettivo, il corpo che sento) e *moi* (io oggettivo, il corpo che gli altri vedono)<sup>55</sup> può anche essere definito come ***leib*** (corpo concretamente vissuto) ed al contempo come ***korper*** (il corpo fisico oggettivato dalla scienza). Questa precisazione risulta di importanza fondamentale poiché ci permette

---

<sup>53</sup> Cartesio riteneva che la realtà fosse divisa in due zone distinte ed eterogenee: la sostanza pensante (*res cogitans*), intensa, consapevole e libera e la sostanza estesa (*res extensa*) spaziale, inconsapevole e meccanicamente determinata. La ghiandola pineale (l'odierna epifisi) era, secondo l'autore, l'unica parte del cervello che non essendo doppia poteva unificare le sensazioni degli organi di senso che, invece, sono tutti doppi (Cfr. Cartesio R., *Meditazioni metafisiche* in *Opere* (a cura di E. Garin), Laterza, Bari 1994).

<sup>54</sup> Lacan J., *Écrits*, *op. cit.*.

<sup>55</sup> Lacan J., *Écrits*, *op. cit.*.



di formulare meglio non solo la domanda edipica, ma anche le declinazioni che ne conseguono ed in particolare: *che cos'è il mio corpo? Cosa resta dopo la mia morte?* Oppure come potremmo riformularla alla luce di quanto sostenuto fino a questo momento *cosa resta del mio leib nel mio korper esanime?*

Per quel che concerne la natura del corpo interessante è certamente la teoria del diritto naturale secondo la quale il corpo è una nostra **proprietà** di cui ognuno può disporre come meglio crede. John Locke è uno dei maggiori esponenti di questa linea di pensiero e, infatti, ha sostenuto che il diritto di proprietà è una relazione del soggetto con il sé che deriva proprio dal pieno possesso del soggetto di se stesso e, solo in seconda battuta, delle cose del mondo. L'uomo, quindi, si conosce, originariamente, come proprietario e riconosce gli altri come suoi simili proprio in quanto proprietari: tutti sono uguali all'interno della comunità perché tutti sono egualmente proprietari come minimo del proprio corpo. Il corpo diviene la premessa necessaria grazie al quale è possibile trasformare col proprio lavoro le cose, sino a quel momento non possedute da alcuno, e diventarne così i legittimi proprietari.<sup>56</sup> Alla teoria del diritto naturale è poi seguita la teoria della costruzione sociale della proprietà che ha condotto a conclusioni non dissimile da quelle di Locke, partendo però da un presupposto differente, vale a dire che la proprietà è il risultato di un ampio arco di scelte sociali e, quindi, di un insieme di diritti. Tuttavia anche volendo sposare queste due teorie e pur ammettendo che il corpo può essere considerato la prima proprietà di ogni animale razionale, non è comunque ammissibile che ognuno di noi lo utilizzi come meglio crede poiché, per nessun motivo, l'uso del corpo può metterne in pericolo l'anima. Ogni individuo pur non essendo identico al suo corpo, è in una relazione speciale con esso<sup>57</sup> e l'essere (l'anima) di ognuno di noi emerge proprio nel suo avere (il corpo). Come ci insegna la filosofia antica-medioevale di ascendenza orfico - pitagorica, l'uomo è costituito dal suo corpo e non può esistere a prescindere da esso. Il corpo, quindi, può essere considerato la nostra prima proprietà

---

<sup>56</sup> Locke J., *Two Treatises of Government*, tr. it. di A. Gialluca, *Il Secondo trattato sul governo*, BUR, Bologna 2009.

<sup>57</sup> Glannon W., *Do the sick have a right to cadaveric organs?*, *Journal of Medical Ethics* 2003; 29 (3):153-156.

(essendo il solo veicolo che abbiamo per essere nel mondo<sup>58</sup> ed entrare in relazione con quelli che Fichte ha definito gli altri *non-io*, siano esse cose e persone), ma, in quanto proprietà, non è assimilabile ad una **cosa** al pari delle altre. Cosa differenzia il corpo di un essere vivente dagli altri *oggetti* che sono nel mondo?

Scrive Kant in *Fondazione della Metafisica dei Costumi*:

“Nel regno dei fini tutto ha un *prezzo* o una *dignità*. Ciò che ha un prezzo può essere sostituito con qualcos'altro come *equivalente*. Ciò che invece non ha prezzo, e dunque non ammette alcun equivalente, ha una *dignità*. Ciò che si riferisce alle generali inclinazioni e bisogni umani ha un *prezzo di mercato*; ciò che, anche senza presupporre un bisogno, è conforme ad un certo gusto, ossia ad una compiacenza per il puro gioco senza scopo delle forze del nostro animo, ha un *prezzo di affezione*; ma ciò che costituisce la condizione sotto la quale, soltanto, qualcosa può essere fine in se stesso, non ha semplicemente un valore relativo, ossia un prezzo, ma un valore intrinseco, ossia *dignità*”.<sup>59</sup>

Da questo passo si deduce quindi che *cosa* è ciò che ha un prezzo, mentre *persona* è colei che ha una capacità razionale ed un valore assoluto che si concretizza nella dignità, che, di fatto, è ciò che distingue gli esseri umani dalle cose. Infatti, se, come è stato sostenuto, la differenza si basasse solo sulla possibilità di essere venduto, il corpo potrebbe essere assimilabile ad una qualsiasi altra cosa dal momento che, materialmente, non esistono impedimenti capaci di ostacolarne la vendita. Tuttavia è altresì vero che esistono anche oggetti che non potranno mai essere venduti perché è materialmente impossibile acquistarli, come ad esempio i sentimenti, o perché vi sono leggi o norme che lo impediscono anche se, potenzialmente, potrebbero essere acquistati. In quale di queste due categorie rientra il corpo?

Interessante è poi la posizione di Levinet che, attraverso un sillogismo conosciuto come la “strategia kantiana”, colma la *manca*za di Kant che non ha

---

<sup>58</sup> Cfr. Heidegger M., *op. cit.*; Merleau-Ponty M., *Le visible e l'invisible*, édition Gallimard, Paris 1964, M. Carbone (a cura di), tr. it. di A. Bonomi, *Il visibile e l'invisibile*, Studi Bompiani, Milano 2007; Svenaeus F., *The body as gift, resource or commodity? Heidegger and the ethics of organ transplantation*, *Journal of Bioethical Inquiry* 2010; 7(2):163-172.

<sup>59</sup> Kant I., *Die Metaphysik der Sitten, Fondazione della metafisica dei costumi*, tr. it. di F. Gonnelli, Laterza, Bari 2010, pp. 103.

messo in relazione i due concetti di cosa e persona: 1) la persona (a causa della sua natura razionale e della sua autonomia) possiede una dignità che deve essere rispettata ed è in virtù di questa dignità non può essere né venduta né comprata; 2) il corpo costituisce la persona; 3) noi non possiamo più disporre del nostro corpo come di una cosa.<sup>60</sup>

Tuttavia è altresì vero che è proprio il carattere di *cosa* del corpo, seppur con tutte le criticità analizzate fin qui, a rendere possibile il concetto di **sacralità del corpo**. Ancora una volta tornano ad esserci d'aiuto i sillogismi, ed in particolare quello di Baud, secondo il quale “la persona è sacra; il corpo è la persona; quindi, il corpo è sacro”.<sup>61</sup> Qui ad essere fondamentale non è comprendere se la sacralità è introdotta nel corpo dal fatto che è il supporto materiale dell'astrazione giuridica *persona* o dalla sua qualificazione giuridica di cosa<sup>62</sup> poiché ad essere rilevante è la conclusione cui si giunge (la sacralità del corpo) che risulta essere determinante per riaffermare sia, da un punto di vista ontologico che giuridico, la **dignità** che si deve al corpo anche **dopo la morte**. Se la persona ha una dignità e se il corpo dà forma alla persona allora il corpo ha una sua dignità che deve quindi essere rispettata anche dopo che è scomparso il soffio vitale: rispettare la dignità della persona significa, quindi, rispettare sia il suo corpo che la sua anima. Per questo motivo, nel corso del prelievo degli organi *post mortem*, viene fatto tutto il possibile per fare in modo che sia conservata l'apparenza, rispettando così anche l'anima di quel corpo, ossia lo *je del moi*, il *leib* del *korper*. Nella *res cogitans* si conserva la memoria della *res extensa* così che tutelare il primo equivale a rispettare il secondo. Il corpo, infatti, mantiene in sé il ricordo dell'anima, e non già l'anima stessa, ed è per questo che, in sé, non può essere ontologicamente definito persona: al vivente ed al morto si deve, quindi, un rispetto diverso, ma è proprio questo rispetto a rendere possibile la procedura della donazione degli organi. Questa tesi è supportata anche da quanto

---

<sup>60</sup> Maillard Romagnoli N., *La vente des organes et la marchandisation de la personne humaine*, Rivista per le Medical Humanities 2013, 24:85-90.

<sup>61</sup> Steiner P., *op. cit.*, p. 281.

<sup>62</sup> Steiner P., *op. cit.*.

emerso nel corso dell'analisi dei codici di deontologia medica europei.<sup>63</sup> Francia<sup>64</sup> (art.2) e Lussemburgo<sup>65</sup> (art.3), infatti, specificano che il rispetto della vita, della persona e della sua dignità va esteso dopo la morte.

## 2.2 *Il corpo e il trapianto*

Quanto affermato fino a questo momento, all'interno della *tesi* della nostra *antitesi* (momento filosofico) risulta essere fondamentale poiché proprio nel concetto di corpo si radicano alcune delle problematiche eticamente più interessanti, connesse al trapianto di organi, che affronteremo in questa *antitesi dell'antitesi*. Il corpo (l'avere) è, come si è avuto modo di vedere, la rappresentazione dell'essere e, proprio per questo motivo, riveste un ruolo particolarmente rilevante per colui che ha ricevuto o riceverà presto un *nuovo* organo. Il trapianto, infatti, non solo compromette l'integrità corporea di entrambi i soggetti coinvolti nel processo, ma, in conseguenza di ciò, porta alla riscoperta del corpo che si abita. Ricevere un organo da un donatore cadavere o scegliere di diventare donatore vivente comporta accettare il fatto che il proprio *avere* cambierà inesorabilmente, cui seguirà anche una "manipolazione della vita ed un cambiamento dell'identità".<sup>66</sup> Esiste, infatti, una

---

<sup>63</sup> Borgo M., Picozzi M., *I codici deontologici europei e il trapianto di organi*, Rivista per le Medical Humanities 2014 Gennaio-Aprile; 27:107-114.

<sup>64</sup> DECRET n° 95-1000 DU 6 SEPTEMBRE 1995, PORTANT CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE, modifié par les décrets n°97-503 du 21/05/1997 et n°2003-881 du 15/09/2003. TITRE I: Devoirs généraux des médecins. Article 2:Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort.

<sup>65</sup> CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE, Arrêté ministériel du 7 juillet 2005 approuvant le code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège Médical. Chapitre III: Les devoirs généraux des médecins. Le respect de la vie. Article 3: Le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect de la dignité humaine, qui est en toute circonstance le devoir primordial du médecin, s'impose de même après la mort.

<sup>66</sup> Sanner M.A., *Living with a stranger's organ-views of the public and transplant recipients*, Annals of transplantation: quarterly of the Polish Transplantation Society 2005 Feb; 10(1):9-12.

mappa tridimensionale<sup>67</sup> che gli individui utilizzano per comprendere la struttura e le funzioni del loro corpo, sia in salute che in malattia. Questa mappa è a sua volta composta da tre mappe: una individuale (influenzata, tra le altre variabili, dall'età, dal genere, dallo stato psicologico, oltre che da elementi sociali e pubblici) in accordo con la quale il mondo anglosassone denomina il convivere con una condizione di malattia come *illness* (1), una culturale (idea di bellezza, orientamento sessuale, etc.) che ci porta a definire la malattia come *sickness* (percepito di una società di fronte alla malattia) (2) e, infine, una medica in accordo con la quale si può parlare di *disease* ossia il punto di vista del curante rispetto alla malattia (3).

Il corpo è *soggetto* all'esperienza del mondo e, di conseguenza, è *soggetto* alla salute e soprattutto alla malattia che porta alla "distruzione del mondo".<sup>68</sup> La malattia è, però, è proprio ciò che sollecita il **processo conoscitivo del corpo** e delle sue funzioni, rendendo visibili parti che ordinariamente sono interne ed invisibili (si pensi, ad esempio, alla macchina per la dialisi). Infatti, è proprio nel corso di una malattia che i pazienti riscoprono di avere un corpo che non sembra più coincidere con la loro persona e che li costringe a mettere in discussione il loro rapporto anima e corpo, vale a dire li porta a chiedersi a chi appartiene il corpo che si trova ora davanti ai loro occhi.<sup>69</sup> Così, seppur l'uomo non può, come si è visto, essere considerato una *cosa* poiché ha una dignità, il corpo del paziente, in questi momenti, rischia però di essere considerato dalla classe medica un oggetto di studio.<sup>70</sup> Così la sensazione del paziente che vede il suo corpo modificarsi a causa del progredire della malattia è aggravata dal fatto che medici ed infermieri "vanno dal paziente, parlano di lui, guarda qualcosa di lui, ma non parlano con lui".<sup>71</sup> Ciò detto, la più grande sfida che

---

<sup>67</sup> Helman C.G., *The body image in health and disease: exploring patients' maps of body and self*, Patient Education and Counseling 1995 Sep.; 26(1-3):169-175.

<sup>68</sup> Scarry E. *La sofferenza del corpo. La distruzione e la costruzione del mondo*, trad. it. di Giovanna Bettini, Il Mulino, Bologna 1990.

<sup>69</sup> Pestoni M., *Evado se m'invadi*, Rivista per le Medical Humanities 2008 Aprile-Giugno; 6:62-68.

<sup>70</sup> Zaina S., *Il dono in ospedale*, Rivista per le Medical Humanities 2008 Aprile-Giugno; 6:13-18.

<sup>71</sup> Pestoni M., *art. cit.*.

l'integrità corporea deve affrontare sembra però essere il trapianto di organi.<sup>72</sup> Nel corso delle valutazioni mediche e quindi nell'attesa di ricevere un *nuovo* organo, i pazienti vivono, infatti, una condizione di instabilità clinica ed emotiva ed è soprattutto in questo contesto che si manifesta la riscoperta del corpo sotto forma di insicurezza/inquietudine, preoccupazione a causa dell'aspetto fisico e di sentimenti negativi legati alle funzioni fisiche e sessuali.<sup>73</sup> A trapianto avvenuto, poi, l'unità del corpo continua ad essere compromessa a causa del fatto che una parte è stata rimpiazzata da qualcosa che funziona, ma non appartiene a quel paziente in cui ora si trova.<sup>74</sup>

In accordo con quanto teorizzato da Castelnuovo-Tedesco<sup>75</sup> il processo di integrazione dell'organo nel corpo prevede un primo momento in cui si percepisce il corpo come estraneo, a cui segue un'integrazione parziale, prima, ed una totale, poi. Tale processo di incorporazione, però, altro non è che una sintesi finalizzata alla ricostruzione dell'immagine mentale, ossia alla comprensione dei nuovi confini del corpo. Il trapianto, infatti, lungi dall'essere un semplice ricambio di una o più parti del corpo, comporta anche accettare che la rappresentazione psicologica di se stessi è cambiata<sup>76</sup>: il corpo, ora, deve essere agito e vissuto in un modo nuovo poiché un'entità estranea è entrata a far parte di esso.

---

<sup>72</sup> Cfr. ad esempio Shaw R., *Perceptions of the gift relationship in organ and tissue donation: Views of intensivists and donor and recipient coordinators*, *Social Science and Medicine* 2010 Feb; 70(4):609-615.

<sup>73</sup> Lagenbach M., Pietsch D., Köhle K., *Emotional stress and subjective body experience of heart transplantation candidates*, *Transplant Proceedings* 2006 Apr; 38(3):735-736.

<sup>74</sup> De Pasquale C., Pistorio M.L., Sorbello M., Parrinello L., Corona D., Gagliano M., Giuffrida G., Giaquinta A., Sinagra N., Zerbo D., Veroux P., Veroux M., *Body Image in Kidney Transplantation*, *Transplantation Proceedings*, 2010 May; 42(4):1123-1126.

<sup>75</sup> Castelnuovo-Tedesco P., *Organ Transplant, body image, psychosis*, *Psychoanalytic Quarterly* 1983; 42:349.

<sup>76</sup> De Pasquale C. et alii, *art. cit.*.

La letteratura<sup>77</sup> è ricca di studi che confermano che i pazienti trapiantati provano l'irreale sensazione di vivere, a causa di una malattia, in un corpo che non si sente come proprio, in un corpo non familiare, fragile ed irreale, che come si è visto, a volte arriva ad essere vissuto dal paziente stesso come un oggetto. Jean Luc **Nancy**, filosofo contemporaneo, esemplifica quello che lui ha definito l' "*incorporamento umano*" (*human embodiment*) in un breve saggio in cui narra della sua esperienza di ricevente e dove scrive esplicitamente "in me c'è un **intruso** [il nuovo cuore], ed io sono diventato straniero a me stesso".<sup>78</sup> L'autore stesso, cui è stato trapiantato più di dieci anni fa il cuore di una donna, definisce se stesso come un **mutante** che continua a vivere solo perché la tecnologia medica gli ha concesso una seconda opportunità. In accordo con la prospettiva fenomenologica del corpo, il filosofo descrive il suo corpo, nel corso della fase post trapianto, come suo e, allo stesso tempo, come altro da sé. L'organo malato diventa un "*it*", un qualcosa di alieno ed estraneo.<sup>79</sup>

"Io sono la malattia e la medicina, io sono la cellula cancerosa e l'organo trapiantato, io sono gli agenti immunodepressori e i loro palliativi, io sono i pezzi di filo di ferro che tengono insieme il mio sterno e io sono questo sito di iniezione cucito sotto la clavicola, così com'ero già queste viti nell'anca e questa placca nell'inguine. Divento come un androide della fantascienza o piuttosto come un morto-vivente, come ha detto un giorno il mio ultimo figlio. Noi, io e tutti i miei simili sempre più numerosi, siamo in effetti l'inizio di una mutazione: l'uomo comincia a superare infinitamente l'uomo (questo è ciò che ha sempre voluto dire 'la morte di dio', in tutti i suoi sensi possibili). Egli diviene ciò che è: il tecnico più terribile e inquietante, come Sofocle aveva previsto venticinque secoli fa, colui che snatura e rifà la natura, colui che ricrea la creazione, che la fa uscire dal niente e che, forse, la riconduce a niente. Colui che è capace dell'origine e della fine".<sup>80</sup>

Il sentimento di estraneità provato nei confronti del proprio corpo e sollecitato inizialmente dalla malattia stessa, secondo il filosofo, passa paradossalmente

---

<sup>77</sup> Kitzmüller G., Häggström T., Asplund K., *Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke*, *Medicine Health Care and Philosophy* 2013 Feb; 16(1):19-29; Pestoni M. *op. cit.*; Svenaeus F., *art. cit.*.

<sup>78</sup> Nancy J.L., *L'intruso*, Cronopio, Napoli 2000.

<sup>79</sup> Helman C.G., *art. cit.*.

<sup>80</sup> Nancy J.L., *op. cit.*, pp. 35-36; 42-44.

dall'identità rivendicata dal rigetto ed attutita dalla ciclosporina che abbassa le difese immunitarie e permette di sopportare l'estraneo, assicurando la vita.

Oggi il detto latino "mens sana in corpore sano" sembra non avere più senso poiché, come emerso da uno studio anglosassone, i pazienti stessi, vedono in questa massima un qualcosa che aumenta ulteriormente il loro disagio.<sup>81</sup> L'unico modo per superare lo sdoppiamento è un'altra volta ancora provare a superare la visione dualistica corpo-mente ed accettare la **nuova simmetria** del corpo.

Se l'immagine corporea è "il modo in cui una persona ha imparato a organizzare ed integrare le esperienze del proprio corpo"<sup>82</sup> allora è bene recuperare il concetto di "corpo vissuto" di Merleau Ponty.<sup>83</sup> Ora, infatti, diventa fondamentale riuscire a ripensare all'essere umano non già come mero oggetto né solo come coscienza, ma come unità di corpo e mente che agisce e sperimenta situazioni specifiche. Vivere in un mondo immerso di significati, in un mondo di persone, oggetti e paesaggi che è aperto all'uomo attraverso il suo corpo implica che *l'essere incorporato* acquista significato nel momento in cui c'è interazione con gli altri che familiarizzano con lui a partire dai primi anni della sua vita. Come *soggetti corporali*, la nostra esistenza ci è data dagli altri poiché sono gli altri che fanno sì che il mondo abbia senso per noi, proprio attraverso il nostro corpo da loro riconosciuto. Donare e ricevere, quindi, sono gesti propri dell'esistenza e della co-esistenza umana. Ognuno costruisce quindi l'immagine del proprio corpo attraverso tutti quegli scambi corporali che hanno luogo all'interno e all'esterno dei corpi specifici. È proprio questo il punto da cui partire per poter spiegare come noi siamo dati al mondo, a noi stessi e agli altri e mostrare come il sé si forma in relazione con gli altri, anche a livello corporale. Questa prospettiva, apre così le porte a ciò che non si conosce

---

<sup>81</sup> Helman C.G., *art. cit.*, p. 172.

<sup>82</sup> Fischer S., *Body imagine*, International Encyclopedia of the Social Sciences, Free Press Macmillan, New York 1966, pp. 113-116.

<sup>83</sup> Merleau-Ponty M., *op. cit.*.



poiché non possiamo sapere anticipatamente che esperienza del mondo avremo o come il nostro corpo, vissuto e trasformato, ci renderà parte del mondo.<sup>84</sup>

Il trapianto, infatti, come avremo modo di approfondire, impone di ripensare non solo al rapporto di sé con se stessi, ma anche a quello “tra il proprio corpo e quello dell’altro; tra il sistema immunitario e l’ambiente; tra gli uomini e le macchine: tra dare e ricevere; tra comprare e vendere; tra continenti, culture e comunità; e tra il ricco e il povero”<sup>85</sup> oltre che tra la vita e la morte.

Inoltre, prima di proseguire, è ora necessario introdurre una precisazione. Sebbene la *diagnosi di morte cerebrale* si verifica solo nel momento in cui è accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell’encefalo, si può comunque parlare di **morte di alcune parti del corpo** (come per esempio di un organo), premesso però che con ciò si intende una perdita che non comporta la morte dell’individuo nella sua interezza e che non è possibile leggere in questo senso la morte accertata secondo i criteri neurologici. La domanda, infatti, in questo caso non è se è morto il cervello, ma se una simile perdita porta alla morte dell’essere umano: il cervello è *morto*, mentre le singole parti dell’organismo sono mantenute in vita grazie al supporto della ventilazione meccanica e di altri mezzi ausiliari artificiali. La *morte cerebrale* equivale, quindi, alla morte del corpo intero, alla “morte dell’organismo come tutto e non di tutto l’organismo”<sup>86</sup> poiché la persona non è la somma dei suoi organi e non è nemmeno il suo cervello (o il suo cuore). I criteri neurologici, al pari di quelli cardiaci, consentono di stabilire i parametri che confermano la *fine* della persona e sebbene la *morte* del cervello non corrisponde alla morte del corpo (o come si diceva prima di tutto l’organismo) questa stessa morte coincide però con la morte della persona perché proprio quest’organo le consente di esprimersi e di relazionarsi. È, infatti, dimostrato che, da un lato, un organo malato non comporta necessariamente la malattia e l’imminente morte del soggetto dentro il

---

<sup>84</sup> Zeiler K., *Neither property right nor heroic gift, neither sacrifice nor aporia: the benefit of the theoretical lens of sharing in donation ethics*, *Medicine Health Care and Philosophy* 2014 May; 17(2):171-181.

<sup>85</sup> Kierans C., *art. cit.*.

<sup>86</sup> Barni M., *La questione della morte: dalla bioetica, alla medicina legale*, *Rivista italiana di medicina legale* 2011; 33(4/5):1273-1283, p.1274.

quale si trova (pensiamo ai pazienti che soffrono di patologie renali che, senza entrare nel merito delle questioni connesse alla qualità di vita, possono comunque curare la loro malattia con la dialisi ed alcune restrizioni alimentari). Dall'altro lato, poi, è indubbio che seppure un soggetto è morto a causa di una grave patologia i suoi organi, così come i suoi tessuti, possono comunque risultare sani ed essere quindi trapiantabili in altri pazienti. Infatti, oggi, è possibile prelevare il cuore di un soggetto morto e impiantarlo in uno vivo il cui cuore ha cessato di funzionare correttamente poiché se un soggetto è malato a ciò non consegue necessariamente che siano malati anche tutti i suoi organi; allo stesso modo un cuore, o in generale un organo sano, non prova che anche l'essere umano che lo contiene sia in buone condizioni di salute.<sup>87</sup>

### ***2.3 Il cuore, il trapianto ed il pensiero aristotelico***

L'esperienza di Nancy risulta essere particolarmente significativa se si considera che il cuore ha mantenuto nel tempo il suo **valore simbolico**. Riprendiamo il caso precedente e ipotizziamo, sempre estremizzando la situazione, che, tra i due soggetti che si trovavano all'interno della stessa camera e dello stesso reparto ospedaliero, sia stato espantato il cuore di colui che, in linea con il suo credo e la sua interpretazione di cosa siano per lui la vita e la morte, ha scelto di morire in accordo con i criteri neurologici. Supponiamo, poi, che questo cuore venga impiantato in una suora. La religiosa però, a seguito dei cambiamenti che essa stessa constata non solo all'interno del suo corpo, ma anche nel suo diverso modo di relazionarsi con gli altri, si convince che quel cuore non poteva certo appartenere ad un *buon* cristiano ed esprime quindi la volontà di essere espantata e di ricevere il cuore di qualcuno più *timorato di Dio*. Se mai si dovesse acconsentire ad una simile richiesta, la paziente, essendo il cuore un organo salva vita, andrebbe in urgenza nazionale ed il primo nuovo organo disponibile dovrebbe essere destinato a lei che però già ne ha ricevuto uno. Il rischio sarebbe quello di non riuscire a recuperare l'organo sano che batte nel petto della suora e di concedere a quella paziente una doppia possibilità mentre altri aspettano ancora in lista d'attesa. Inoltre, difficilmente i clinici potrebbero

---

<sup>87</sup> The President's Council on Bioethics, *art. cit.*, p. 85.

acconsentire alla richiesta della religiosa poiché è indubbio che il rischio di mortalità a cui sarebbe esposta la paziente sottoponendola ad un re-trapianto sarebbe troppo elevato per poter giustificare una seconda operazione a causa di motivazioni che nulla hanno a che vedere con la funzionalità effettiva del cuore.<sup>88</sup> Detto ciò permane comunque il fatto che non è semplice per un ricevente superare la visione dualistica corpo-mente (*tesi* della nostra *antitesi*, cfr. cap. 2.1) ed accettare la nuova simmetria del corpo (*antitesi* dell'*antitesi*, cfr. cap. 2.2) dal momento che soprattutto il cuore continua ad essere considerato non una semplice pompa, ma la sede dei sentimenti e delle emozioni (*sintesi* dell'*antitesi*).

Già gli uomini primitivi avevano compreso che a quest'organo era da attribuirsi una funzione vitale totale. In Spagna, infatti, è stata ritrovata una pittura rupestre in cui è rappresentato un mammut e un'immagine a forma di cuore nel punto preciso in cui effettivamente si poteva presumibilmente trovare l'organo all'interno del corpo dell'animale: se ne può quindi dedurre che i cacciatori sapevano di dover puntare in quel preciso punto per avere la meglio sull'animale. Con ogni probabilità è poi possibile presupporre che i primi uomini si erano anche resi conto che all'interno del loro corpo, così come in quello degli animali che cacciavano, vi era qualcosa che batteva seguendo un *ritmo* diverso a secondo del loro stato emotivo.

Allo stesso modo, in Egitto, all'interno delle piramidi, in prossimità dei sarcofagi dei faraoni, sono state rinvenute antiche pitture rappresentative l'antica pratica della psicostasia, la pesatura del cuore. Gli antichi egizi, infatti, erano convinti che il cuore fosse l'organo della vita, la sede del pensiero, dell'anima e della ragione e supportavano la loro idea affermando che tutto confluisce al cuore (dal sangue all'aria, dallo sperma al muco e dal cibo ai prodotti di scarto). Al cuore veniva già nel corso della vita dell'uomo attribuito un ruolo così rilevante che al momento della mummificazione, non era prelevato come avveniva, invece, per lo stomaco, i reni, il fegato ed i polmoni che erano estratti per essere conservati separatamente in canopi riposti sì nella tomba, ma all'esterno della bara. Durante le operazioni di imbalsamazione, invece, il cervello veniva rimosso dalle narici semplicemente per essere gettato via poiché era considerato totalmente ininfluenza.

---

<sup>88</sup> Schneiderman L.J., *Defining Medical Futility and Improving Medical Care*, "Bioethical Inquiry", 2011, vol. 8, p.123-131.

Gli egizi credevano, infatti, che, per poter vivere nell'Aldilà, era necessario fornire ai morti ciò che sarebbe potuto esser loro utile dopo la morte e quindi, oltre ad inserire una serie di oggetti nella bara, cercavano di preservare al meglio il corpo del defunto per consentire all'anima di continuare a viverci. Il cuore era il solo organo ad avere il privilegio di continuare a vivere col corpo e con l'anima del defunto anche dopo la morte, avendo un ruolo chiave anche nella vita ultraterrena. Come è noto il peso del cuore posto sulla bilancia di Osiride, era determinante per il destino del defunto: se il cuore era leggero come una piuma significava che in vita quell'uomo non aveva commesso colpe e poteva entrare a far parte del regno degli dei, in caso contrario il cuore, e quindi l'anima, del defunto veniva divorato da Ammut, il mostro dalla testa di coccodrillo e la criniera di leone.

Alcuni anni più tardi, grazie all'intuizione di Galeno (130-201 a. C.), cessa la credenza che vedeva nel cuore l'origine dei nervi anche se persiste l'idea che quello fosse l'organo più strettamente correlato all'anima. Nei secoli successivi le autorità mediche e religiose considerarono i lavori di Galeno ispirati direttamente da Dio e quindi infallibili, cosicché le sue idee restarono dominanti fino alla metà del XVII secolo. La conoscenza dell'anatomia e della fisiologia del cuore rimase vaga e la dissezione umana proibita in virtù dell'infallibilità attribuita alle dottrine classiche. Il cuore continuò per lungo tempo ad essere pensato come la sede di tutte le **emozioni**, forse a causa di quel movimento involontario che ogni uomo ha da sempre constatato in se stesso notando come la rabbia, il dolore e la gioia avevano ripercussioni immediate sul battito cardiaco. Durante il Rinascimento ripresero gli studi di anatomia dopo che per secoli si era condivisa la tesi che ciò che si osservava negli animali possa tranquillamente essere applicato anche agli uomini. Solo i medici rinascimentali tornarono a confrontarsi direttamente con i riscontri anatomici, ma, malgrado ciò, occorre attendere Vesalio (1514-1564) per vedere irrevocabilmente confutate le concezioni galeniche poiché è con lui che il cuore viene posto al centro del circolo vascolare ed è grazie a lui che si pongono le basi concettuali per molte delle future scoperte anatomiche. L'anatomista fu, infatti, il primo ad utilizzare unicamente cadaveri umani registrando il risultato di tali ricerche nella sua celebre opera *De humani corporis fabrica*.

Tuttavia, sebbene in definitiva la medicina del XIX e del XX secolo abbia dettagliatamente descritto la fisiologia dell'apparato cardiovascolare, ancora oggi, nella coscienza comune, il cuore continua a rivestire una funzione che va oltre quella di semplice pompa del sangue. Gli antichi pregiudizi sul ruolo del cervello e sul primato del cuore non sembrano ancora essere stati completamente superati se si tiene conto del fatto che comunemente si utilizzano espressioni come "essere senza cuore", "avere il cuore spezzato" o "avere un cuore di pietra", che ancora fanno riferimento al cuore come a quell'organo misterioso, luogo di sentimenti ed emozioni. Anche la Chiesa, in linea con quanto si credeva molti anni prima della nascita di Cristo, istituì il culto del cuore di Gesù cui i cristiani erano (e tutt'oggi sono) devoti tanto che se ne trovano molteplici rappresentazioni in chiese e istituti religiosi. La Torah ebraica, come la Bibbia, non contraddisse in alcun modo le dottrine ereditate dall'antichità che privilegiavano il ruolo del cuore a dispetto di qualsiasi altro organo così che il venerdì dopo il Corpus Domini è ancora celebrato come la festa del Sacro Cuore di Gesù, nonostante tutti siamo oggi consapevoli che il cuore altro non è che un muscolo che pompa semplicemente il sangue e che è il cervello il centro delle attività di pensiero e di azione dell'uomo.

In merito al valore simbolico del cuore degna di interesse è certamente il pensiero di **Aristotele**, filosofo greco convinto che lo scopo della filosofia fosse quello di conoscere in modo disinteressato il mondo nella sua totalità poiché tutte le realtà hanno pari dignità ontologica. Lo Stagirita si dedicò principalmente allo studio della filosofia prima, la metafisica, ossia alla scienza che studia l'essere e le sue molteplici manifestazioni, le categorie, che, da un punto di vista ontologico, equivalgono ai modi fondamentali in cui la realtà si presenta mentre, da un punto di vista logico, corrispondono ai grandi predicati primi entro cui si collocano tutti gli altri predicati possibili. Tra tutte le categorie la sostanza era considerata la più importante essendo ciò di cui si parla, presupposta da tutte le altre. Per sostanza Aristotele intendeva un ente individuale ed autonomo, il *tòde tì*, ossia il *questo qui*; dal momento che la domanda "che cos'è questo?" può essere formulata a proposito di qualsiasi cosa, qualsiasi cosa è una sostanza cui si possono riferire tutte le altre categorie. Ogni individuo concreto è quindi sostanza e, in quanto tale, è anche **sinolo** essendo frutto dell'unione tra **materia** (ciò di cui è fatta una cosa, il materiale

ricettivo che la compone) e **forma** (le qualità specifiche della cosa, la struttura che rende la cosa ciò che è). “Sostrato è ciò di cui sono predicate le altre cose, mentre esso stesso non è mai predicato di altro; [...] il primo sostrato suole essere identificato in primo luogo con la materia, in secondo luogo con la forma e in terzo luogo col composto di entrambe”.<sup>89</sup> La forma è l’elemento attivo del sinolo che struttura la materia, ma sia la forma che il sinolo sono entità sostanziali anche se l’una da un punto di vista speculativo, e l’altro da un punto di vista empirico. Nello specifico, in accordo con il pensiero aristotelico possiamo affermare che l’uomo è materia avendo un corpo, ma al contempo, è anche forma, essendo un animale razionale che ha un’essenza, l’anima, che lo rende ciò che è. Dal momento che non può esistere una sostanza che non sia sinolo, vale a dire unità indissolubile di forma e materia, non potrà mai esistere un uomo senza corpo e nemmeno un uomo senza anima. Aristotele scrisse, infatti: “il corpo non sarà l’anima perché il corpo non rientra negli attributi di un soggetto, ma è piuttosto sostrato e cioè materia. È dunque necessario che l’anima sia sostanza, in quanto forma del corpo naturale che ha la vita in potenza”.<sup>90</sup> L’anima è quindi necessariamente oggetto della filosofia essendo forma incorporata della materia, ossia essendo entelechia (compiuta realizzazione della potenza che coincide con la forma perfetta di ciò che diviene ) di un corpo di una determinata materia. Nel mondo sublunare, dove si trova anche la Terra, vi sono molteplici forme viventi, ma anche corpi che naturalmente non hanno la vita in potenza, come le pietre, e che, quindi, a differenza di ogni altro corpo organico sono destinate a non sviluppare mai la loro vitalità, a restare entità senza anima. Solo gli esseri viventi hanno un’anima<sup>91</sup> che, tuttavia, dipende inevitabilmente dal corpo e non potrà mai essere disgiunta dal corpo né vivere indipendentemente da esso. Ciononostante, la forma del corpo, pur essendo in qualche modo imprigionata in esso, come già credeva Platone, è anche ciò che porta alla realizzazione finale delle capacità proprie del corpo. L’anima è l’unica in grado di vivificare la carne dell’essere umano, è la forma del corpo che di per sé è pura materia che ha la vita

---

<sup>89</sup> Aristotele, *Metafisica*, Viano C.A. (a cura di), UTET, Torino 2005, Z, 3.

<sup>90</sup> Aristotele, *L’anima*, Bompiani, Milano 2001, B, 1.

<sup>91</sup> Per approfondire cfr. Quintin J., *Organ transplantation and meaning of life: the quest for self fulfilment*, *Medicine Health Care and Philosophy* 2013 Aug; 16(3):565-74.

solo in potenza. L'anima, come un pilota<sup>92</sup>, è il principio motore e produttivo del vivente, è la causa prima in virtù della quale noi viviamo, pensiamo e percepiamo e svolge, nel rapporto col corpo, un ruolo protagonista essendo oltre che forma anche sostanza.

È probabile che Aristotele, come in altre occasioni già aveva fatto la filosofia greca, abbia attinto dall'Egitto l'idea che il cuore, essendo l'organo mediano tra la parte superiore e quella inferiore del corpo, fosse la sede di tutte le funzioni dell'anima, ivi compresa quella intellettuale propria solo dell'uomo. Lo Stagirita distingueva, infatti, tre funzioni dell'anima: vegetativa (nutritiva e riproduttiva, propria di tutti gli esseri viventi, anche delle piante), sensitiva (che coordina le sensazioni e il movimento, e che è propria degli animali e dell'uomo) e intellettuale (la razionalità di cui solo l'uomo è dotato). Le funzioni più elevate possono agire al posto di quelle inferiori, ma non potrà mai accadere il contrario. Ogni corpo ha l'anima appropriata e così, nell'uomo, l'anima intellettuale svolge anche quelle funzioni che negli animali compie quella sensitiva e nelle piante quella vegetativa. Occorre specificare che a differenza dell'anima vegetativa che è comune a tutti gli esseri viventi o di quella intellettuale che caratterizza solo l'essere umano, l'anima sensitiva è sia dell'uomo che dell'animale proprio in virtù del fatto che, per Aristotele, il cuore e non il cervello è il centro delle funzioni percettive e fisiologiche. Il cuore è per lui, come lo era per gli antichi egizi, centro del sangue e dunque della vita, della nutrizione e dell'accrescimento (anima vegetativa), ma, al contempo, è, necessariamente, anche nucleo delle funzioni psico-fisiche (anima sensitiva), e in particolare delle percezioni che sono ciò che principalmente caratterizzano l'animale. Come si legge nel secondo libro del *De Anima*, per il filosofo di Stagira l'anima è in qualche modo *tutte le cose* poiché, nella forma, sapere (anima razionale) e sensazione (anima sensitiva) si identificano con i propri oggetti. Il filosofo, al pari dei suoi predecessori e di noi oggi, era incuriosito da quell'organo che l'uomo istintivamente non ha mai considerato come un mero strumento e percepiva anch'egli quel magico potere che da sempre era stato attribuito al cuore forse in virtù del movimento autonomo di cui è dotato o forse per quel suo coinvolgimento diretto nelle modifiche fisiologiche connesse al manifestarsi delle

---

<sup>92</sup> Aristotele, *L'anima*, Bompiani, Milano 2001, B, 1-2.

emozioni che già aveva suscitato la curiosità di quell'uomo primitivo che dopo aver rappresentato la sua preda si preoccupò di illustrarne anche il cuore.

Nonostante lo Stagirita scrisse che l'anima non risiede in alcuna parte del corpo, in quanto "l'anima è la forma del corpo", è pur vero che nel *De Anima* precisa anche che "l'anima non è il corpo, ma è qualcosa del corpo e per questo sta nel corpo e in un corpo di un certo tipo"<sup>93</sup> escludendo così qualsiasi riduzione dell'attività psichica a mera attività dell'organo ed asserendo quindi che, pur essendo forma del corpo, l'anima usa il corpo proprio poiché è localizzata nel cuore. Aristotele si mostra contrario al tentativo, anche del suo stesso maestro, di separare l'anima dal corpo, la forma dalla materia, in virtù dello stesso rapporto che li lega. "Di qui forse [...] i suoi sforzi di rendere immanente la facoltà psichica alla sua sede organica, nello stesso modo in cui l'anima-forma è nel corpo-materia senza essere parte o identificarsi con esso"<sup>94</sup> e di unificare tra loro le diverse funzioni e attività psicofisiche dell'anima riconducendole ad un unico referente, il cuore, al quale tutte le altre parti del corpo sono rivolte e in cui egli vede risiedere il centro dell'origine della vita.<sup>95</sup> Aristotele, mappando i luoghi dell'anima nel corpo vivente ed identificando nel cuore l'organo di senso unificato, gettò nuove solide fondamenta per il cardiocentrismo anche se, prima di lui, già alcuni avevano sostenuto che il centro della vita psichica si trova nel cervello (encefalocentrismo), come il medico di Crotona Alcmeone (VI secolo a. C.), Platone (428-347 a.C.) e Ippocrate (460-370 a.C.) che nel suo libro *Sulla malattia sacra* scrisse: "L'uomo deve sapere che null'altro che dal cervello, provengono gioie, piaceri risate e divertimenti e dolori tristezze, sconforto e lamenti. Soprattutto grazie ad esso pensiamo, ragioniamo, vediamo e udiamo. Giudichiamo sul brutto e sul bello, sul cattivo e sul buono, sul piacevole e sullo spiacevole".

Sulla scia del pensiero aristotelico e dell'indiscusso valore simbolico che il cuore mantiene tutt'oggi, potremmo ora chiederci: cosa accade a colui cui viene

---

<sup>93</sup> Aristotele, *L'anima*, Bompiani, Milano 2001, B, 414a.

<sup>94</sup> L. Repici, *Funzioni dell'anima e processi fisiologici nei Parva Naturalia* (<http://www.gral.unipi.it/uploads/materiali/relazioni/repici%20copia-1.pdf>)

<sup>95</sup> Aristotele, *De juventute et senectute* in *L'anima e il corpo. Parva Naturalia*, A. L. Carbone (a cura di), Bompiani, Milano 2002, 3, 469a-410.



trapiantato un cuore? Al trapianto di cuore corrisponde *un'anima nuova* come credeva la suora del caso sopra menzionato? Cosa pensare del cuore artificiale, una pompa meccanica frutto del meticoloso lavoro di alcuni uomini, costruito per sostituire il cuore biologico di altri uomini? Oggi, in letteratura<sup>96</sup>, si trovano studi dove, pur non venendo citato esplicitamente né Aristotele né altri suoi contemporanei o predecessori, compaiono domande simili a quelle poste pocanzi, come ad esempio: se si hanno giunture metalliche o arterie di plastica o si è sempre connessi ad una macchina per la dialisi o si ha il cuore di qualcun altro che batte all'interno del proprio petto si è ancora la stessa persona che si era prima? Il trapianto comporta spesso uno sdoppiamento dell'identità personale, ossia fa sì che il soggetto si senta diviso tra se-corpo e se-anima. Aristotele essendo certo che la forma (l'anima che ha sede nel cuore) era inseparabile dalla materia (il corpo umano), diversamente da quanto credeva Platone, era fermamente convinto che morto il corpo morisse al contempo anche l'anima giacché la forma è separabile dalla materia solo in senso logico, ma non in senso materiale. Forse, però, alla luce delle recenti scoperte mediche, Aristotele avrebbe acconsentito al trapianto di cuore poiché così facendo il ricevente avrebbe ottenuto dal donatore la sua anima e quindi tutte le funzioni in essa localizzate. Paradossalmente, seguendo il pensiero ipotetico di Aristotele, saremmo in qualche modo costretti ad acconsentire alla richiesta della suora che sente che il cuore che le è stato trapiantato non apparteneva ad un *buon* cristiano e che, quindi, ne chiede l'espianto. Lo Stagirita, infatti, sarebbe molto probabilmente giunto alla conclusione che **la forma del donatore**, grazie al trapianto, **rivive nella materia del ricevente**, mentre la forma del ricevente muore essendo privata di una materia, come muore la materia del donatore. Non potendo salvare la forma di colui che soffre di un'insufficienza cardiaca, non essendo quel dato danno cardiaco curabile con una terapia medica o chirurgica e non potendo salvare la materia di colui che è morto, il trapianto acconsente che si possa sottrarre alla morte la materia dell'uno e la forma dell'altro così che colui che dona il cuore può ora se non guadagnarsi l'immortalità tanto desiderata da ogni essere umano, almeno vivere più a lungo.

---

<sup>96</sup> Helman C.G., *art. cit.*; Sanner M.A., *Living with a stranger's organ... art. cit.*.

La letteratura scientifica<sup>97</sup> conferma il fatto che, in generale, il trapianto di organi comporta una connessione tra donatore e ricevente che è difficile superare. Il nostro corpo, infatti, non è né una macchina le cui parti possono essere cambiate al bisogno né un semplice insieme di organi che possono essere sostituiti come meglio si crede. Il trapianto è una pratica innovativa che consente ai pazienti di rinascere, ma nulla può nel *curare* la sensazione di essere al contempo **più persone in un solo corpo** e di star vivendo grazie alla morte di qualcun altro.<sup>98</sup>

Il cuore poi gode, tutt'oggi, di uno *status* particolare dal momento che continua ad essere considerato, soprattutto nella civiltà occidentale, il simbolo del sentimento, dell'affetto e della compassione per gli altri e ad essere profondamente connesso con l'emotività e l'identità dell'individuo. La presenza di un cuore altro dal proprio risulta quindi più difficile da accettare rispetto ad ogni altro organo. Inoltre, molti studi<sup>99</sup> documentano (come narra Nancy nel suo saggio e come riporta la suora del primo caso di questa *sintesi* dell'*antitesi*) che non è semplice il ritorno alla normalità pre-trapianto avendo la consapevolezza che, nel proprio petto, batte il cuore di un estraneo.

Dimostrazione di ciò la si trova anche nel fatto che, spesso, i riceventi si lasciano influenzare (consapevolmente o inconsapevolmente) dalle passioni e dagli interessi del donatore, sentendosi in qualche modo in dovere di continuare a farlo vivere per dimostrare a se stessi e agli altri il loro senso di gratitudine per quel gesto che gli ha consegnato una *nuova vita*. È infatti stato riferito da un medico specialista in trapianti

---

<sup>97</sup> Meilaender G., *art. cit.*; Sanner M.A., *Exchanging spare parts or becoming a new person? People's attitudes toward receiving and donating organs*, *Social Science and Medicine* 2001 May; 52(10):1491-1499; Sque M., Galasinski D., *"Keeping her whole": bereaved families' account of declining a request for organ donation*, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2013; 22(1): 55-63; Svenaeus F., *art. cit.*

<sup>98</sup> Quintin J., *art. cit.*

<sup>99</sup> Caplan A.L. *Equity in the selection of recipients for cardiac transplants*, *Circulation* 1987; 75:10-19; Svenaeus F., *art. cit.*; McCurry A., Thomas S.P., *Spouses' experiences in heart transplantation*, *Western Journal of Nursing Research*, 2002 Mar; 24(2):180-194; Sanner M.A., *Exchanging spare parts... art. cit.*; Thomasma D. C., *Tecnologia del trapianto: implicazioni etiche e religiose*, p.103-124, in *La questione dei trapianti tra etica, diritto, economia*, a cura di S. Fagioli, Giuffrè editore, Milano 1997.

che, a Varese, è accaduto che l'uomo sardo amante del mare, dopo essere stato trapiantato con il cuore di un montanaro poliziotto di Udine, ha iniziato a preferire le escursioni in alta quota alle gite in barca. Uno studio statunitense, invece, riporta l'esperienza di una donna che ha continuato ad avvertire la presenza del marito in colui che ne portava il cuore nel petto<sup>100</sup> (negli Stati Uniti, diversamente da quanto accade ordinariamente in Italia dove la donazione da cadavere è anonima, trascorsi sei mesi è possibile sapere il nome del o dei riceventi degli organi dei propri cari). Così, più di due millenni dopo la morte di Aristotele, pur essendo tutti consapevoli che il cuore di cui parliamo non è l'organo fisico che si trova nel corpo, oggi, i familiari incontrano ancora maggiori difficoltà ad acconsentire al prelievo del cuore di una persona amata, rispetto a quanto accade per gli altri organi. Allo stesso modo gli stessi riceventi di cuore confermano il fatto che ricevere un simile organo implica non solo il dover mettere in discussione il rapporto del proprio corpo con la propria anima (*tesi dell'antitesi*), ma impone anche di ripensare l'intera *nuova* simmetria del corpo (*antitesi dell'antitesi*) per poter accettare il fatto di essere vivi grazie alla morte di qualcun'altro e riscoprire così se stessi proprio grazie alla cura che ci si sente in dovere di dare a quello strano organo che, oltre alle sue funzioni, sembra aver mantenuto in sé anche il ricordo dei sentimenti e delle passioni provate dal donatore (*sintesi dell'antitesi*).

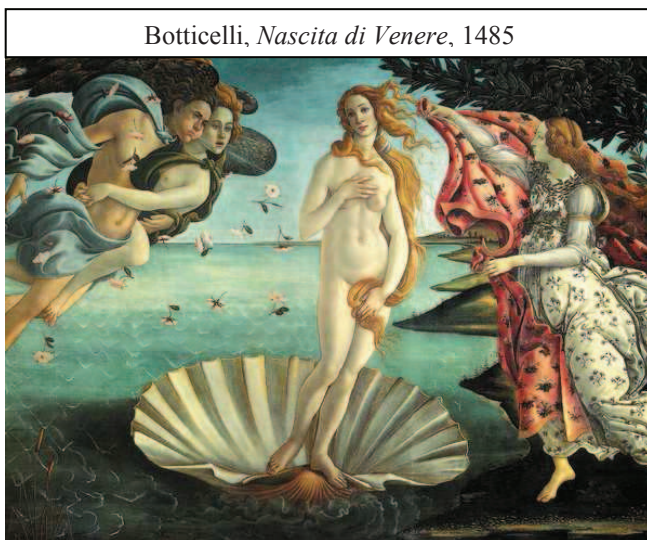
---

<sup>100</sup> Meilaender G., *art. cit.*.

### 3. *La rinascita: il dono*

Nei due capitoli precedenti abbiamo avuto modo di analizzare la *tesi* (la morte - cfr. cap. 2) e l'*antitesi* (il corpo – cfr. cap. 3) di questo nostro percorso dialettico. Quello che segue è certamente il capitolo più significativo poiché è in esso che andremo a ricercare le possibili *sintesi*, l'*aufhebung* frutto della ri-affermazione potenziata della *tesi* ottenuta grazie alla negazione dell'*antitesi*. Nel nostro caso, quindi, avremo qui una **ri-affermazione** della **morte**, e soprattutto della paura ad essa connessa, ottenuta grazie alla **negazione** del **corpo** inteso come *res extensa* che mantiene in sé solo il ricordo della *res cogitans*. Il soggetto, infatti, prima di morire può acconsentire che nel momento in cui non sarà più ontologicamente persona, i suoi organi siano espianati per essere donati a coloro che ne necessitano, nel pieno rispetto del corpo che resta. La *sintesi* che qui proponiamo è quella racchiusa nel concetto di  **dono**, in generale, e di dono di un organo, in particolare, e nella sensazione di rinascita che ad esso può seguire. Inoltre, occorre tener presente che, come indagheremo a breve (cfr. cap. 3.3), oggi come un tempo, per rispondere alla domanda edipica *chi sono io?* abbiamo ancora bisogno di intravedere uno spiraglio di vita eterna, abbiamo cioè bisogno di sapere di aver lasciato un *segno* negli altri che restano, nei figli e/o nella comunità intera.

Pensando all'arte, invece, se, nel corso del nostro percorso dialettico, abbiamo visto rappresentata la morte (*tesi*) nell'opera di Holbein il Giovane (*Ambasciatori*) ed il corpo (*l'antitesi*) in *Lying Figure in a Mirror* di Francis Bacon, troviamo ora



Botticelli, *Nascita di Venere*, 1485

l'*aufhebung* nella celebre opera di Botticelli *Nascita di Venere*.

Quest'ultimo capitolo, al pari dei due che lo hanno preceduto, è a sua volta dialetticamente composta da *tesi*, *antitesi* e *sintesi*. Procederemo quindi con l'analisi del concetto di dono da un **punto di vista filosofico**

riprendendo le celebri interpretazioni di **Mauss e di Derrida** (*tesi*) per passare poi ad esaminare la discussione etica che la **donazione** di organi ha suscitato nella **letteratura** scientifica (*antitesi*). La *sintesi* di questa *sintesi* sarà, infine, particolarmente articolata poiché è in essa che valuteremo le possibili **soluzioni alla carenza di organi** in generale ed il **mercato** e la **donazione samaritana** in particolare.

### ***3.1 Il dono nella filosofia***

Al pari di quanto emerge nella dialettica del riconoscimento hegeliana, la premessa imprescindibile di questa **tesi della sintesi** è il fatto che l'essere umano nascendo non ha altro fine proprio se non quello di essere riconosciuto ed accolto. La sua umana natura è, infatti, originariamente ed essenzialmente *affidata* agli altri che, dandogli un nome definiscono le sue relazioni passate, presenti e future. È nel cognome, che ognuno di noi ritrova la sua storia, le sue origini, il suo legame sociale; mentre nel nome risiede la singolarità, ciò che ci rende unici all'interno della comunità. Il **nome** è, infatti, il **primo dono** poiché è proprio grazie ad esso che il neonato può entrare a pieno titolo a fare parte della comunità.<sup>101</sup> La celebre frase di Aristotele "l'uomo è un animale sociale" esemplifica questo concetto giacché l'uomo, per sua natura, non può sussistere separato e tende ad aggregarsi con altri individui e a costituirsi in società. L'uomo che non è riconosciuto da altri uomini, che non è nominato né guardato da altri, come ci ricorda Hegel<sup>102</sup>, non esiste: abbiamo infatti visto che il padrone per esistere necessita del servo così come il servo del signore.

Il neo-nato, quindi, viene accolto dalla comunità e, grazie al nome/dono che lo identifica, diviene membro effettivo della comunità, la cui etimologia, *communitas* (com-munus), significa proprio donare insieme. Il *munus* però, come ricorda Roberto Esposito<sup>103</sup> può, come avremo modo di approfondire a breve, anche rimandare ad un

---

<sup>101</sup> Cfr Sini C., *Distanza un segno. Filosofia e semiotica*, CUEM, Milano 2006; Sini C., *Le arti dinamiche. Filosofia e pedagogia. Figure dell'enciclopedia filosofica. Libro sesto*, Jacka Book, Como 2004.

<sup>102</sup> Hegel F.G.W., *La fenomenologia dello Spirito*, op. cit..

<sup>103</sup> Esposito R., *Communitas. Origine e destino della comunità*, Einaudi, Torino 1998.

dovere, un **debito**. A ciò consegue che i soggetti della comunità sono uniti l'un l'altro da un vincolo che li rende non completamente padroni di se stessi. In altri termini possiamo affermare che ogni uomo, in quanto tale, è in debito nei confronti di coloro che gli hanno donato il nome e la vita poiché è proprio questo dono ad essere premessa dell'*humanitas* e, quindi, dei legami di benevolenza ed amicizia che sono alla base del vivere sociale. In alcun modo è possibile cancellare né questo primo dono né l'inevitabile indebitamento generalizzato e perpetuo che esso comporta. Il rapporto tra genitori/figli, infatti, pur essendo mutuo, resta pur sempre asimmetrico dal momento che, al pari di quanto accade tra Dei/mortali, una parte è ap-pagata nel dare, mentre l'altra lo è nel ricevere seppur è proprio della natura di colui che si riconosce figlio cercare sempre un modo per corrispondere a ciò che ha ricevuto con l'eccedenza di un contro-dono.<sup>104</sup> Diversamente da quanto potrebbe sembrare, è solo riconoscendoci debitori (e quindi dipendenti) nei confronti di altri (genitori, comunità, mondo) che possiamo rapportarci con essi e prendercene cura. Tutto questo è confermato anche dal pensiero di **Marion**<sup>105</sup> che sostiene che il donatario (il ricevente) non potrà mai divenire donatore poiché il dono in quanto tale sovrasta i termini in gioco e produce l'indebitamento. Poco importa che non sia possibile restituire quanto ricevuto poiché il soggetto può giungere a conoscenza di se stesso proprio nel momento in cui si scopre eterno debitore. Secondo Marion questo concetto è perfettamente esemplificato nella paternità, relazione all'interno della quale il donatario non potrà mai ricambiare quanto ha ricevuto: il figlio potrà diventare padre, ma non potrà mai restituire la vita a colui che lo ha generato, il suo debito non potrà mai essere colmato. Marion nega quindi la celebre circolarità maussiana del donare-ricevere-restituire. **Mauss**<sup>106</sup>, sociologo francese, all'inizio del Novecento, scoprì infatti che in alcune piccole società non industrializzate nelle isole dell'Oceano Pacifico e lungo la costa nord occidentale americana mancava l'idea di una vera e propria economia basata sul mercato e sullo scambio. Ciononostante il sociologo notò che in queste società esisteva il concetto di dono come di un qualcosa

---

<sup>104</sup> Sini, C. *Del viver bene. Filosofia ed economia*, CUEM, Milano 2005

<sup>105</sup> Marion J.L., *Dato che. Saggio per una fenomenologia della donazione*, Sei, Torino 2001.

<sup>106</sup> Mauss M., *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*, Einaudi, Torino 2002.

che era sì volontario, ma che implicava altresì l'obbligo di dover ricambiare a quanto ricevuto con un qualcosa che fosse almeno di pari valore. Lo scopo, in questo caso, era non solo quello di far circolare i beni in assenza di denaro, ma anche e soprattutto quello di stabilire e mantenere delle mutue relazioni. Il dono, per sua natura, manteneva, quindi, in questo contesto un valore significativo sia per chi lo faceva che per chi lo riceveva. Mauss era quindi convinto che non fosse in alcun modo possibile sfuggire al triplice obbligo poiché la logica del dono è qualcosa di circolare che dà vita a legami che vanno oltre le leggi del mercato, promuovendo l'identità sociale del soggetto e non il conseguimento di un suo vantaggio. Marion smentisce però questo pensiero sostenendo, invece, che è possibile negare questa circolarità come è dimostrato, non solo dall'esempio della paternità, ma anche da quello dall'eredità: il donatore, infatti, non potrà che essere esente da ogni forma di restituzione dal momento che senza defunto non si dà eredità ed è proprio la sua assenza a provocare il fallimento della reciprocità. Il ricevente dell'eredità, infatti, non potrà mai ricambiare concretamente il dono che ha ricevuto, ma potrà essere grato al donatore per ciò che gli ha donato. Forse allora l'eredità può essere considerato l'unico vero dono che è possibile ricevere in vita? Seguendo il pensiero di **Derrida** si potrebbe ipotizzare una risposta affermativa a questa domanda. Derrida, infatti, al pari di Marion, si distanzia dalla posizione di Mauss, affermando che si può parlare di dono solo se ciò che viene donato non richiede nulla in cambio, ma la conclusione di Derrida si differenzia pure da quella di Marion poiché, a suo parere, il dono è strutturalmente impossibile, o meglio impensabile, essendo una rottura dello scambio economico (azione umana per eccellenza ignota agli animali<sup>107</sup>) che per esistere necessita proprio della reciprocità, ritorno, scambio, contro-dono. Derrida ritiene infatti che “il dono come dono non dovrebbe apparire come dono: né al donatario né al donatore”<sup>108</sup> e che se colui che ha ricevuto il dono lo restituisce riattiva lo scambio e provoca la fine del dono. Così il semplice riconoscimento del dono lo annulla

---

<sup>107</sup> Cfr. la nozione di “*homo economicus*” (Obermann K., *Some politico-economic aspects of organ shortage in transplantation medicine*, *Social Science & Medicine*, 1998 Feb;46(3):299-311; Sini C., *Le arti dinamiche. Filosofia e pedagogia. Figure dell'enciclopedia filosofica. Libro sesto*, Jacka Book, Como 2004).

<sup>108</sup> Derrida J., *Donare il tempo. La moneta falsa*, Cortina, Milano 1996, p. 16.

giacché genera inevitabilmente una qualche forma di restituzione simbolica o di gratitudine.

Tuttavia a ciò si potrebbe ribattere che, come ricorda Marion, esiste comunque la possibilità di donare ad un soggetto sconosciuto da cui non è materialmente possibile aspettarsi qualcosa in cambio: le donazioni umanitarie, ad esempio, ne sono una dimostrazione dal momento che coloro che donano non conoscono chi beneficerà delle loro azioni, ma non per questo il loro gesto perde il significato che le caratterizza in quanto tali. In questo caso, infatti, nel momento in cui il donatore intraprende la sua azione è consapevole dell'impossibilità che l'eventuale ricevente ricambi il dono in un momento successivo, così la reciprocità è eliminata, ma il dono continua ad esistere dal momento che, secondo Marion, la restituzione può comunque avvenire anche in forma indiretta. Così il beneficiario, grato per quanto ha ricevuto, può ora prodigarsi per restituire qualcosa a qualcun'altro e migliorare così la condizione non del singolo, ma dell'umanità.<sup>109</sup> Per questo motivo, il dono, sempre secondo Marion, può avvenire se non si limita alla contingenza, ma riconosce l'appartenenza ad una dinamica più vasta. Colui che dona dimostra, quindi, con il suo gesto di volersi prendere cura non già di un singolo uomo, ma dell'intera comunità. Sebbene l'operato del donatore non conduca alla reciprocità, è indubbio che ha in sé le potenzialità per trasformarsi in un vantaggio delle condizioni di vita delle generazioni future. Proviamo ora a rileggere queste interpretazioni nell'ambito specifico dell'etica dei trapianti.

### **3.2 Donare un organo: come interpretare questo gesto?**

Il dibattito filosofico (*tesi della sintesi*) abbiamo visto essere stato principalmente dominato dal pensiero di Mauss, Marion e Derrida. La letteratura scientifica, e nello specifico la discussione etica in merito alla donazione di organi (*antitesi della sintesi*), invece, è stata per molto tempo dominata, come ricorda

---

<sup>109</sup> Colak M., Ersoy K., Haberal M., Gürdamar D., Gerçek O., *A household study to determine attitudes and beliefs related to organ transplantation and donation: a pilot study in Yapraticik Village, Ankara, Turkey*, *Transplant Proceedings* 2008 Jan-Feb; 40(1):29-33.



Donald Joralemon<sup>110</sup>, da due linee di pensiero, una che fa riferimento al **diritto di proprietà**, l'altra alla **logica del dono**. La prima posizione pone l'enfasi sul diritto dell'individuo che possedendo il proprio corpo può usarlo come meglio ritiene opportuno (cfr. cap. 2.1) e non esclude l'ipotesi che offrendo degli incentivi si potrebbe meglio soddisfare la domanda di organi da trapiantare. La seconda posizione, invece, pone l'accento sul gesto di generosità di colui che dona senza pretendere alcun tipo di ricompensa economica. La donazione di organi, infatti, oltre al sopracitato diritto di proprietà, è stata analizzata a partire soprattutto da altre tre prospettive: il gesto eroico, il sacrificio ed il dono.

La maggior parte delle campagne in favore della donazione, diversamente dalla prospettiva centrata sul diritto di proprietà e quindi sul singolo individuo, fanno leva sul dono di un organo come un dono di vita. Questo pensiero, al pari della celebre triade del dare - ricevere - ricambiare è stato spesso utilizzato in letteratura<sup>111</sup> per rileggere sia la donazione da cadavere sia quella da vivente. In particolare, il dono di un organo è stato spesso descritto come un **gesto eroico**, come l'azione di colui che sceglie di dare, e di salvare altre vite, senza pretendere nulla in cambio. Eloquenti sono la campagna tedesca per la donazione di organi del 2009 che ha visto rappresentato Superman che vola sopra la città di Berlino, in piena notte, e, sotto quest'immagine, la scritta: *Puoi farlo anche tu! Donare gli organi significa salvare vite umane*. Degna di nota è anche la campagna belga dove accanto all'immagine di una modella compariva la scritta *Becoming a donor is probably your only chance to get inside her*. Questa prospettiva del dono come gesto eroico, non prevedendo la restituzione, si differenzia quindi dalla logica circolare del dono maussiana. Tuttavia osservando specificamente la donazione da soggetto cadavere e quella da vivente è possibile scorgere le criticità proprie di questa visione. Il dono di un organo è più semplice da essere inteso come gesto eroico se viene riferito alla donazione *post mortem* dal momento che essa implica, per sua stessa definizione, un altruismo

---

<sup>110</sup> Joralemon D., *Organ wars: the battle for body parts*, Medical Anthropology Quarterly 1995; 9(3):334-356.

<sup>111</sup> Gill P., Lowes L., *Gift exchange and organ donation: donor and recipient experiences of live related kidney transplantation*, International Journal of Nursing Studies 2008 Nov; 45(11):1607-1617.

generalizzato<sup>112</sup>, diretto cioè a qualcuno che non si conosce e che quindi non può far parte del processo di mutuo riconoscimento tra donatore e ricevente.<sup>113</sup> Tuttavia occorre riconoscere che questo gesto ha luogo all'interno di una comunità di cui si è parte e che, quindi, rispetto allo stesso etimo di comunità prima sottolineato vi è comunque un legame. Inoltre, diversamente dall'eroe che ha dei superpoteri, colui che dona un organo, nella donazione da vivente, pone se stesso a rischio. Qui, infatti, l'enfasi è posta più sul valore della solidarietà umana, e sull'atto altruista e generoso che si compie per il bene degli altri, che sull'eventuale danno che il donatore vivente potrebbe subire.

La seconda prospettiva legata alla donazione di organi intesa come un dono di vita, vede in questo atto non già un gesto eroico, ma, al contrario, un **sacrificio**<sup>114</sup>: qui il donatore è infatti consapevole del fatto che la sua scelta è potenzialmente dolorosa e potrebbe comportare anche un'indebita condanna. Questa prospettiva ha certamente il vantaggio di permettere che le criticità insite nel dono come gesto eroico siano superate: in primo luogo infatti si riconosce che nella donazione da vivente i rischi per il donatore sono bassi, ma non nulli e che, quindi, non si può far altro che affermare che questa scelta è un "sacrificio umano".<sup>115</sup> Le statistiche sembrano in qualche modo confermare questa definizione poiché dimostrano che, in Italia<sup>116</sup> come nel resto del mondo<sup>117</sup>, sono per lo più le donne a donare un organo, e nello specifico un rene, al marito o ai figli. L'istinto materno si rinnova in questo

---

<sup>112</sup> Boas H., *Where do human organs come from? Trends of generalized and restricted altruism in organ donations*, *Social Science and Medicine* 2011 Nov; 73(9):1378-85.

<sup>113</sup> Zeiler K., *art. cit.*.

<sup>114</sup> Cfr. ad esempio Shaw R., *art. cit.*.

<sup>115</sup> Steinberg, D., *An "opting in" paradigm for kidney transplantation*, *American Journal of Bioethics* 2004; 4(4):4-14.

<sup>116</sup> L'esperienza che in questi tre anni ho fatto come uditrice delle sedute della Commissione di Parte Terza al Policlinico di Milano conferma il dato. ([cerco eventuali dati nitp](#))

<sup>117</sup> Karakayali F., Moray G., Colak T., Boyvat F., Haberal M., *Results of kidney transplantation between spouses: a single-center experience*, *Transplant Proceedings* 2007 May; 39(4):898-900; Shaw R., *art. cit.*; Van Buren M.C., Massey E.K., Maasdam L., Zuidema W.C., Hilhorst M.T., Ijzermans J.N., Weimar W., *For love or money? Attitudes toward financial incentives among actual living kidney donors*, *American Journal of Transplantation* 2010 Nov; 10(11):2488-2492.

gesto a cui è poi legata la speranza che, *sacrificando* una parte di sé, sia possibile ridonare la vita ad un proprio caro. In secondo luogo, poi, anche la donazione di organi da cadavere può essere riconosciuta come un sacrificio poiché, come sostiene Steiner<sup>118</sup>, in essa avviene quello che già abbiamo visto accadere in passato, ossia una rigenerazione della vita grazie alla morte. Il termine sacrificio, infatti, ben si confà a questo contesto poiché, anche in questo caso, si tratta di un dono indirizzato ad un'entità superiore che, diversamente da un tempo, prende ora forma nell'umanità, nell'insieme degli esseri umani di cui anche il donatore è stato parte. Ciononostante, in linea con il pensiero di Mauss, soprattutto se si tratta di donazione da vivente, è ipotizzabile che il gesto possa portare con sé non solo l'aspettativa di un contro dono, ma anche una vera e propria "tirannia" del dono dovuta a pressioni sociali e a dinamiche di potere.

Infine, riprendendo la definizione data da Zeiler<sup>119</sup>, vi è il  **dono come aporia** dove l'atto rischia di non poter essere definito dal momento che la prospettiva di una potenziale ricompensa potrebbe portare la sua dissoluzione. Derrida<sup>120</sup> abbiamo visto, infatti, che già aveva anticipato che il dono esiste solo se non vi è reciprocità, ossia solo se ciò che viene donato non richiede nulla in cambio e, per questo motivo, risulta essere strutturalmente impensabile. Secondo il filosofo, infatti, la pretesa, anche sottesa, di un contro dono riduce già il gesto altruistico ad uno scambio economico. Il dono come aporia, prevede quindi che, idealmente, il ricevente ed il donatore non siano consapevoli né di star donando né di star ricevendo.

### ***3.3 La donazione d'organi e la conquista dell'immortalità***

#### ***3.3.1 Possibili soluzioni alla carenza di organi***

La *tesi* di questo ultimo capitolo è stata dedicata agli aspetti filosofici, mentre all'interno dell'*antitesi* abbiamo preso in esame le principali prospettive indagate dalla letteratura scientifica in merito alla donazione di organi ed a come può essere

---

<sup>118</sup> Steiner P., *op. cit.*

<sup>119</sup> Zeiler K., *art. cit.*

<sup>120</sup> Derrida J., *op. cit.*

interpretata in riferimento sia al diritto di proprietà sia al gesto eroico, al sacrificio ed al dono. Ora, invece, nella *sintesi della sintesi* ci dedicheremo, inizialmente, all'analisi delle possibili soluzioni alla carenza di organi.

La pratica del trapianto di organi, in pochi anni, ha raggiunto molti dei risultati auspicati contribuendo a migliorare la qualità di vita di migliaia di pazienti. Inoltre degno di nota è anche il fatto che questa pratica non solo porta a ottimi risultati a lungo termine, ma è pure economicamente meno costosa di altre vie, quali ad esempio la dialisi.<sup>121</sup> Tuttavia, oggi, il numero delle richieste di organi da trapiantare è in aumento e le liste d'attesa continuano ad allungarsi: come incentivare le donazioni?

In primo luogo sono certamente da escludere tutti quei metodi che consentirebbero sì di ottenere un maggior numero di organi (come ad esempio, il prelievo sui condannati a morte, che abbiamo visto aver luogo in Cina), ma a discapito dell'intero edificio organizzativo.<sup>122</sup> Inoltre anche la strada che prevede l'impiego di cellule staminali, della bioingegneria e della medicina rigenerativa, al momento, non sembra essere una via percorribile poiché ancora non è in grado di creare un adeguato numero di organi capaci di soddisfare la domanda nella sua totalità.<sup>123</sup> Occorre poi tenere in considerazione anche il fatto che le persone non vogliono pensare alla loro morte, forse a causa dell'irrazionalità o dell'egoismo; gli

---

<sup>121</sup> Abouna G.M., *Organ shortage crisis: problems and possible solutions*, Transplant Proceedings 2008 Jan-Feb; 40(1):34-8; Obermann K., *Some politico-economic aspects of organ shortage in transplantation medicine*, Social Science & Medicine, 1998 Feb;46(3):299-311.; Patel S.R., Chandha P., Papalouis V., *Expanding the live kidney donor pool: ethical considerations regarding altruistic donors, paired and pooled programs*, Experimental and Clinical Transplantation 2011 Jun, 9(3):181-186.

<sup>122</sup> Steiner P., *op. cit.*

<sup>123</sup> Orlando G. Wood K.J., De Coppi P., Baptista P.M., Binder K.W., Bitar K.N., Breuer C., Burnett L., Christ G., Farney A., Figliuzzi M., Holmes J.H. 4th, Koch K., Macchiarini P., Mirmalek Sani S.H., Opara E., Remuzzi A., Rogers J., Saul J.M., Seliktar D., Shapira-Schweitzer K., Smith T., Solomon D., Van Dyke M., Yoo J.J., Zhang Y., Atala A., Stratta R.J., Soker S., *Regenerative medicine as applied to general surgery*, Annals of Surgery 2012; 255(5):867-880.

organi, però, sono una risorsa troppo preziosa per poter essere sprecati.<sup>124</sup> Quali le possibili soluzioni per far fronte a questa carenza?

Una prima possibilità prevede che lo Stato, a prescindere dalla volontà del paziente che è morto, imponga il **prelievo obbligatorio** di tutti quegli organi che si suppone possano essere *riutilizzati*, ossia trapiantati ad altri soggetti vivi. In virtù di una sorta di modello comunitario il diritto del malato (che vorrebbe avere un *diritto sul corpo dell'altro* per migliorare le sue condizioni di vita) dovrebbe prevalere sul diritto di chi è morto (che rivendica l'integrità del proprio corpo). Se medicalmente il prelievo senza consenso sarebbe auspicabile poiché porterebbe ad un aumento della disponibilità degli organi, ciò non sarebbe tuttavia moralmente giustificabile poiché una società che rispetta l'integrità e l'autonomia degli individui non può accettare che, dopo la morte, il corpo divenga proprietà dello Stato, senza il permesso del diretto interessato<sup>125</sup>. Se la libertà di scelta aumenta la fiducia nelle istituzioni pubbliche che permettono agli individui di prendere le loro decisioni (e non ai malati, allo Stato o ai medici) allora l'autonomia del soggetto e il rispetto dell'integrità del corpo anche dopo la morte dovrebbero prevalere sul *diritto sul corpo dell'altro*, dal momento che tale rispetto è parte integrante del rispetto che è dovuto ad ogni essere umano in quanto tale.

Una seconda opzione, derivata dalla prima, potrebbe essere quella di mettere in pratica la teoria del **silenzio assenso**, presupponendo che tutti coloro che non si sono espressi diversamente sono concordi con questa pratica ed è quindi possibile prelevare i loro organi senza indagare ulteriormente la *scelta* avvalendosi dei familiari, interpreti diretti delle volontà del soggetto. Tuttavia, sebbene informati, non è da escludere che alcuni soggetti non si sentano comunque in grado di prendere una decisione definitiva. Un ipotetico utilitarista accetterebbe ugualmente questa strategia poiché consentirebbe ad alcuni di beneficiare di qualcosa che è appartenuto a qualcuno che però, essendo ora morto, non ha più modo di utilizzare. Tuttavia costui si esporrebbe certamente alle critiche liberiste di coloro che, invece, reputano

---

<sup>124</sup> Simmerling M., Angelos P., Goldberg A., Frader J., *Do Gifts Create Moral Obligations for Recipients?* The American Journal of Bioethics 2004 Fall; 4(4):20-22; Svenaeus F., *art. cit.*.

<sup>125</sup> Glannon W., *art. cit.*.

sia di fondamentale importanza la tutela della libertà e dell'autonomia.<sup>126</sup> Quanto accade in Italia ne è la conferma. Qui, infatti, l'art 4 della legge n.91/99 (*Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*) introduce sì il principio del silenzio assenso, ma ad oggi mancano ancora i decreti attuativi e di fatto si continua ancora a tener conto di quanto riportato dai famigliari, portavoce delle volontà dei loro cari.<sup>127</sup>

Recentemente, e per la precisione il 13 settembre 2013, il Senato italiano ha poi approvato all'unanimità la legge 3291 *Norme per consentire il trapianto parziale di polmone, pancreas e intestino tra persone viventi* rendendo così possibile una nuova via finalizzata ad incrementare il numero di organi prelevati da **donatori viventi**. Gli organi che provengono da questo tipo di donazioni sono certamente una risorsa aggiuntiva e portano pure a risultati superiori, se comparati con quelli relativi alla donazione da cadavere: i tassi di trapianto sono migliori e le complicazioni immunologiche minori.<sup>128</sup> Ciononostante le criticità proprie di questo tipo di donazione direttiva sono molteplici ed a breve avremo modo di approfondirne alcune.

Una possibile alternativa sia al prelievo *post mortem* imposto dallo Stato sia alla donazione da vivente potrebbe essere quello di prendere in considerazione i programmi di scambio e nello specifico non già il trapianto incrociato o la donazione samaritana, ma la *nonsimultaneous extended altruistic donation*.<sup>129</sup> Questa altro non è che una catena di donazioni che prevede che soggetti non compatibili, invece di rinunciare a compiere il loro gesto, lo posticipino. Così, nel momento in cui colui che avrebbe ricevuto l'organo ne ottiene uno (proveniente anche da un donatore cadavere) il potenziale donatore si sottoporrà al prelievo dell'organo prestabilito che, invece di venire incorporato nel proprio caro, sarà trapiantato in un soggetto

---

<sup>126</sup> Svenaeus F., *art. cit.*, p. 165.

<sup>127</sup> Caplan A.L., *art. cit.*.

<sup>128</sup> Patel S. R., Chandha P., Papalois V., *art. cit.*.

<sup>129</sup> Rees M.A., Kopke J.E., Pelletier R.P., Segev D.L., Rutter M.E., Fabrega A.J., Rogers J., Pankewycz O.G., Hiller J., Roth A.E., Sandholm T., Ünver M.U., Montgomery R.A., *A nonsimultaneous, extended, altruistic-donor chain*. New England Journal of Medicine 2009; 360(11):1096-1101.

sconosciuto (iscritto anch'esso in lista d'attesa) ammesso però che il suo potenziale donatore, anch'egli incompatibile, offra il suo organo ad un altro paziente così da generare una catena infinita e da trasformare gli atti dei donatori viventi in "ponti" capaci di dar vita a nuove e continue donazioni. Questa via è certamente auspicabile, ma implica un percorso educativo, al pari del consenso presunto, che ancora è solo agli albori e, forse, per poter meglio funzionare, non dovrebbe escludere che un ricevente possa conoscere ed esprimere la sua gratitudine a colui il quale ha scelto di donargli un nuovo organo. Negli Stati Uniti, infatti, questa pratica è stata sperimentata ed i buoni risultati che ne sono conseguiti sembrano essere stati frutto anche del fatto che, trascorsi sei mesi, donatore e ricevente possono comunicare e, nel caso lo vogliano, possono anche incontrarsi.<sup>130</sup> Uno studio americano<sup>131</sup> ha infatti dimostrato che all'incontro con il donatore consegue una migliore compliance nelle cure: come ordinariamente accade nelle donazioni tra soggetti viventi tra cui esiste un forte legame già prima dell'operazione, l'impegno finalizzato a meglio tutelare il dono ricevuto aumenta se si conosce il volto di colui a cui apparteneva. Tuttavia, anche in questo caso specifico, così come accade ordinariamente in occasione della donazione tra soggetti viventi, non è da escludere il rischio che questa scelta possa innescare un pendio sdruciolevole<sup>132</sup> che potrebbe condurre alla compravendita delle parti del corpo. L'altruismo ristretto<sup>133</sup> proprio della donazione di organi tra soggetti viventi potrebbe, infatti, portare ad un individualismo totale, a doni direttivi ed alla compravendita degli organi. Questa è forse la problematica etica, connessa alla **donazione da vivente**, più evidente e maggiormente indagata, ma ne esistono anche altre che fin qui sono state solo in parte accennate. Si pensi, ad esempio, al fatto che non sempre l'organo viene spontaneamente offerto e può accadere che il soggetto stesso sia incentivato dai clinici a chiederlo esplicitamente ai suoi familiari: per il futuro ricevente, però, contrariamente a quanto potrebbe apparire osservando

---

<sup>130</sup> Freeman W.L., *A piece of my mind. The gift: Hy'shqe Siam*, JAMA 2011 Jan 12; 305(2):130-131.

<sup>131</sup> Freeman W.L., *art. cit.*.

<sup>132</sup> Boas H., *art. cit.*; Bruzzone P., *Financial incentives for organ donation: a slippery slope toward organ commercialism?*, Transplant Proceedings 2010 May; 42(4):1048-9; Patel S. R., Chandha P., Papalouis V., *art. cit.*; Steiner P., *op. cit.*.

<sup>133</sup> Boas H., *art. cit.*.

superficiale la situazione, la differenza tra chiedere ed accettare è netta. Infatti, se nessuno si offre spontaneamente di donare, chiedere a qualcuno di farlo è difficile ed anche il solo dubbio che il donatore possa agire in tal modo perché si sente in dovere di farlo contraddice il principio stesso della donazione da vivente, vale a dire la volontarietà. Inoltre, come nota Fox<sup>134</sup>, spesso, nel ricevente vi è la consapevolezza che non potrà mai restituire il dono di vita che ha ricevuto, così che donatore e ricevente rischiano di trovarsi indissolubilmente legati e mutualmente limitati come se il rapporto donatore/ricevente fosse pari a quello creditore/debitore. Accade così che alcuni pazienti preferiscano rifiutare l'offerta ricevuta dal proprio caro, per proteggere l'altro evitandogli un danno non necessario, per tutelare se stesso e per preservare l'autenticità della loro relazione, preferendo la neutralità dell'organo di un estraneo alla possibilità di sentirsi, in futuro, perennemente in debito nei confronti di colui dal quale ha ricevuto.<sup>135</sup>

Il debito che il ricevente/debitore contrae nei confronti del donatore vivente può, infatti, apparire enorme ed insanabile tanto che il donatore/creditore può permettersi di chiedere in cambio qualunque cosa voglia<sup>136</sup> (da una ricompensa monetaria ad un aiuto a vita nello svolgimento delle faccende domestiche o nella cura dei figli). Il ricevente si sentirà in dovere di accontentare il donatore per dimostrare la propria gratitudine per il gesto che egli ha compiuto per lui. Alcuni poi pretendono di essere ricompensati non già dal ricevente, ma dallo Stato, consapevoli che il loro dono è stato vantaggioso non solo per il bene del proprio caro, ma anche, e soprattutto, per l'intera comunità. Esempio è un caso avvenuto in Norvegia: una donna norvegese, di origine asiatica, scelse spontaneamente di donare alla sorella un rene, nonostante il dissenso della famiglia che premeva affinché tornasse nel paese di origine per acquistare uno. Entrambe le sorelle (la donatrice e la ricevente) però si

---

<sup>134</sup> Fox R. C. et alii, *Social and Ethical Problems in the Treatment of End-Stage Renal Disease Patients*, in *Controversies in Nephrology and Hypertension*, Narins R. G., Churchill Livingstone, New York, pp. 45-70.

<sup>135</sup> Gordon E.J., "They Don't Have to Suffer for Me": *Why Dialysis Patients Refuse Offers of Living Donor Kidneys*, *Medical Anthropology Quarterly*. New Series 2001; 15 (2):245-267, pp. 258.

<sup>136</sup> Fox R. C. et alii, *Social and Ethical Problems in the Treatment of End-Stage Renal Disease Patients*, in *Controversies in Nephrology and Hypertension*, Narins R. G., Churchill Livingstone, New York, pp. 56.



opposero, nutrendo scarsa fiducia nel sistema sanitario del loro paese. Il trapianto, come previsto, ebbe così luogo in Norvegia ed andò a buon fine: il rapporto tra le due sorelle non ne venne in alcun modo compromesso. La sorella donatrice, però, iniziò ben presto a *rivendicare* un intervento gratuito di chirurgia plastica per migliorare il suo aspetto che, a suo parere, era stato danneggiato proprio dall'intervento di nefrectomia appena subito. La donna credeva, infatti, di aver diritto ad una ricompensa, non già da parte della sorella, ma dello Stato e nello specifico dal sistema sanitario nazionale che, grazie a lei, aveva avuto la possibilità di preservare i fondi che avrebbe dovuto investire per la dialisi della sorella.<sup>137</sup> Questa tipologia di donazione può comunque essere definita volontaria? L'assenza di coercizione esplicita è, infatti, uno criterio fondamentale affinché si possa mettere in atto una donazione tra soggetti viventi, ma cosa pensare della pretesa di una ricompensa da parte di soggetti che non sono direttamente coinvolti nel processo, quali, ad esempio, non già il donatore stesso, ma altri membri della sua famiglia? Una simile pretesa compromette la gratuità del dono e con essa anche la volontarietà del gesto o dipende dalla sua natura? È indubbio che chi sceglie di donare ad un altro una parte di sé dovrebbe farlo a prescindere dai possibili guadagni materiali che potrebbe trarne anche se è ipotizzabile che questi potrebbero essere un valido incentivo per aumentare il numero delle donazioni e cercare di far fronte al problema della carenza di organi. Il rischio, come già nella donazione da vivente in quanto tale, non è forse quello di contribuire, così facendo, all'espansione, o alla nascita, del mercato degli organi? Avremo modo di approfondire a breve quest'argomento, ma è comunque interessante anticipare fin da ora che alcuni stati hanno già messo in atto alcune forme di restituzione (materiali e non) per i donatori o per le loro famiglie.

Un'ulteriore possibilità che la letteratura ha indagato al fine di aumentare il numero degli organi da trapiantare e superare le minacce insite nel dono direttivo è il **modello comunitario** secondo cui, come sostiene Glannon, si potrebbe supportare il trapianto degli organi in nome di quella condivisione di interessi, bisogni e valori che abbiamo visto essere propria di ogni comunità. Secondo questa prospettiva si può supporre che se

---

<sup>137</sup> Alnaes A.H., *Narratives: an essential tool for evaluating living kidney donations*, *Medicine Health Care and Philosophy* 2012; 15:185-186.

“un individuo ha avuto una vita lunga e sana è probabile che i suoi bisogni medici siano sempre stati soddisfatti e che i benefici che ha ricevuto abbiano generato in lui il desiderio di agire per fare in modo che i bisogni medici dell’altro possano anch’essi essere soddisfatti. Questo desiderio crea un obbligo di agire in questo modo purché non ne derivino rischi o costi per lui stesso”.<sup>138</sup>

Occorre però chiedersi: la restituzione può essere obbligatoria? Esiste davvero un dovere di gratitudine? Ross<sup>139</sup> è certo dell’esistenza di questo dovere e sostiene che sia un dovere *prima facie*, vale a dire uno tra quei cinque doveri<sup>140</sup> che istintivamente abbiamo e che, come gli altri quattro, è vincolante a parità di condizioni, ossia può essere superato solo da altri doveri di pari livello. Il dovere di gratitudine, secondo Ross, è da riferirsi al dovere di essere grati per i benefici arrecati a se stessi attraverso la beneficenza nei confronti degli altri, è dovere di rimborsare, ma anche dovere di restituire un favore o semplicemente di ringraziare gli altri per la loro gentilezza nei nostri confronti. Secondo Ross se qualcuno paga il matrimonio ad un altro costui è obbligato ad invitarlo e a spedirgli poi un biglietto di ringraziamento. Ma perché parlare di obbligo? Non sarebbe meglio parlare di norma sociale o, se vogliamo, anche di consuetudine comune per i membri di una determinata comunità? Non è forse vero che questi *doveri* sono validi qui e ora, all’interno del nostro contesto culturale, mentre altrove potrebbe anche non esserlo? Come si può essere obbligati a donare? La consapevolezza di aver ricevuto qualcosa, nel corso della propria vita, dalla propria comunità, può essere un incentivo a lasciare ad essa qualcosa, ma non dovrebbe essere un dovere dal momento che parlare di donazione ed al contempo di obbligo è un ossimoro, una contraddizione in termini. Il dono implica il piacere di fare qualcosa per qualcuno senza alcun vincolo; l’obbligo, invece, implica un dovere che se non rispettato è soggetto a sanzioni o punizioni.

---

<sup>138</sup> Glannon W., *art. cit.*

<sup>139</sup> Ross W.D., *The Right and the Good*, Clarendon Press, Oxford 1965, pp. 29-36.

<sup>140</sup> I cinque doveri morali (doveri *prima facie*) sono, secondo Ross, il principio di produrre quanto più bene possibile (1), il dovere di fedeltà (2), il dovere di gratitudine (3), il dovere di riparare al danno compiuto (4) e il dovere di non maleficenza (5).

Altri, invece, come Etzioni<sup>141</sup>, pur essendo certi che non esista dovere morale più grande che quello di evitare la morte o la sofferenza dell'altro soprattutto se ciò non comporta, per chi agisce, né costi né rischi, sostengono sia però necessario iniziare un **processo educativo** per indirizzarsi verso questa via. Infatti, i membri della società dovrebbero, come approverebbe certamente un sostenitore della teoria etica dell'utilitarismo, rendersi conto che donare gli organi a qualcun altro, una volta che si è morti e che quindi non se ne ha più bisogno, è la cosa giusta da fare per essere una "brava persona". Per raggiungere questo obiettivo sarà necessario far appello non solo ai potenziali donatori, ma anche ai loro amici, colleghi e familiari poiché è da qui, dall'influenza reciproca dei membri della comunità, che ha origine il vero cambiamento. Come dimostrano alcuni studi<sup>142</sup>, iniziare un processo educativo finalizzato alla sensibilizzazione verso il tema della donazione, comporterebbe che l'argomento venga discusso anche nelle aree rurali e, in generale, in quei luoghi dove ancora è considerato un tabù. È qui, infatti che permangono e si moltiplicano i pregiudizi legati al trapianto degli organi poiché sono spesso gli abitanti di queste aree a rifiutare l'idea che chiunque possa beneficiare degli organi donati ed è qui che ancora si crede che la religione lo impedisce o che per poter prelevare gli organi di qualcuno lo si possa *uccidere* quando ancora potrebbe essere salvato.<sup>143</sup> In conseguenza di queste valutazioni occorre quindi tenere in considerazione il fatto che una campagna educativo porterebbe anche portare ad un aumento del numero di rifiuti espliciti e consapevoli. Inoltre, a un simile dovere di esprimersi in merito alla donazione, ne conseguono ripercussioni non trascurabili soprattutto su coloro che

---

<sup>141</sup> Etzioni A., *Organ Donation: A Communitarian Approach*, Kennedy Institute of Ethics Journal 2003; 13(1):1-18; Volk M.L., Ubel P.A., *A gift of life: ethical and practical problems with conditional and directed donation*, Transplantation 2008 Jun 15; 85(11):1542-1544.

<sup>142</sup> Abouna G.M., *art. cit.*; Colak M., et alii, *art. cit.*; Shu J., Fok T., Mussen L., Mohamed M., Weernink C., Abbott C., Wall W., Luke P.P., *Impact of the Educational Resource One Life... Many Gifts on Attitudes of Secondary School Students Towards Organ and Tissue Donation and Transplantation*, Transplantation Proceedings 2011 Jun; 43(5):1418-1420; Milaniak I., Przybylowski P., Wierzbicki K., Sadowski J., *Organ transplant education: the way to form altruistic behaviors among secondary school students toward organ donation*, Transplant Proceedings 2010 Jan-Feb; 42(1):130-3.

<sup>143</sup> Volk M.L., Ubel P.A., *art. cit.*.

scelgono di non donare (se non vi fosse scelta non si parlerebbe di dovere morale, ma di dovere, regolato in quanto tale dalle leggi dello Stato). Costoro, proprio a causa del loro rifiuto alla donazione, potrebbero essere disprezzati, e in alcune culture anche disonorati, dalla comunità, dalle famiglie oltre che dai clinici che hanno avanzato la proposta<sup>144</sup>, a discapito quindi dell'autonomia dell'individuo e del suo *ben-essere nel mondo*. Il modello comunitario, ed il relativo dovere morale di restituire, quindi, non è esente da critiche, poiché anche in esso si riscontrano alcune criticità circa le modalità per incentivare la donazione ed aumentare il numero di organi disponibili.

Infine la letteratura ha valutato un'ulteriore ipotesi che si ritiene essere degna di interesse. In particolare alcuni, in questi ultimi anni, hanno iniziato a sostenere che l'unica soluzione per far fronte alla carenza degli organi consiste nel riesaminare criticamente i fattori che limitano concretamente le operazioni trapiantologiche e nell'ammettere in lista d'attesa per un trapianto da cadavere solo quei soggetti che si sono preventivamente registrati come potenziali donatori.<sup>145</sup> Jarvis, per esempio, sostiene che si dovrebbe rivalutare la questione spostando l'attenzione dal numero insufficiente di organi disponibili alla gran quantità di organi che, venendo sepolti coi corpi, sono distrutti senza essere trapiantati e, quindi, senza essere utilizzati né per migliorare la vita di alcuni né per salvare la vita di altri: chi è iscritto nelle liste d'attesa continua ad aspettare mentre qualcuno muore aspettando.<sup>146</sup> Qual è il modo migliore per gestire le liste d'attesa? Che criteri utilizzare? Il merito, l'utilità sociale, la classe d'appartenenza, l'origine etnica o il genere, come ogni altro criterio non medico, non possono essere presi in considerazione poiché sarebbero inevitabilmente discriminanti. Inoltre, anche la via del consenso presunto non sembra essere percorribile dato che, in essa, vi sarebbe una violazione delle libertà civili ed un profilo di coercizione che porterebbe a far prevalere il bene comune sull'interesse del

---

<sup>144</sup> Alnaes A.H., *Lost in Translation*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2012; 21(4): 505-516.

<sup>145</sup> Obermann K., *Some politico-economic aspects of organ shortage in transplantation medicine*, Social Science & Medicine, 1998 Feb;46(3):299-311.

<sup>146</sup> Jarvis R., *Join the Club: A Modest Proposal to Increase Availability of Donor Organs*, Journal of Medical Ethics 1995; 21(4):199-204.

singolo individuo espropriato della capacità decisionale, in disaccordo, quindi, con il principio stesso di comunità, ovvero decidere insieme. Spesso viene esclusa altresì la possibilità di chiedere il consenso ai familiari poiché si rischierebbe di far prevalere il desiderio di chi sopravvive su quello del donatore cadavere direttamente coinvolto<sup>147</sup>, così come in molti rifiutano in linea di principio ogni sorta di pagamento dei parenti prossimi del deceduto perché si intravede in esso il solito pendio sdruciolevole che potrebbe condurre al mercato degli organi. I sostenitori del **modello contrattualistico** tentano quindi una via meno esplorata e propongono di adattare la teoria del contratto sociale di Rousseau al mondo trapiantologico: in vista di una maggior sicurezza e del bene (o del benessere) comune ognuno rinuncia ad una parte delle proprie libertà. “Solo coloro che si sono identificati come potenziali donatori (magari con un tesserino simile a quello correntemente in uso o registrandosi su un registro on line) hanno diritto di ricevere degli organi da trapiantare”.<sup>148</sup> Una simile proposta, pur portando evidenti benefici per coloro che prendono parte a questa comunità dei trapianti, potrebbe però portare all’esclusione, e quindi alla morte, di coloro che invece hanno scelto di non registrarsi tempestivamente. Forse è vero che la maggior parte delle persone preferiscono il guadagno potenziale (la vita) alla potenziale perdita (il prelevamento post mortem), ma questo modello contrattualistico rischia di apparire più come un implicito ricatto che come una promozione dell’altruismo.

Una simile lista avrebbe certamente aspetti positivi quali il riconoscimento che la comunità manifesta nei confronti di coloro che hanno scelto di donare e il velocizzare l’espianto senza alcun ritardo o sforzo, da parte del personale medico, per ottenere il consenso. Inoltre anche i “free rider” (gli individui che traggono benefici dalla collaborazione degli altri membri pur non lasciandosi mai coinvolgere direttamente) sarebbero esclusi e la società eviterebbe la minaccia sociale che essi

---

<sup>147</sup> Sque M., Galasinski D., *art. cit.*. Nei casi in esso citati, per esempio, è evidente la forte dominazione della prospettiva personale del vivo che decide per chi è morto: i sentimenti di una madre che non sa come potrebbe vivere con il pensiero di aver acconsentito alla donazione dei suoi organi prevalgono su ciò che avrebbe voluto il figlio. R. Greinert, *Morte cerebrale e donazione degli organi. I dubbi e le indagini di una madre che ha donato gli organi del figlio*, Macro edizioni, Cesena (FC) 2009.

<sup>148</sup> Jarvis R., *art. cit.*. Cfr. anche Steinberg, D., *art. cit.*.

comportano, dal momento che non agiscono in alcun modo per promuovere il bene pubblico della comunità. Tuttavia gli aspetti negativi non mancano. Compito della comunità non dovrebbe forse essere quello di coinvolgere ed educare (etimologicamente parlando, vale a dire *e-duco*: condurre dentro<sup>149</sup>) questi soggetti? I sostenitori di questo modello affermano che la proposta non è più coercitiva di altre e l'esclusione eventuale di qualcuno sarebbe volontaria, ma perché non immaginare di tener conto di questa disponibilità a donare solo a parità di condizioni cliniche oggettive? Qualcuno potrebbe, infatti, morire senza essere trapiantato, mentre organi sani e a lui perfettamente compatibili potrebbero essere utilizzati per altri scopi, quali per esempio la ricerca scientifica. Considerando come criterio determinante la disponibilità a donare, la discriminazione sarebbe inevitabile: per poter funzionare, un simile programma dovrà essere flessibile, impedendo che qualcuno possa morire solo a causa della rigidità di una legge, ma come delimitare questa flessibilità? Non sarebbero forse necessari dei parametri oggettivi? Quali potrebbero essere questi parametri oggettivi se non quelli clinici? Non sembrano esserci vie d'uscita altrettanto plausibili di quelli che già oggi vengono abitualmente messe in atto.

Forse, non essendo ancora stato fatto tutto il possibile per incentivare il trapianto da cadavere e visti e considerati i rischi che si potrebbero correre incentivando ulteriormente il trapianto da vivente, si dovrebbe tornare a sperimentare e sperimentarsi nel trapianto da cadavere in accordo con quanto si legge nel Codice di Deontologia Medica italiano ossia che “il prelievo da vivente è aggiuntivo e non sostitutivo del prelievo da cadavere”<sup>150</sup> anche se permane il fatto che, nelle odierne società multiculturali, per alcuni soggetti, accettare organi provenienti da soggetti estranei può costringerli a rinnegare aspetti propri della loro cultura o della loro tradizione e, come abbiamo visto (cfr. cap. 1.3) acconsentire che l'integrità fisica del corpo sia compromessa potrebbe interferire con la liberazione spirituale o la

---

<sup>149</sup> Sini C. *La mente e il corpo. Filosofia e psicologia. Figure dell'enciclopedia filosofica. Libro secondo*, Jaca Book, Como 2004.

<sup>150</sup> FNMCeO, Codice di Deontologia Medica, 18 maggio 2014, art. 41.

reincarnazione dopo la morte, mettendo altresì in dubbio la credenza che il corpo come l'anima appartiene a Dio e non all'uomo.<sup>151</sup>

### ***3.3.2 Il mercato degli organi***

Una delle questioni etiche più interessanti in ambito trapianto logico, che ancora è stata accennata, ma non indagata, e che consegue necessariamente a quanto detto sino a questo momento, è la relazione che intercorre tra lo scambio economico e quanto avviene tra il donatore ed il ricevente di un organo. Da una prima osservazione potrebbe emergere che ciò che realmente differenzia lo **scambio** dal **dono**, e quindi il mercato dalla logica del dono, è la restituzione, presente nella prima, ma non nel secondo. È poi possibile notare che lo scambio economico non ha bisogno né di valori etici né di scopi finali condivisi, compratore e venditore sono estranei tra loro e tali rimarranno al termine della transazione. La logica del dono, invece, ed in particolare la donazione da cadavere, esiste ed è tale proprio grazie all'assenza di legami di sangue o affettivi poiché proprio quest'assenza rende autentico ed altruistico il dono, garantendo la libertà del donatore e del ricevente.<sup>152</sup>

Alcuni Stati, però, hanno valutato la possibilità di un **mercato** degli organi regolarizzato che avrebbe certamente il vantaggio di escludere ogni possibile pretesa di una ricompensa, riducendo quindi al minimo la dipendenza reciproca tra donatore e ricevente. Questa via potrebbe quindi apparire come il giusto compromesso tra la volontarietà condizionata del donatore vivente (il ricevente è spesso in intima relazione con il donatore) e la donazione incondizionata (da cadavere) a favore dei molti e, quindi, della comunità. Il nostro ipotetico sostenitore della teoria etica dell'utilitarismo oltre ad approvare il silenzio assenso, condividerebbe certamente questa idea. Il mercato degli organi, infatti, avrebbe il merito di riuscire a far fronte

---

<sup>151</sup> Abouna G.M., *art. cit.*; Ashkenazi T., Klein M., *Predicting Willingness to Donate Organs according to the Demographic Characteristics of the Deceased Family*, *Process in Transplantation* 2012 Sept; 22(3): 304-311; Besser A., Amir M., Barkan S., *art. cit.*; Mackler A.L., *art. cit.*; Patel S. R., Chandha P., Papalois V., *art. cit.*; Quintin J., *art. cit.*; Shaw R., *art. cit.*; Shu J. et alii, *art. cit.*.

<sup>152</sup> Cfr. Picozzi M., *Dono e libertà, op. cit.*.

alla carenza di organi da trapiantare<sup>153</sup> partendo da quel presupposto che la stessa logica del dono ci ha insegnato ad accettare, vale a dire che gli organi sono parti che, pur godendo di un *status* particolare, possono essere separate dal corpo per venire poi offerte agli altri.<sup>154</sup> Nessuno, o quasi, ha nulla da obiettare se, dopo la morte, nel rispetto della dignità del corpo che resta, qualcuno sceglie che i suoi organi siano prelevati per essere offerte ad altri membri della comunità, e lo stesso accade in occasione della donazione da vivente. Alcuni, però, si sono chiesti perché si dovrebbe acconsentire alla donazione di organi tra persone viventi in virtù di un legame affettivo (eccezion fatta per la donazione samaritana a cui ci dedicheremo tra breve), ma si dovrebbe vietare che la stessa pratica avvenga se le motivazioni che conducono a questa scelta sono di ordine economico.

Il problema, in parte, continua ad essere legato alla *gestione* pratica del reperimento e dell'allocazione degli organi da trapiantare ed al possibile pendio sdruciolevole in cui si potrebbe incorrere. Al momento l'**Iran**<sup>155</sup> è il solo paese al mondo dove esiste un mercato di organi regolato dallo stato. A partire dal 1988, lo stato iraniano ha affidato ai suoi funzionari il compito di *regolare* lo scambio degli organi da trapiantare tra vivi non vincolati da alcun tipo di legame affettivo, eccezion fatta per il legame con la propria comunità poiché questo è un programma è nazionale e solo gli iraniani possono comprare e vendere gli organi.

In letteratura è possibile trovare studi in cui sono espone le motivazioni che dovrebbero condurre ogni Stato ad accettare l'ipotesi di un mercato degli organi regolato. A seguito di un'attenta valutazione di quelle che sono le reali possibilità per minimizzare il numero di persone che ancora aspettano un organo o che ogni anno muoiono nell'attesa, quella del mercato degli organi potrebbe infatti apparire, ad oggi, la miglior soluzione possibile. Hippen<sup>156</sup>, ad esempio, titola il suo lavoro

---

<sup>153</sup> Van Buren M.C. et alii, *art. cit.*.

<sup>154</sup> Meilaender G., *art. cit.*.

<sup>155</sup> Cfr. ad esempio Abouna G.M., *art. cit.*; Mahdavi-Mazdeh M., *The Iranian model of living renal transplantation*, *Kidney International* 2012 Sep; 82(6):627-34; Porciani F., *op. cit.*; Steiner P., *op. cit.*.

<sup>156</sup> Hippen B., Friedman R.L., Sade R.M., *Saving Lives Is More Important Than Abstract Moral Concerns: Financial Incentives Should Be Used to Increase Organ Donation*, *Annals of Thoracic Surgery*, Oct 2009; 88(4):1053-1061.



proprio *Salvare vite è più importante che rispettare i propri principi morali: gli incentivi finanziari dovrebbero essere utilizzati per aumentare il numero di organi da donare*. L'autore, infatti, è certo che se tutti i pazienti morti a causa di gravi danni al tronco cerebrale diventassero donatori le liste d'attesa si esaurirebbero in breve tempo e, qualora la domanda dovesse continuare ad eccedere il numero di organi disponibili, sarebbe allora sufficiente offrire incentivi finanziari sia alle famiglie dei donatori cadaveri sia a tutti coloro che sceglieranno di essere donatori di organi mentre ancora sono in vita. È noto che, di norma, ogni società liberale non dovrebbe interferire con le decisioni che i suoi membri, adulti e capaci di intendere e di volere, prendono in merito alla loro vita e a cosa ritengono sia meglio per loro, ammesso però che così facendo non danneggino significativamente né se stessi né gli altri. In conseguenza di ciò, scrive Hippen<sup>157</sup>, se si vuole rispettare l'autonomia dei soggetti non si può far altro che acconsentire non solo un mercato regolato, ma anche l'uso di incentivi finanziari. Interessante è poi il fatto che l'autore sostiene che tale prospettiva, per poter funzionare praticamente, necessita che i più **poveri** siano **esclusi** e che, quindi, non sia concesso loro di vendere gli organi non perché incapaci di scelte autonome, ma perché lo scopo di un mercato degli organi è quello di aumentare il numero di organi disponibili e non già quello di accrescere la quantità di malati. Questo, paradossalmente, pare essere il miglior modo per tutelare l'altruismo autentico proprio della *donazione* degli organi poiché garantisce che si elimini ogni possibile pressione psicologica.<sup>158</sup> La miglior *sintesi* della *sintesi* tra la visione filosofica di dono (*tesi* della *sintesi*) e le diverse prospettive indagate dalla letteratura scientifica (*antitesi* della *sintesi*) parrebbe allora non risiedere nell'incentivo alla donazione da cadavere, come sopra avevamo ipotizzato, ma piuttosto nel mercato di organi che, in accordo con il pensiero di Hippen, condurrebbe ad un aumento certo del numero di organi ed ad una plausibile diminuzione significativa delle problematiche etiche fin qui analizzate.

Ciononostante questa prospettiva ha in sé una criticità che è difficile nascondere poiché, in accordo con essa, il corpo finirebbe con l'acquisire lo *status* di

---

<sup>157</sup> Hippen B., Friedman R.L., Sade R.M., *art. cit.*

<sup>158</sup> Hippen B., Friedman R.L., Sade R.M., *art. cit.*

oggetto (il cui prezzo ancora non è chiaro a quanto potrebbe ammontare<sup>159</sup>). Infatti, se da un lato, accettare il mercato di organi gestito dallo Stato consentirebbe di tutelare la volontà del donatore, dall'altro lato penalizzerebbe inevitabilmente i soggetti meno abbienti o comunque con scarsi livelli di alfabetizzazione che è ipotizzabile supporre saranno coloro che più facilmente si renderanno disponibili alla privazione di una parte di loro pur di ottenerne guadagni importanti in modo totalmente legale.<sup>160</sup> La dignità dei donatori sarebbe così compromessa al pari della giustizia sociale, anche se, come nota Steiner, la distanza sociale che caratterizza il mercato degli organi è inevitabile poiché è ciò che rendere accettabile questo commercio mercantile tra persone poste agli antipodi della società e che mai potrebbe accadere tra i membri della stessa comunità e/o dello stesso ceto.

Inoltre, il mercato degli organi è una pratica che, secondo Hippen, per funzionare necessita che i più poveri ne siano esclusi, ma la letteratura<sup>161</sup> dimostra che il rischio di un ritorno al colonialismo è una possibilità da non sottovalutare. Un tempo Asia e Africa venivano sfruttate a causa delle loro riserve di oro e petrolio e coloro che non possedevano nulla o quasi vendevano il loro lavoro a chi era più ricco; oggi, invece, è il mercato degli organi, qualora si dovesse attuare legalmente, condurrebbe comunque ad un nuovo sfruttamento attuato dai paesi più ricchi del mondo a danno di quelli più poveri. Inoltre, anche restringendo il mercato solo all'interno dei confini nazionali è difficile escludere che, probabilmente, saranno più propense a vendere le parti del loro corpo le persone provenienti da quei luoghi o comunque individui così poveri da poter pensare che questa sia l'unica possibilità che hanno per far fronte alla loro miseria.<sup>162</sup> Tutto questo è dimostrato dal fatto che,

---

<sup>159</sup> Aronsohn A., Thistlethwaite J.R. Jr, Segev D.L., Ross L.F., *How different conceptions of risk are used in the organ market debate*, American Journal of Transplantation 2010 Apr; 10(4):931-7; Koontz C.S., Cofer J.B., *What price should be paid for organs?*, Journal of Current Surgery 2004 Sep-Oct; 61(5):419-24.

<sup>160</sup> M. Mahdavi-Mazdeh, *The Iranian model of living renal transplantation* "Kidney International", 2012, vol. 82, n. 6, pp. 627-634.

<sup>161</sup> Hippen B., Friedman R.L., Sade R.M., *art. cit.*; Kierans C., *art. cit.*.

<sup>162</sup> Aronsohn A. et alii, *art. cit.*; Chkhotua A., *art. cit.*; Matas A.J., Adair A., Wigmore S.J., *Paid organ donation*, Annals of The Royal College of Surgeons of England 2011; 93:188-192; Youngner S. J., *Organ market*, JAMA 2005 Nov 9; 294(18): 2366.

oggi quando ancora il mercato è per lo più illegale e la compravendita avviene in modo clandestino, i più ricchi (uomini e donne nordamericani o abitanti dell'Europa occidentale) sono i soli a potersi permettere di acquistare un organo da venditori asiatici, o comunque orientali, che così facendo si illudono di migliorare la loro qualità di vita, mentre, in realtà, non faranno altro che aggravare la loro già precaria esistenza: le loro condizioni di salute peggioreranno e gran parte del guadagno ottenuto dalla vendita dell'organo finisce nelle mani delle strutture mediche in cui vengono curati e in quelle dei brokers che li hanno aiutati a trovare un acquirente.<sup>163</sup> Oltre a ciò, oggi, in riferimento di quanto sta accadendo, sarebbe più corretto parlare di "tratta dei trapianti" e non di mercato nero o di turismo dei trapianti poiché, come già ai tempi della tratta degli schiavi, a muoversi non sono solo individui isolati, ma gruppi di persone supportati dall'accordo, tacito od esplicito, degli Stati (Israele abbiamo visto esserne un esempio). L'organo trapiantato ha infatti il non trascurabile vantaggio di appartenere all'individuo che lo contiene, è una risorsa "incorporata" nel vero senso del termine e, per questo, *donatori e riceventi* possono attraversare le frontiere politiche senza alcuna difficoltà poiché nessuno vieterà mai ad un malato di viaggiare. Questo passaggio di frontiere politiche consente un nuovo tipo di commercio mercantile dell'uomo in cui la consegna e la ricezione avvengono "di persona" ed in cui la cosa venduta transita da un paese all'altro nel modo più naturale possibile, proprio all'interno del corpo delle persone. Le frontiere politiche, al pari delle normative nazionali ed internazionali, giocano quindi un ruolo ininfluenza poiché seppur è possibile controllare ciò che passa attraverso i confini, non vi è modo di verificare se ciò che i corpi *contenevano* al loro ingresso in un determinato Paese equivale a quel che *contengono* quando escono.<sup>164</sup>

Alcuni<sup>165</sup> sono certi che il solo motivo per evitare la tratta degli organi sia quello di acconsentire che siano le chiese locali a gestire il mercato così da fare in modo che con il denaro speso dai ricchi per acquistare l'organo anche i poveri

---

<sup>163</sup> Koontz C.S., Cofer J.B., *art. cit.*; Sehgal A.R., LeBeau S.O., Youngner S.J., *Dialysis patient attitudes toward financial incentives for kidney donation*, American Journal of Kidney Diseases 1997 Mar; 29(3):410-418; Svenaeus F., *art. cit.*

<sup>164</sup> Steiner P., *op. cit.*

<sup>165</sup> Youngner S. J., *art. cit.*

possano curarsi. Questa opzione ha però in sé delle evidenti criticità dovute al fatto che coloro che si ritroverebbero a gestire il mercato degli organi non avrebbero alcun tipo di competenza in materia medica in generale e trapiantologica nello specifico e si limiterebbero ad una ridistribuire sommaria delle ricchezze.

Infine è interessante notare che i quattro principi di Beauchamp e Childress<sup>166</sup> sono stati utilizzati sia per sostenere che per rifiutare questo tipo di mercato. Secondo alcuni autori<sup>167</sup> attuando questa teoria non solo si tutelerebbe l'autonomia dei pazienti e si terrebbe fede al concetto utilitaristico di giustizia, ma si rispetterebbe sia il principio di beneficenza (se non si percorresse questa via migliaia di persone continuerebbero ogni anno a morire in lista d'attesa) sia quello di non maleficenza (i rischi per i donatori sono minimi). Ciononostante questi stessi principi hanno portato, secondo altri autori<sup>168</sup>, ad una lettura diametralmente opposta della questione. Rispettare l'autonomia, infatti, significa anche fare in modo che gli individui agiscano nel loro miglior interesse e nel rispetto della loro dignità morale ed è fondamentale differenziare il fatto che una persona possa nuocere a se stessa o incoraggiarla ad autoinfliggersi una sofferenza: il mercato degli organi quindi è da rifiutarsi per le stesse ragioni che hanno condotto a condannare la schiavitù. Il principio di beneficenza (e di conseguenza quello di non maleficenza), poi, non forniscono alcun tipo di supporto alla teoria del mercato degli organi poiché il venditore da sano si trasformerebbe in malato contro quello che è il suo miglior interesse. Il venditore, infatti, diversamente dal donatore vivente, non potrebbe nemmeno godere del beneficio psicologico di aver aiutato un membro della propria famiglia, un amico o comunque una persona cui è emotivamente legato. Infine è bene ricordare che molte teorie della giustizia<sup>169</sup> rigettano l'idea utilitaristica sopra illustrata poiché questa è finalizzata a massimizzare le conseguenze positive a prescindere dai danni significativi inflitti ad una parte della popolazione.

Questo genere di mercato ha, quindi, il forte limite di non riconoscere né la positività insita nel gesto della donazione di organi né il complesso relazionale che si

---

<sup>166</sup> Beauchamp T.L., Childress J.F., *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999.

<sup>167</sup> Hippen B., Friedman R.L., Sade R.M., *art. cit.*.

<sup>168</sup> Aronsohn A. et alii, *art. cit.*; Hippen B., Friedman R.L., Sade R.M., *art. cit.*.

<sup>169</sup> Cfr. ad esempio Rawls J. *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 2008.

cela dietro la donazione e per questo non possiamo accettarla come *sintesi* della *sintesi* del nostro percorso dialettico. In accordo con il pensiero di Meilaender<sup>170</sup>, forse, è giunto il momento di iniziare ad ipotizzare che anche in ambito trapiantologico, se realmente si vuole far fronte alla carenza di organi, occorre cambiare il punto di osservazione allo stesso modo di quanto si è fatto quando ci si è resi conto dell'effettiva scarsità di petrolio. In quell'occasione, infatti, si sono prese in considerazione due possibilità, che, ad oggi, continuano ad essere attuate parallelamente, vale a dire la ricerca di fonti di energia alternativa e la ricerca finalizzata a moderarne la domanda. Perché non provare a percorrere entrambe queste strade anche nel mondo dei trapianti di organi? Perché non recuperare il concetto di *tolerable death*<sup>171</sup> e di armonia della morte<sup>172</sup>? E soprattutto, perché non puntare più sulla prevenzione delle malattie, invece che concentrarsi più sulla ricerca di modi alternativi per far fronte alla carenza di organi<sup>173</sup>?

### 3.3.3 *Il contro-dono*

Sulla base delle possibili *sintesi* analizzate fino a questo momento, le uniche plausibili parrebbero essere un ulteriore incentivo alla donazione da cadavere (cfr. cap. 3.3.1) o un incremento della prevenzione delle malattie che è presumibile supporte condurranno ad un trapianto di organi (cfr. cap. 3.3.2). Ciononostante queste due soluzioni rischiano di essere eccessivamente astratte e teoriche e, con ogni probabilità, necessitano ancora di molto tempo per essere sviluppate e portate al loro ipotetico compimento. Esiste però un'eventualità che al momento abbiamo solo accennato, ma che potrebbe racchiudere in sé la **vera sintesi** non solo di questo terzo capitolo, ma dell'intero nostro percorso dialettico.

---

<sup>170</sup> Meilaender G., *art. cit.*.

<sup>171</sup> Singer P., *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, by Daniel Callahan, *Bioethics* 1988 Apr; 2(2):151-169.

<sup>172</sup> Evans R.W., *How Dangerous are Financial Incentives to Obtain Organ?*, *Transplant Proceedings* 1999 Feb-Mar; 31(1-2):1337-41.

<sup>173</sup> Cfr. Hippen B., Friedman R.L., Sade R.M., *art. cit.*; Meilaender G., *art. cit.*; Patel S. R., Chandha P., Papalois V., *art. cit.*.

Come scrive Steiner<sup>174</sup>, “per una famiglia il sacrificio non può che essere ricompensato da un dono astratto, per l’altro [il ricevente] il dono concreto non rinvia che a un sacrificio astratto”. Ciononostante, in alcuni stati, come ad esempio in Italia, alle famiglie dei donatori viene inviata una lettera di ringraziamento per il gesto compiuto dal loro caro; mentre altrove, come in Francia<sup>175</sup> si gode di una diminuzione dell’imposta fiscale di una cifra pari a quindici euro se si sceglie di spuntare la casella “io accetto che i miei organi siano prelevati dopo la mia morte” sulla dichiarazione di imposta ed alcuni stati contribuiscono anche al pagamento di una parte delle spese per il funerale.<sup>176</sup> Simili gesti contribuiscono effettivamente ad aumentare il numero delle donazioni? Gli incentivi siano essi materiali o non portano forse a supportare la idee maussiane o le smentiscono? È stato dimostrato che ogni sorta di incentivo potrebbe funzionare e a ciò potrebbe conseguire un aumento del numero di organi disponibili solo se le motivazioni che portano i soggetti a non prendere in considerazione la possibilità di donare un organo (da cadavere o da vivente) siano dovute a una conoscenza superficiale del problema o a sentimenti quali l’egoismo, la paura o un altruismo limitato. Qualora le ragioni che portano al diniego siano, invece, più profonde ed abbiano a che fare con il significato che ognuno di noi attribuisce alla vita, terrena ed ultraterrena, ed al significato del corpo, anche rendendosi disponibili a pagare ingenti somme a coloro che scelgono di diventare donatore è plausibile ipotizzare che non molti si lascerebbero convincere.<sup>177</sup> Questa è quindi una conferma ulteriore del fatto che il mercato di organi non può essere considerata la *sintesi* né della *sintesi* né di questo percorso dialettico.

Inoltre, anche la possibilità di incentivare la donazione da cadavere non pare essere convincente non solo a causa delle tempistiche e della ridotta praticità insita in questa soluzione, ma anche a causa dello scetticismo da essa suscitato. La

---

<sup>174</sup> Steiner P., *op. cit.*.

<sup>175</sup> Steiner P., *op. cit.*.

<sup>176</sup> Byrne M.M., Thompson P., *A positive analysis of financial incentives for cadaveric organ donation*, Journal of Health Economics 2001 Jan; 20(1):69-83; Nickerson; Porciani F., *op. cit.*.

<sup>177</sup> Bondolfi A., *art. cit.*; Meilaender G., *art. cit.*.

letteratura<sup>178</sup> riporta, infatti che alcuni autori faticano a considerare il trapianto di organi da cadavere una forma di donazione proprio poiché, anche volendo, il ricevente non potrà mai esprimere la propria gratitudine né al donatore (che è deceduto) né ai suoi famigliari (essendo la donazione anonima nella maggior parte del mondo), in secondo luogo, diversamente da quanto accade ordinariamente quando si regala qualcosa a qualcuno, in questo caso, non è possibile scegliere chi beneficerà dei nostri doni. Così, quelle stesse motivazioni che hanno condotto alcuni a supportare questo tipo di donazione a discapito di quella da vivente, hanno portato altri a rifiutarla proprio perché, in accordo con il pensiero di Mauss, non essendo direttiva preclude ogni forma di relazione interpersonale e, di conseguenza, impedisce ogni qual si voglia forma di restituzione e risulta anche difficile considerarla una forma di dono. Secondo questa prospettiva, solo il trapianto di organi tra viventi può essere considerata una forma di donazione a pieno titolo dal momento che, tra i due soggetti coinvolti, esiste una relazione già prima del trapianto e l'organo appartiene al donatore (pensiamo a quanto detto in precedenza, ossia che il corpo può essere considerato la prima proprietà essendo ciò che ci permette di essere nel mondo, di fare esperienza del mondo). Ammesso che non vi siano condizionamenti o coercizione, il dono di organi da viventi, quindi, è il solo a poter essere considerato un vero e proprio dono maussiano ed è il solo capace di portare un beneficio per entrambi dal momento che il donatore sarà personalmente soddisfatto del suo gesto e si sentirà appagata dalla salute migliorata del proprio caro, mentre il ricevente sarà a lui grato per la miglior qualità di vita che è tale proprio grazie al dono di vita che ha ricevuto.<sup>179</sup> Queste azioni possono realmente essere considerate dei contro-dono? La gratitudine, però, non dovrebbe mai essere imposta, ma accettata e, se non dovesse esserci, il rapporto interpersonale non dovrebbe venir in alcun modo compromesso.<sup>180</sup> Ciononostante è indubbio che il *dono di nuova vita* del donatore al ricevente non potrà mai essere ricompensato in quanto tale ed anche qualora il ricevente sia capace di dimostrare la sua gratitudine prendendosi cura di

---

<sup>178</sup> Gill P., Lowes L., *art. cit.*; Gerrand N., *The notion of gift-giving and organ donation*, Bioethics 1994 Apr; 8(2):127-50.

<sup>179</sup> Gill P., Lowes L., *art. cit.*.

<sup>180</sup> Cfr. ad esempio, Picozzi M., *Dono e libertà*, Rivista per le Medical Humanities 2008, 6(2): 31-35.

quanto ha ricevuto, esiste comunque la possibilità che il donatore possa veder compromessa la propria soddisfazione personale allorché dovesse verificarsi un rigetto o altre complicazioni che minerebbero il buon funzionamento del suo dono.

Inoltre, come già abbiamo sostenuto, nella donazione da vivente, essendo le persone legate da vincoli affettivi, il donatore, vedendo migliorare le condizioni di salute dell'altro, si sentirà appagato nella consapevolezza dell'utilità del proprio gesto.<sup>181</sup> Uno studio iraniano ha, infatti, dimostrato che i riceventi cui è stato donato un organo dal proprio coniuge raggiungono tassi di sopravvivenza superiori proprio grazie al forte legame ed al conseguente reciproco supporto emotivo che ricevono l'un l'altro.<sup>182</sup> Uno studio turco<sup>183</sup> smentisce questa prospettiva dimostrando, invece, che le possibilità di rigetto aumentano se il rene che viene trapiantato è stato donato dalla moglie al marito, a causa soprattutto delle diverse proporzioni dell'organo con il nuovo corpo e del fatto che, in Turchia, le donne sono spesso più giovani dei loro mariti. In Iran, però, forti di quanto emerso dalle statistiche nazionali, a tutti coloro che sono in attesa di un rene viene comunque comunicato che un organo ricevuto in dono da un proprio caro garantisce, con ogni probabilità, migliori *chance* di successo (fino al 10% in più<sup>184</sup>) rispetto ad un organo proveniente sì da un donatore cadavere o vivente, ma estraneo alla famiglia.

Tuttavia, dal momento che donando solo a chi si conosce si potrebbe rischiare di compromettere il principio di solidarietà alla base della transplant community in cui tutti siamo potenziali riceventi e donatori, la donazione da vivente continua ad essere esclusa e a non poter essere considerata la *sintesi* né della *sintesi* né dell'intero percorso dialettico. L'unica possibilità che resta è allora la prevenzione, ma risulta troppo poco risolutiva per poter essere considerata l'unica via percorribile per aumentare il numero di organi da trapiantare. È, quindi, il caso di cercare la *sintesi*, l'*aufhebung*, altrove, in *qualcosa* che ci renda capaci di oltrepassare i legami

---

<sup>181</sup> Gill P., Lowes L., *art. cit.*; Van Buren M.C. et alii, *art. cit.*.

<sup>182</sup> Roozbeh J., Mehdizadeh A.R., Izadfar M.A., Razmkon A., Salahi H., Malek-Hosseini S.A., *Comparison of spousal with other donor groups: Study of a single center*, *Transplant Proceedings* 2006 Mar; 38(2):562-563.

<sup>183</sup> Karakayali F. et alii, *art. cit.*.

<sup>184</sup> Roozbeh J. et alii, *art. cit.*.



affettivi, a favore di quelli culturali e sociali grazie ai quali il soggetto può scoprire la propria identità ed in virtù dei quali può arrivare a giustificare il dono a un membro della comunità che non conosce né potrà mai conoscere.<sup>185</sup>

La vera difficoltà risiede, quindi, nell'elaborare, all'interno di un unico tema, una prospettiva capace di dare senso sia alla donazione da cadavere, ossia agli aspetti di interesse più della comunità, sia alla donazione di organi da vivente, ossia agli aspetti più individuali e famigliari. La miglior soluzione potrebbe allora essere quella di superarle entrambe incentivando la **donazione** altruistica o **samaritana**, vale a dire sostenendo coloro che desiderano offrire, mentre ancora sono in vita, un rene alla comunità, e non ad uno specifico ricevente. Così facendo, infatti, da un lato si supererebbero tutte quelle paure legate ad una morte non diagnosticata correttamente proprie della donazione da cadavere. Dall'altro lato, poi, non essendoci legami personali, si impedirebbero anche quelle che sono considerate le principali problematiche della donazione tra viventi che già si conoscono, ossia si scongiurerebbe il rischio di una possibile pretesa di ricompensa e quello del pendio sdruciolevole che porterebbe alla compravendita degli organi. Significativo, a supporto di questa tesi, è quanto racconta un medico statunitense<sup>186</sup> che, dopo aver indirettamente vissuto l'esperienza di una sua paziente cui la sorella aveva donato un rene, arriva alla conclusione che scegliere di diventare un donatore di rene non diretto (samaritano) altro non è che la miglior declinazione possibile della sua vocazione da medico, ossia aiutare l'altro nonostante la consapevolezza che, per lui, i rischi clinici sono indubbiamente maggiori dei benefici. Questo, dichiara il medico, non fa certo di lui un eroe, poiché la sua altro non è che la scelta di un cittadino oltre che di un padre di famiglia. La letteratura scientifica dimostra, però, che una tale aspirazione potrebbe nascondere, nel potenziale donatore, segni di instabilità mentale o fragilità psicologica<sup>187</sup>, la volontà di attirare l'attenzione dei media<sup>188</sup>, una bassa

---

<sup>185</sup> Picozzi M., *Il donatore samaritano: riflessioni etiche*, Trapianti 2011 ottobre-dicembre, 15(4):138-142.

<sup>186</sup> Freeman W.L., *art. cit.*

<sup>187</sup> Adams P.L., Cohen D.J., Danovitch G.M., Edington R.M., Gaston R.S., Jacobs C.L., Luskin R.S., Metzger R.A., Peters T.G., Siminoff L.A., Veatch R.M., Rothberg-Wegman L., Bartlett S.T., Brigham L., Burdick J., Gunderson S., Harmon W., Matas A.J., Thistlethwaite J.R., Delmonico F.L., *The*

autostima<sup>189</sup>, la speranza di una ricompensa economica<sup>190</sup>, o la volontà di non scegliere una singola persona, ma un gruppo di persone sulla base, ad esempio, del sesso, l'età, il genere o il credo religioso.<sup>191</sup> Per evitare simili situazioni sarebbe quindi necessaria un'attenta valutazione psicologica differente da quella che viene ordinariamente messa in atto con i donatori viventi di rene.<sup>192</sup>

Lo scorso dicembre, la Commissione di Parte Terza di Milano ha valutato positivamente la richiesta di una donna, prima in Italia, ad aver chiesto di poter donare un suo rene alla comunità. La donatrice, prossima alla pensione, nubile e senza figli desiderava poter fare qualcosa per gli altri, emozionata all'idea che il suo gesto potesse, a breve, dar luogo a una *nonsimultaneous extended altruistic donation*, ossia a quella che abbiamo visto essere una catena di donazioni tra soggetti clinicamente non compatibili. L'*Iter gestionale per la donazione samaritana di rene* del Centro Nazionale Trapianti prevede, infatti, che l'organo del donatore samaritano sia prioritariamente allocato nell'ambito del programma nazionale crossover (trapianto di rene incrociato tra due coppie di donatori e riceventi viventi non

---

*nondirected live-kidney donor: ethical considerations and practice guidelines: A National Conference Report*, Transplantation 2002 Aug 27; 74(4):582-9; Dew M.A., Jacobs C.L., Jowsey S.G., Hanto R., Miller C., Delmonico F.L.; United Network for Organ Sharing (UNOS); American Society of Transplant Surgeons; American Society of Transplantation, *Guidelines for the psychosocial evaluation of living unrelated kidney donors in the United States*, American Journal of Transplantation 2007 May; 7(5):1047-54; Gilbert J.C., Brigham L., Batty D.S. Jr, Veatch R.M., *The nondirected living donor program: a model for cooperative donation, recovery and allocation of living donor kidneys*, American Journal of Transplantation 2005 Jan; 5(1):167-174; Kranenburg L., Zuidema W., Erdman R., Weimar W., Passchier J., Busschbach J., *The psychological evaluation of Samaritan kidney donors: a systematic review*, Psychological Medicine 2008 Feb; 38(2):177-85; Petrini C., *Ethical issues with nondirected ("good samaritan") kidney donation for transplantation*, Transplant Proceeding 2011 May;43(4):988-9.

<sup>188</sup> Adams et alii, *art. cit.*.

<sup>189</sup> Adams et alii, *art. cit.*; Jacobson C.L., Roman D., Garvey C., Kahn J., Matas A.J., *Twenty-two nondirected kidney donors: an update on a single center's experience*, American Journal of Transplantation 2004 Jul; 4(7):1110-1116.

<sup>190</sup> Adams et alii, *art. cit.*.

<sup>191</sup> Adams et alii, *art. cit.*.

<sup>192</sup> Kranenburg L. et alii, *art. cit.*.

compatibili), mentre l'organo prelevato al donatore della coppia crossover debba prioritariamente essere allocato tra i riceventi in lista di attesa nella regione di afferenza del samaritano. Alla luce di quanto detto fino a qui, questa possibilità potrebbe quindi essere considerata la vera *sintesi* non solo di questo terzo capitolo, ma dell'intero percorso dialettico. La donazione samaritana, infatti, da un lato, mantiene in sé gli aspetti positivi insiti nel dono in quanto tale (evidenziati all'interno della *tesi* della *sintesi*, momento filosofico) e, dall'altro lato, supera le quattro prospettive valutate dalla letteratura scientifica sia quelle che fanno riferimento al diritto di proprietà sia alla logica del dono (gesto eroico, sacrificio, dono come aporia) (*antitesi* della *sintesi*). Infatti, il samaritano, valutato idoneo non solo da un punto di vista clinico, ma anche psicologico, ha la possibilità di compiere un gesto che gli consente di lasciare un *segno* nel mondo e di guadagnare quell'immortalità che l'uomo desidera dal momento in cui l'ha perduta. Questo scelta è lungi dal poter essere definita eroica o dal poter essere considerata un sacrificio poiché il ricevente, in accordo con la legge italiana, non verrà a conoscenza dell'identità di colui cui apparteneva quell'organo e neppure il donatore samaritano potrà mai conoscere il nome di colui che ha ricevuto il suo dono (diversamente da quanto abbiamo visto accadere negli Stati Uniti). Anche il dono come aporia non può essere considerata una corretta definizione di questo tipo di donazione poiché il samaritano è sì consapevole del *valore* del suo atto, ma non avanza nessuna pretesa di ricompensa poiché è già appagato del gesto stesso. È così che, grazie alla sua scelta, questo donatore diviene capace di superare la paura della morte (*tesi* dell'intero percorso dialettico) e di accettare non solo il rapporto del suo corpo con la sua anima, ma anche la nuova simmetria corporea che consegue al trapianto (*antitesi* del nostro percorso dialettico). Lasciando qualcosa di sé alla comunità, il samaritano è certo che essa si ricorderà indirettamente di lui e gli garantirà quindi la riconquista dell'auspicata immortalità (*aufhebung* della *sintesi* complessiva).

## ***Conclusioni***

Gian Battista Vico ha sostenuto che *umano* potrebbe derivare da *humus*, terra, a rimarcare quella peculiarità tipica dell'essere umano, il solo animale che, essendo consapevole della propria morte, la esorcizza seppellendo i propri defunti e facendo così in modo di mantenerne vivo il ricordo. Oggi, il dibattito è aperto e ancora non si è giunti ad un risultato unanimemente condiviso né per qual che concerne la prima declinazione della domanda edipica, vale a dire *perché devo morire?* (*tesi*) né la seconda, ossia che *cos'è il corpo? cosa resta dopo la mia morte?* (*antitesi*). Le possibili soluzioni per far fronte alla carenza di organi (*sintesi*), poi, al pari delle altre tematiche, sono ancora oggetto di dibattito. Questo elaborato ha cercato di indagarne le possibili soluzioni analizzando, attraverso la dialettica hegeliana, questi momenti cardine della pratica del trapianto di organi.

La *tesi* di questo percorso è stata individuata nella **morte** e rappresentata nel quadro *Ambasciatori* di Holbein il Giovane, mentre la sua indagine è stata dialetticamente suddivisa in tre parti. La *tesi* della *tesi*, un momento antropologico filosofico finalizzato all'esame dei miti e delle leggende che l'uomo ha creato per esorcizzare la paura della morte e cercare di giustificarsi la perdita dell'originario stato di immortalità (cap. 1.1). L'*antitesi* della *tesi*, un momento tecnico-scientifico dedicato, invece, all'analisi delle diverse modalità utilizzate dalla clinica per accertare la morte (cap. 1.2). Infine la *sintesi*, l'*aufhebung*, una rilettura critica della *tesi* e dell'*antitesi*, all'interno della quale ci siamo chiesti se sia lecito acconsentire che ognuno scelga, sulla base del proprio credo religioso o della propria interpretazione dei concetti di vita e di morte, se morire in accordo ai criteri cardiocircolatori o a quelli neurologici.

L'*antitesi* del percorso, invece, è stata rintracciata nel **corpo** e narrata dall'opera di Francis Bacon *Lying Figure in a Mirror*. Nella *tesi* dell'*antitesi* abbiamo ripreso il celebre dualismo anima e corpo, tema filosofico per eccellenza ed abbiamo constatato che, come ha dimostrato la fenomenologia, il corpo è una maschera indelebile che lega l'essere umano al mondo ed è in esso che transita la vita eterna. Giunti a questo punto, però, ancora risultava difficile delineare la *sintesi* conclusiva e le modalità per attuare l'immortalità restavano ancora la tomba e la fama, custodi indiscusse del

ricordo e della vita vissuta degli essere umani. Nell'*antitesi* dell'*antitesi* però c'è stata una prima svolta poiché è in essa che, grazie all'esperienza di Nancy, filosofo francese che ha dedicato un intero saggio alla sua esperienza di trapiantato di cuore, abbiamo potuto prendere in esame come cambia la simmetria del corpo nel momento in cui ci si ritrova ad essere riceventi di un organo. Nella *sintesi* dell'*antitesi*, poi, abbiamo constatato come il trapianto in generale, e quello di cuore in particolare, sembra offrire la possibilità di dare nuova vita al *leib*, alla *res extensa* di Cartesio. Nel cuore che viene impiantato nel donatore, infatti, in linea con quanto già si può desumere dal pensiero aristotelico, forse, non si mantengono solo le sue funzioni di pompaggio del sangue, ma si conserva anche il ricordo dei sentimenti che in esso hanno simbolicamente trovato dimora nel corso della vita del donatore.

Il dipinto di Botticelli *Nascita di Venere* è stato, infine, considerata una rappresentazione della **rinascita** e quindi dell'*aufhebung* del nostro percorso dialettico. È proprio nella *sintesi* che abbiamo provato a capire come fosse possibile ri-affermare in modo potenziato la *tesi* del nostro percorso (la morte, l'affermazione, l'unica certezza propria del mortale in quanto tale) attraverso la negazione dell'*antitesi* (il corpo, ciò che inevitabilmente resta dopo la morte, indipendentemente dalle modalità di accertamento). Per raggiungere tale scopo abbiamo esaminato le posizioni di Mauss, Marion e Derrida (*tesi* della *sintesi*, momento filosofico) e le modalità attraverso le quali si può dare il dono. In accordo con quanto emerge dalla letteratura scientifica, questo gesto non ha nulla a che vedere con il diritto di proprietà, ma rimanda piuttosto all'atto eroico, al sacrificio e all'aporia<sup>193</sup> (*antitesi* della *sintesi*, momento tecnico-scientifico). Infine nella *sintesi* della *sintesi* abbiamo ripreso alcune delle principali soluzioni che sono state avanzate per far fronte alla carenza di organi, dal silenzio assenso all'incremento delle donazioni da vivente, dal modello comunitario a quello contrattualistico fino a valutare il mercato e la donazione samaritana che si è rivelata essere la vera *sintesi* non solo della *sintesi*, ma dell'intero processo dialettico. Il samaritano, infatti, se valutato idoneo sia da un punto di vista clinico che psicologico, è colui che è capace di superare la paura della morte (*tesi*) e di accettare la nuova simmetria corporea che segue al trapianto (*antitesi*) poiché nel suo gesto può finalmente vedere appagato il

---

<sup>193</sup> Svenaeus F., *art. cit.*.

desiderio di immortalità che è proprio dell'uomo. Offrendo un organo alla comunità di cui è parte, questo donatore lascia un *segno* di sé, sebbene la donazione samaritana, in Italia, al pari di quella da cadavere sia anonima. Il samaritano, però, non ha bisogno di conoscere il ricevente poiché già è ricompensato dalla sola idea che la comunità si ricorderà del suo gesto. Il ricevente, invece, qualora dovesse sentire la necessità di *ripagare* per il dono ricevuto potrà, ad esempio, scegliere di diventare, una volta morto, un potenziale donatore e contribuire così a diminuire la scarsità d'organi da trapiantare a cui tutt'oggi assistiamo.

Inoltre, è da notare che la retorica del dono trova la sua massima espressione in uno "scambio simbolico" che non prevede alcun tipo di equivalenza né di obbligo poiché, il simbolo, etimologicamente parlando, è qualcosa che *sta al posto di* qualcos'altro e che rimanda a un'entità diversa da sé. Un tempo le alleanze si suggellavano con la rottura di una tavoletta d'argilla e le due parti coinvolte conservavano ciascuna il proprio frammento in ricordo dell'avvenuto patto. In greco antico, infatti, la parola "simbolo" (*sym* "insieme" e *bolé* "getto", letteralmente "mettere insieme"), designava proprio le due metà che una volta spezzate continuavano a rimandare a quell'intero che era stato diviso. Il concetto di simbolo rimanda al legame tra un donatore che dona un organo ad una persona sconosciuta, ma appartenente alla comunità umana ed una comunità che si fa garante di gestire equamente quanto ha ricevuto. Una comunità (l'intero) è infatti più della somma delle persone e comprende anche le relazioni che in essa si creano e che consentono a ciascuno di riconoscere ciò che merita il cimento della libertà e di perseguirlo. Come nella Grecia antica non erano importanti le dimensioni delle due metà della tavoletta poiché ad essere determinante era la sua funzione di ricordare l'intero in sé e il patto che rappresentava, così oggi, nel processo di donazione ad essere rilevante è il legame (composto da dare, ricevere, restituire, ovvero dal circolo gratuità e gratitudine) tra donatore e comunità. Infatti, seppur la donazione di organi è uno scambio asimmetrico (se la leggiamo con gli occhi di Derrida) ciò non toglie che il senso di gratitudine e di riconoscimento mantengono il loro valore, come avevano valore i sacrifici degli uomini che riservavano ogni primizia agli Dei che avevano donato loro la vita.

La logica del dono si mostra, quindi, biunivoca essendo un legame circolare tra donatore e ricevente dove è però possibile reindirizzare il terzo obbligo della triade maussiana (donare – ricevere - ricambiare) non già verso colui da cui si è ricevuto, ma verso l'Altro in generale, verso coloro che, come noi, sono parte della nostra comunità. Noi siamo, infatti, ciò che siamo grazie alla comunità in cui viviamo: le nostre abitudini sociali e culturali, così come il nostro credo religioso, affondano le loro radici in questo nostro mondo (nella nostra comunità che le conserva, tramanda ed adatta al mutare dei tempi), e non vi è quindi nulla di eccezionale nel fatto che ognuno di noi si senta debitori nei suoi confronti e nei confronti dei suoi membri. Questo sentimento di *sudditanza*, però, potrà manifestarsi non già in un obbligo di restituire, ma piuttosto in un *desiderio* che nasce dal legame, e dal senso di riconoscenza che scaturisce da esso. Così proprio nel momento in cui accettiamo la nuova simmetria del nostro corpo e ci riconosciamo donatori, possiamo assistere al ritorno continuo a quel sentirsi in debito verso coloro che ci hanno donato la vita: gli Dei, i genitori, la natura e, per analogia, il donatore, poiché, chiunque esso sia e per qualunque motivo scelga di farlo, per il ricevente rimane pur sempre colui che gli ha (ri)donato la vita, la cui importanza si avvicina a quella di chi lo ha generato, seppur in modo diverso poiché prima si era nell'ignoto, mentre ora si sa cosa si sta per perdere.

È altresì interessante ricordare che questo essere in debito, diversamente da quanto si potrebbe immaginare, ha in sé una connotazione positiva. Da un lato, infatti, la donazione di organi comporta il fatto che entrambi sono, al contempo, donatori e riceventi. Il dono, infatti, rimane sì “nel registro dell'avere, il «donatore» ha qualcosa in meno, mentre il «beneficiario» ha qualcosa in più, [ma] la magia del dono sta nel trasformare questo «meno» e questo «più», in un doppio «più» nel registro dell'essere”.<sup>194</sup> Dall'altro lato, invece, è proprio il sentimento di debito che permette che si possano creare e coltivare i legami. Il ricevente, infatti, non è in alcun modo obbligato a restituire il dono che ha ricevuto scegliendo di diventare donatore cadavere ed il donatore che ha scelto di donare sa che, donando, non sta facendo altro che restituire qualcosa alla sua comunità che per questo si ricorderà di lui. Il donatore, consapevole di aver già ricevuto molto dalla comunità che lo ha *e-ducato*

---

<sup>194</sup> Tagliapietra A., *La forza del pudore*, Rizzoli, Milano 2006, p. 213.

rendendolo ciò che è, ottiene, grazie al suo gesto, quell'immortalità perduta da tempo desiderata e, per questo, non pretenderà null'altro in cambio. Così, ad esempio, alla luce di quanto detto poc'anzi, la suora del caso narrato all'interno della *sintesi* del secondo capitolo (cfr. 2.3) difficilmente può poter chiedere di essere espiantata e di ricevere il cuore di un *buon* cristiano, mentre un uomo che soffre di una malattia epatica degenerativa e sta per ricevere dalla sorella un lembo del suo fegato può desiderare di diventare anche lui un donatore, può informarsi per cercare di capire se, e in che modo, lui, ricevente, potrà essere donatore, magari di reni, nonostante le epatite C. Allo stesso modo, poi, il marito di una donna in morte cerebrale può scegliere di non dare il suo consenso al prelievo del cuore che era stato trapiantato alla donna solo pochi giorni prima. In virtù di una circolarità della solidarietà (qualcuno mi ha donato qualcosa ed io dono qualcosa a qualcun'altro), certo si potrebbe immaginare che, forse, se fosse stata interpellata la donna (e non il marito), lei avrebbe acconsentito. Tuttavia è pur vero che seguendo questa linea di pensiero si rischierebbe di finire col concordare con la teoria del consenso presunto oltre che con quella del silenzio assenso e con la teoria della transplant community (dove, in nome della solidarietà nei confronti della comunità e dei benefici che essa potrebbe trarne, tutti i membri sono considerati potenziali donatori cadaveri). Così facendo, però, si comprometterebbero non solo alcuni principi dell'etica medica (quali l'autonomia), ma anche principi sociali come la giustizia e l'equità che condurrebbero ad una retrocessione che si potrebbe evitare se si iniziasse a considerare la **comunità** come *stimolo alla donazione* e, in quanto tale, come *garante della restituzione*: la comunità diverrebbe allora il *principio* (che dà il via alla donazione), oltre che il *fine* (da cui si ottengono innumerevoli forme di restituzioni già prima di aver scelto di donare) della circolarità maussiana.

Concludendo possiamo, quindi, affermare che oggi, ai tempi della religione scientifica, l'uomo può finalmente trovare una risposta al quesito edipico *chi sono io?*, ma per farlo deve necessariamente superare quella stessa paura della morte che aveva portato ad agire il servo della dialettica hegeliana. Infatti è solo esorcizzando questa paura (*tesi*) che è possibile superare il dualismo anima e corpo che, per secoli, ha animato il dibattito filosofico (*antitesi*) ed arrivare infine a comprendere che accettare di diventare donatore di organi è forse un possibile strumento per



ri guadagnare l'immortalità perduta. Se, poi, si dovesse desiderare di *godere* di questa riconquista l'unica via percorribile, oltre ai figli ed alla fama<sup>195</sup>, pare allora essere la donazione samaritana (*sintesi*).

---

<sup>195</sup> Sini C. *La virtù politica. Filosofia e antropologia. Figure dell'enciclopedia filosofica. Libro quarto*, Jaca Book, Como 2004.

## ***Bibliografia***

- Abouna G.M., *Organ shortage crisis: problems and possible solutions*, Transplant Proceedings 2008 Jan-Feb; 40(1):34-8.
- Adams P.L., Cohen D.J., Danovitch G.M., Edington R.M., Gaston R.S., Jacobs C.L., Luskin R.S., Metzger R.A., Peters T.G., Siminoff L.A., Veatch R.M., Rothberg-Wegman L., Bartlett S.T., Brigham L., Burdick J., Gunderson S., Harmon W., Matas A.J., Thistlethwaite J.R., Delmonico F.L., *The nondirected live-kidney donor: ethical considerations and practice guidelines: A National Conference Report*, Transplantation 2002 Aug 27; 74(4):582-9.
- Alagoz O., Maillart L.M., Schaefer A.J., Roberts M.S., *Choosing Among Living-Donor and Cadaveric Livers*, Management Science 2007 Sept 21; 53(11):1702–1715.
- Alagoz O., Maillart L.M., Schaefer A.J., Roberts M.S., *The Optimal Timing of Living-Donor Liver Transplantation*, Management Science 2004 Oct; 50(10): 1420-1430.
- Alnaes A.H., *Lost in Translation*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2012; 21(4): 505-516.
- Alnaes A.H., *Narratives: an essential tool for evaluating living kidney donations*, Medicine Health Care and Philosophy 2012; 15:185-186.
- Ariès P., *Storia della morte in Occidente*, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, Milano 1998.
- Aristotele, *L'anima*, Bompiani, Milano 2001.
- Aristotele, *De vita et morte*, in *L'anima e il corpo. Parva Naturalia*, A. L. Carbone (a cura di), Bompiani, Milano 2002.
- Aristotele, *De juventute et senectute*, in *L'anima e il corpo. Parva Naturalia*, A. L. Carbone (a cura di), Bompiani, Milano 2002.

- Aristotele, *Metafisica*, Viano C.A. (a cura di), UTET, Torino 2005.
- Aronsohn A., Thistlethwaite J.R. Jr, Segev D.L., Ross L.F., *How different conceptions of risk are used in the organ market debate*, American Journal of Transplantation 2010 Apr; 10(4):931-7.
- Ashkenazi T., Klein M., *Predicting Willingness to Donate Organs according to the Demographic Characteristics of the Deceased Family*, Process in Transplantation 2012 Sept; 22(3):304-311.
- Barni M., *La questione della morte: dalla bioetica, alla medicina legale*, Rivista italiana di medicina legale 2011; 33(4/5):1273-1283.
- Beard R.T., Kaserman D.L., Saba R.P., *Inefficiency in Cadaveric Organ Procurement*, Southern Economic Journal 2006; 73(1):13-26.
- Beauchamp T.L., Childress J.F., *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999.
- Beecher H., *A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death*, JAMA 1968; 205(6):337-340.
- Besser A., Amir M., Barkan S., *Who signs an organ transplant card? A study of personality and individual differences in a sample of Israeli university students*, Personality and Individual differences 2004; 36:1709-1723.
- Bilgin N., *The Dilemma of Cadaver Organ Donation*, Transplantat Proceedings 1999; 31(8):3265-3268.
- Biller-Andorno N. and Schauenburg H., *It's Only Love? Some Pitfalls in Emotionally Related Organ Donation*, Journal of Medical Ethics 2001; 27(3):162-164.
- Boas H., *Where do human organs come from? Trends of generalized and restricted altruism in organ donations*, Social Science and Medicine 2011 Nov; 73(9):1378-85.

- Bondolfi A., *Incentivi alla donazione di organi: modelli pecuniari e gratuiti*, Rivista per le Medical Humanities 2013 Gennaio-Aprile; 24:80-90.
- Borgo M., Picozzi M., Armocida G., *La morte dopo Harvard. Uno sguardo di sintesi sul dibattito degli ultimi quarant'anni* in *Storia della definizione di morte*, F.P. de Ceglia (a cura di), Franco Angeli, Milano 2014.
- Borgo, M., Picozzi, M. *Il trapianto e la donazione di organi: è possibile trovare nuove soluzioni grazie ad un approccio interdisciplinare?*, Libro degli abstract della Riunione Tecnico-Scientifica del NITp tenutasi l'11 e il 12 novembre 2013 a Udine, p. 89.
- Borgo M., Picozzi M., *I codici deontologici europei e il trapianto di organi*, Rivista per le Medical Humanities 2014 Gennaio-Aprile; 27:107-114.
- Bruzzone P., *Financial incentives for organ donation: a slippery slope toward organ commercialism?*, Transplant Proceedings 2010 May; 42(4):1048-9.
- Byrne M.M., Thompson P., *A positive analysis of financial incentives for cadaveric organ donation*, Journal of Health Economics 2001 Jan; 20(1):69-83.
- Caplan A.L. *Equity in the selection of recipients for cardiac transplants*, Circulation 1987; 75:10-19.
- Cartesio R., *Meditazioni metafisiche in Opere* (a cura di E. Garin), Laterza, Bari 1994.
- Castelnuovo-Tedesco P., *Organ Transplant, body image, psychosis*, Psychoanalytic Quarterly 1983; 42:349.
- Cavarero A., *Tu che mi guardi, tu che mi racconti. Filosofia della narrazione*, Feltrinelli, Milano 2001.
- Choen J., Ashkenazi T., Katvan E., Singer P., *Brain Death Determination in Israel: The First Two Years Experience Following Changes to Brain Death*

*Law - Opportunities and Challenges*, American Journal of Transplantation 2012; 12:2514-2518.

- Choong K.A., *Organ procurement: A Case for Pluralism on the Definition of Death*, Journal of Medical Law and Ethics 2013; 1 (1):5-21.
- Chkhotua A., *Incentives for Organ Donation: Pros and Cons*, Transplantation Proceedings 2012; 44:1793-1794.
- Colak M., Ersoy K., Haberal M., Gürdamar D., Gerçek O., *A household study to determine attitudes and beliefs related to organ transplantation and donation: a pilot study in Yapracik Village, Ankara, Turkey*, Transplant Proceedings 2008 Jan-Feb; 40(1):29-33.
- Crowley-Matoka M., Switzer G., *Nondirected Living Donation: A Survey of Current Trends and Practices*, Transplantation 2005; 79: 515–519.
- Dini F.L., *Il cuore: storia di un organo, storia di un simbolo*, <http://www.sicardiologia.it>.
- De Pasquale C., Pistorio M.L., Sorbello M., Parrinello L., Corona D., Gagliano M., Giuffrida G., Giaquinta A., Sinagra N., Zerbo D., Veroux P., Veroux M., *Body Image in Kidney Transplantation*, Transplantation Proceedings 2010 May; 42(4):1123-1126.
- Defanti C.A., *Soglie. Medicina e fine della vita*, Bollati Boringhieri, Torino 2007.
- Deleuze G., *Francis Bacon. Logica della sensazione*, Ed. Italiana di Quodlibet, 1981.
- Derrida J., *Donare il tempo. La moneta falsa*, Cortina, Milano 1996.
- DeVita M.A., Snyder J.V., Grenvik A., *History of organ donation by patients with cardiac death*, Kennedy Institute of Ethics Journal 1993; 3(2):113-129.
- Dew M.A., Jacobs C.L., Jowsey S.G., Hanto R., Miller C., Delmonico F.L.; United Network for Organ Sharing (UNOS); American Society of Transplant Surgeons; American Society of Transplantation, *Guidelines for the*

*psychosocial evaluation of living unrelated kidney donors in the United States*, American Journal of Transplantation 2007 May; 7(5):1047-54.

- Esposito R., *Communitas. Origine e destino della comunità*, Einaudi, Torino 1998.
- Etzioni A., *Organ Donation: A Communitarian Approach*, Kennedy Institute of Ethics Journal 2003; 13(1):1-18.
- Evans R.W., *How Dangerous are Financial Incentives to Obtain Organ?*, Transplant Proceedings 1999 Feb-Mar; 31(1-2):1337-41.
- Fischer S., *Body immagine*, International Encyclopedia of the Social Sciences, Free Press Macmillan, New York 1966, pp. 113-116.
- FNMCEO, Codice di Deontologia Medica, 18 maggio 2014.
- Fox R. C. et alii, *Social and Ethical Problems in the Treatment of End-Stage Renal Disease Patients*, in *Controversies in Nephrology and Hypertension*, Narins R. G., Churchill Livingstone, New York, pp. 56.
- Freeman W.L., *A piece of my mind. The gift: Hy'shqe Siam*, JAMA 2011 Jan 12; 305(2):130-131.
- Friedman A.L., *Cautious Renal Transplantation for the Elderly Is Realistic*, Nephron Clinical Practice 2011;119(suppl 1):c14-c18.
- Geraci P., *Prelievo di organi da donatore a cuore fermo (NHBD). Protocollo operativo*. Pavia2008: Edizione CNT. (Pdf disponibile [http://www.scamilloforlanini.rm.it/html/file\\_allegati/ctm\\_prot\\_pavia2.pdf](http://www.scamilloforlanini.rm.it/html/file_allegati/ctm_prot_pavia2.pdf)).
- Gerrand N., *The notion of gift-giving and organ donation*, Bioethics 1994 Apr; 8(2):127-50.
- Gilbert J.C., Brigham L., Batty D.S. Jr, Veatch R.M., *The nondirected living donor program: a model for cooperative donation, recovery and allocation of living donor kidneys*, American Journal of Transplantation 2005 Jan; 5(1):167-174.

- Gill P., Lowes L., *Gift exchange and organ donation: donor and recipient experiences of live related kidney transplantation*, International Journal of Nursing Studies 2008 Nov; 45(11):1607-1617.
- Glannon W., *Do the sick have a right to cadaveric organs?*, Journal of Medical Ethics 2003; 29 (3):153-156.
- Gordon E.J., *"They Don't Have to Suffer for Me": Why Dialysis Patients Refuse Offers of Living Donor Kidneys*, Medical Anthropology Quarterly. New Series 2001; 15 (2):245-267.
- Greinert R., *Morte Cerebrale e Donazione degli Organi. I dubbi e le indagini di una madre che ha donato gli organi del figlio*, Macro Edizioni, Cesena 2009.
- Hambro A.A., *Narratives: an essential tool for evaluating living kidney donations*, Medicine, Health Care and Philosophy 2012 May; 15(2):181-194.
- Hegel F.G.W. *Estetica* (tomo I), Einaudi, Torino 1997.
- Hegel F.G.W., *La fenomenologia dello Spirito* (a cura di V. Cicero), Bompiani, Milano 2000.
- Hegel F.G.W., *Scienza della logica*, in C. Cesa (a cura di), Laterza, Bari 1996.
- Heidegger M., *Essere e tempo*, UTET, Torino 2013.
- Helman C.G., *The body image in health and disease: exploring patients' maps of body and self*, Patient Education and Counseling 1995 Sep.; 26(1-3):169-175.
- Héritier F. *La Paix et la pluie. Rapports d'autorité et rapport au sacré chez les Samo*, L'Homme 1973; 13(3):121-138.
- Hertz R. *Sulla rappresentazione collettiva della morte*, Savelli, Roma 1978.
- Hippen B., Friedman R.L., Sade R. M., *Saving Lives Is More Important Than Abstract Moral Concerns: Financial Incentives Should Be Used to Increase Organ Donation*, Annals of Thoracic Surgery, Oct 2009; 88(4):1053-1061.

- Hoffenberg R., *Christiaan Barnard: his first transplants and their impact on concepts of death*, British Medical Journal 2001; 323(7327):1478-1480.
- Ibsen B., *The anaesthetist's viewpoint on the treatment of respiratory complications in poliomyelitis during the epidemic in Copenhagen*, Journal of the Royal Society of Medicine 1952; 47(1):72-74.
- Ingvar D.H., *Brain death-total brain infarction*, Acta Anaesthesiologica Scandinavica. Supplementum 1971; 45:129-140.
- Jacobson C.L., Roman D., Garvey C., Kahn J., Matas A.J., *Twenty-two nondirected kidney donors: an update on a single center's experience*, American Journal of Transplantation 2004 Jul; 4(7):1110-1116.
- Jarvis R., *Join the Club: A Modest Proposal to Increase Availability of Donor Organs*, Journal of Medical Ethics 1995; 21(4):199-204.
- Joralemon D., *Organ wars: the battle for body parts*, Medical Anthropology Quarterly 1995; 9(3):334-356.
- Kant I., *Die Metaphysik der Sitten, Fondazione della metafisica dei costumi*, tr. it. di F. Gonnelli, Laterza, Bari 2010.
- Kant I., *Kritik der reinen Vernunft, Critica della Ragion pura*, tr. it. di G. Gentile e G. Lombardo Radice, Laterza, Bari 1981, 2 voll.
- Karakayali F., Moray G., Colak T., Boyvat F., Haberal M., *Results of kidney transplantation between spouses: a single-center experience*, Transplant Proceedings 2007 May; 39(4):898-900.
- Kierans C., *Anthropology, organ transplantation and the immune system: resituating commodity and gift exchange*, Social Science and Medicine 2011 Nov; 73(10):1469-1476.
- Kitzmüller G., Häggström T., Asplund K., *Living an unfamiliar body: the significance of the long-term influence of bodily changes on the perception of self after stroke*, Medicine Health Care and Philosophy 2013 Feb; 16(1):19-29.



- Koontz C.S., Cofer J.B., *What price should be paid for organs?*, Journal of Current Surgery 2004 Sep-Oct; 61(5):419-24.
- Kranenburg L., Zuidema W., Erdman R., Weimar W., Passchier J., Busschbach J., *The psychological evaluation of Samaritan kidney donors: a systematic review*, Psychological Medicine 2008 Feb; 38(2):177-85.
- Lacan J., *Écrits*, Édition du Seuil, Paris 1966, G.B. Contri (a cura di), tr. it. di G.B. Contri, *Scritti*, Einaudi, Torino 1974, 2 voll.
- Lacan J., *Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse (1964)*, Édition du Seuil, Paris 1973, G.B. Contri (a cura di), tr. it. di S. Loaldi e I. Molina, Libro Xi, *I quattro concetti fondamentali della psicoanalisi (1964)*, Edition paperbacks, Torino 1979.
- Lagenbach M., Pietsch D., Köhle K., *Emotional stress and subjective body experience of heart transplantation candidates*, Transplant Proceedings 2006 Apr; 38(3):735-736.
- Leone S., *The features of a "Mediterranean" Bioethics*, Medicine Health Care and Philosophy 2012; 15:431-436.
- Liu C.L., Fan S.T., Lo C.M., Wong J., *Living-donor liver transplantation for high-urgency situations*, Transplantation 2003, 75(3 Suppl), S33-36.
- Locka M., Crowley-Makotac M., *Situating the practice of organ donation in familial, cultural, and political context*, Transplantation Reviews 2008; 22, 154-157.
- Locke J., *Two Treatises of Government*, tr. it. di A. Gialluca, *Il Secondo trattato sul governo*, BUR, Bologna 2009.
- Mackler A.L., *Respecting Bodies and Saving Lives: Jewish Perspectives on Organ Donation and Transplantation*, Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2001, 10, 420-429.
- Mahdavi-Mazdeh M., *The Iranian model of living renal transplantation*, Kidney International 2012 Sep; 82(6):627-34.

- Maillard Romagnoli N., *La vente des organes et la marchandisation de la personne humaine*, Rivista per le Medical Humanities 2013, 24:85-90.
- Marini G., *Libertà soggettiva e libertà oggettiva nella filosofia del diritto hegeliana*, Morano Editore, Napoli 1990.
- Marion J.L., *Dato che. Saggio per una fenomenologia della donazione*, Sei, Torino 2001.
- Markovitz B., May L., *Case Study: Three Patients, Two Hearts*, The Hastings Center Report 1998; 28(5):20-21.
- Matas A.J., Adair A., Wigmore S.J., *Paid organ donation*, Annals of The Royal College of Surgeons of England 2011; 93:188–192.
- Mauss M., *Saggio sul dono. Forma e motivo dello scambio nelle società arcaiche*, Einaudi, Torino 2002.
- McCurry A., Thomas S.P., *Spouses' experiences in heart transplantation*, Western Journal of Nursing Research, 2002 Mar; 24(2):180-194.
- Meilaender G., *Gift of the body*, New Atlantis 2006 Summer; 13:25-35.
- Merleau-Ponty M., *Le visible e l'invisible*, Édition Gallimard, Paris 1964, M. Carbone (a cura di), tr. it. di A. Bonomi, *Il visibile e l'invisibile*, Studi Bompiani, Milano 2007.
- Milaniak I. Przybylowski P, Wierzbicki K, Sadowski J., *Organ transplant education: the way to form altruistic behaviors among secondary school students toward organ donation*, Transplant Proceedings 2010 Jan-Feb; 42(1):130-3.
- Mollaret P., Goulon M., *Le coma dépassé*, Revue neurologique Société de neurologie de Paris 1959;101:3-15.
- Nancy J.L., *L'intruso*, Cronopio, Napoli 2000.
- Nanni Costa A., *“Introduction: A Gift for Life. Considerations on Organ Donation”*, Transplantation 2009 Oct 15; 88(7S):S95.

- Nickerson C.A., Jasper J.D., Asch D.A., *Comfort level, financial incentives, and consent for organ donation*, *Transplant Proceedings* 1998 Feb; 30(1):155-9.
- Northup P.G., Berg C.L., *Living donor liver transplantation: the historical and cultural basis of policy decisions and ongoing ethical questions*, *Health Policy* 2005; 72(2):175-185.
- Obermann K., *Some politico-economic aspects of organ shortage in transplantation medicine*, *Social Science and Medicine* 1998 Feb; 46(3):299-311.
- Orlando G. Wood K.J., De Coppi P., Baptista P.M., Binder K.W., Bitar K.N., Breuer C., Burnett L., Christ G., Farney A., Figliuzzi M., Holmes J.H. 4th, Koch K., Macchiarini P., Mirmalek Sani S.H., Opara E., Remuzzi A., Rogers J., Saul J.M., Seliktar D., Shapira-Schweitzer K., Smith T., Solomon D., Van Dyke M., Yoo J.J., Zhang Y., Atala A., Stratta R.J., Soker S., *Regenerative medicine as applied to general surgery*, *Annals of Surgery* 2012; 255(5):867-880.
- Patel S.R., Chandha P., Papalois V., *Expanding the live kidney donor pool: ethical considerations regarding altruistic donors, paired and pooled programs*, *Experimental and Clinical Transplantation* 2011 Jun, 9(3):181-186.
- Perozziello F.E. *Antropologia della morte*. febbraio 2014. [http://www.riflessioni.it/la\\_riflessione/antropologia-morte-perozziello-2.htm](http://www.riflessioni.it/la_riflessione/antropologia-morte-perozziello-2.htm).
- Pestoni M., *Evado se m'invadi*, *Rivista per le Medical Humanities* 2008 Aprile-Giugno; 6:62-68.
- Petrini C., *Ethical issues with nondirected ("good samaritan") kidney donation for transplantation*, *Transplant Proceeding* 2011 May; 43(4):988-9.
- Petrini C., *Risk Assessment and Management for Medically Complex Potential Living Kidney Donors: A Few Deontological Criteria and Ethical Values*, *Journal of Transplantation* 2011, 2011: 307130.

- Petronio Arbitro, *Satyricon*, Rizzoli, Milano 1995.
- Pettazoni R., *Miti e leggende* (vol. I), UTET, Torino 1973.
- Picozzi M., *Dono e libertà*, Rivista per le Medical Humanities 2008, 6(2): 31-35.
- Picozzi M., *Il donatore samaritano: riflessioni etiche*, Trapianti 2011 ottobre-dicembre, 15(4):138-142.
- Picozzi M., Violoni L., Cattorini P. (a cura di), *Il significato della sofferenza. Tre religioni monoteistiche interpretano l'esperienza della malattia*, Franco Angeli, Milano 2004.
- Platone, *La Repubblica*, tr. it. di F. Sartori, Laterza, Bari 2001.
- Porciani F., *Traffico d'organi. Nuovi cannibali, vecchie miserie*, Franco Angeli, Milano 2012.
- Quintin J., *Organ transplantation and meaning of life: the quest for self fulfilment*, Medicine Health Care and Philosophy 2013 Aug; 16(3):565-74.
- Rappaport H.Z., Rappaport I., *Principles and concepts of brain death and organo donation: the Jewish prospective*, Child's Nervous System 1998; 14: 381-383.
- Rawls J. *Una teoria della giustizia*, Feltrinelli, Milano 2008.
- Repici L., *Funzioni dell'anima e processi fisiologici nei Parva Naturalia* (<http://www.gral.unipi.it/uploads/materiali/relazioni/repici%20copia-1.pdf>).
- Rees M.A., Kopke J.E., Pelletier R.P., Segev D.L., Rutter M.E., Fabrega A.J., Rogers J., Pankewycz O.G., Hiller J., Roth A.E., Sandholm T., Ünver M.U., Montgomery R.A., *A nonsimultaneous, extended, altruistic-donor chain*. New England Journal of Medicine 2009; 360(11):1096-1101.
- Rios A., Conesa C., Ramirez P., Galindo P.J., Rodríguez J.M., Rodríguez M.M., Martínez L., Parrilla P., *Attitudes of Resident Doctors Toward Different Types of Organ Donation in a Spanish Transplant Hospital*, Transplantation Proceedings 2006 Apr; 38(3):869-874.

- Rios A., Ramirez P., Rodriguez M.M., Martinez L., Montoya M.J., Lucas D., Parrilla P., *Personnel in cadaveric organ transplant-related hospital units faced with living liver donation: an attitudinal study in a Spanish hospital with a cadaveric and living liver transplant programme*, *Liver International* 2007; 27(5):687-693.
- Ross W.D., *The Right and the Good*, Clarendon Press, Oxford 1965.
- Roozbeh J., Mehdizadeh A.R., Izadfar M.A., Razmkon A., Salahi H., Malek-Hosseini S.A., *Comparison of spousal with other donor groups: Study of a single center*, *Transplant Proceedings* 2006 Mar; 38(2):562-563.
- Sanner M.A., *Exchanging spare parts or becoming a new person? People's attitudes toward receiving and donating organs*, *Social Science and Medicine* 2001 May; 52(10):1491-1499
- Sanner M.A., *Living with a stranger's organ-views of the public and transplant recipients*, *Annals of transplantation: quarterly of the Polish Transplantation Society* 2005 Feb; 10(1):9-12.
- Schneiderman L.J., *Defining Medical Futility and Improving Medical Care*, "Bioethical Inquiry", 2011, vol. 8, p.123-131.
- Sehgal A.R., LeBeau S.O., Youngner S.J., *Dialysis patient attitudes toward financial incentives for kidney donation*, *American Journal of Kidney Diseases* 1997 Mar; 29(3):410-418.
- Shaw R., *Perceptions of the gift relationship in organ and tissue donation: Views of intensivists and donor and recipient coordinators*, *Social Science and Medicine* 2010 Feb; 70(4):609-615.
- Shewmon D.A., *Recovering from "brain death": A neurologist's Apologia*, *Linacre Quarterly* 1997; 64:30-96.
- Shu J., Fok T., Mussen L., Mohamed M., Weernink C., Abbott C., Wall W., Luke P.P., *Impact of the Educational Resource One Life... Many Gifts on Attitudes of Secondary School Students Towards Organ and Tissue Donation*

- and Transplantation*, *Transplantation Proceedings* 2011 Jun; 43(5):1418-1420.
- Simmerling M., Angelos P., Goldberg A., Frader J., *Do Gifts Create Moral Obligations for Recipients?* *The American Journal of Bioethics* 2004 Fall; 4(4):20-22.
  - Singer P., Rachmani R., Lin S., *Impact of European Donor Hospital Education on Knowledge and attitudes of Health professionals Toward Organ Donation in Israel*, *Transplantation Proceedings* 1997; 29:2640-2641.
  - Singer P., *Setting Limits: Medical Goals in an Aging Society*, by Daniel Callahan, *Bioethics* 1988 Apr; 2(2):151-169.
  - Sini, C. *Del viver bene. Filosofia ed economia*, CUEM, Milano 2005.
  - Sini C., *Distanza un segno. Filosofia e semiotica*, CUEM, Milano 2006.
  - Sini C. *La mente e il corpo. Filosofia e psicologia. Figure dell'enciclopedia filosofica. Libro secondo*, Jaca Book, Como 2004.
  - Sini C. *La virtù politica. Filosofia e antropologia. Figure dell'enciclopedia filosofica. Libro quarto*, Jaca Book, Como 2004.
  - Sini C., *Le arti dinamiche. Filosofia e pedagogia. Figure dell'enciclopedia filosofica. Libro sesto*, Jacka Book, Como 2004.
  - Sque M., Galasinski D.; *"Keeping her whole": bereaved families' account of declining a request for organ donation*, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 2013; 22(1): 55-63.
  - Steinberg, D., *An "opting in" paradigm for kidney transplantation*, *American Journal of Bioethics* 2004; 4(4):4-14.
  - Steiner P., *La trasplantation d'organes. Un commerce nouveau entre les êtres humains*, Éditions Gallimard, Paris 2010.
  - Svenaeus F., *The body as gift, resource or commodity? Heidegger and the ethics of organ transplantation*, *Journal of Bioethical Inquiry* 2010; 7(2):163-172.

- Tagliapietra A., *La forza del pudore*, Rizzoli, Milano 2006.
- The President's Council on Bioethics, *Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics*, 2008 (Pdf disponibile <http://bioethics.georgetown.edu/pcbe/reports/death/>).
- Taylor C., *Hegel e la società moderna*, il Mulino, Bologna 1979.
- Youngner S. J., *Organ market*, JAMA 2005 Nov 9; 294(18): 2366.
- Van Buren M.C., Massey E.K., Maasdam L., Zuidema W.C., Hilhorst M.T., Ijzermans J.N., Weimar W., *For love or money? Attitudes toward financial incentives among actual living kidney donors*, American Journal of Transplantation 2010 Nov; 10(11):2488-2492.
- Van Gennep A. *I riti di passaggio*, Bollati Boringhieri Editore, Torino 2012.
- Volk M.L., Ubel P.A., *A gift of life: ethical and practical problems with conditional and directed donation*, Transplantation 2008 Jun 15; 85(11):1542-1544.
- Zaina S., *Il dono in ospedale*, Rivista per le Medical Humanities 2008 Aprile-Giugno; 6:13-18.
- Zamperetti N., Bellomo R., Defanti C.A., Latronico N., *Irreversible apnoeic coma 35 years later. Towards a more rigorous definition of brain death?*, Journal of Intensive Care Medicine 2004; 30(9):1715-1722.
- Zawistowski C.A., DeVita M.A., *Non-heartbeating organ donation: a review*, Journal of Intensive Care Medicine 2003;18(4):189-197.
- Zeiler K., *Neither property right nor heroic gift, neither sacrifice nor aporia: the benefit of the theoretical lens of sharing in donation ethics*, Medicine Health Care and Philosophy 2014 May; 17(2):171-181.

