

*Francesca Romana Romani*

LA SACRALITÀ DEL CORPO  
NELLA CULTURA ISLAMICA  
E LE QUESTIONI POSTE DALLA  
TRAPIANTOLOGIA

Tesi di Dottorato

XVIII Ciclo, Patologia Umana

Direttore di Tesi: Chiar.ma Prof.ssa Luciana Rita Angeletti

Coordinatore del Dottorato: Chiar.mo Prof. Matteo Antonio Russo

## INTRODUZIONE

La tesi si propone di esaminare i principali aspetti connessi con la donazione e il trapianto di organi e tessuti nei paesi arabi e islamici, con attenzione rivolta anche alla ricerca sulle cellule staminali. Si è scelto di privilegiare i paesi del bacino del Mediterraneo e del Golfo Persico, nei quali esiste un'attività relativamente intensa e ormai ben consolidata di chirurgia dei trapianti, senza tuttavia trascurare altri paesi islamici, come Pakistan e Bangladesh, in cui — accanto a diffuse pratiche illegali di compravendita di organi — esistono programmi pubblici, seppur limitati, in questo settore. Nella rassegna si è scelto di includere anche lo Stato di Israele, benché né arabo, né islamico, sia per la sua peculiare posizione geografica — Israele si trova incuneato nel mondo arabo, — sia per la presenza nei suoi confini di una rilevante minoranza araba con cittadinanza israeliana, oltre agli abitanti dei territori palestinesi occupati da quasi quarant'anni, che dipendono in gran parte dalla potenza occupante anche per i servizi sanitari.

La questione è stata esaminata per ogni singolo paese della regione ove esista una documentata attività relativa ai trapianti non soltanto nei suoi aspetti medici e scientifici, ma anche, e soprattutto, nei risvolti culturali e religiosi, che creano una specificità dell'area rispetto alle più generali problematiche di etica medica sollevate dai trapianti e dalle loro implicazioni bioetiche. La bioetica è invero terreno d'elezione per il confronto culturale, perché i temi che affronta toccano principi fondamentali della definizione identitaria delle culture.

Le questioni bioetiche sollevate dalla pratica dei trapianti d'organo e di tessuto assumono una rilevanza del tutto particolare nell'ambito del mondo arabo-islamico. I principi dell'etica medica islamica attingono direttamente al diritto islamico (*fiqh*), che esamina tutti i problemi, anche se inediti e moderni, alla luce del Corano e della Tradizione — *Sunna*, l'insieme dei detti e fatti attribuiti al profeta Muḥammad, definitivamente raccolti e codificati entro il secolo IX — mediante procedimenti deduttivi che applicano ai problemi in esame soluzioni elaborate dai giuristi medievali (*ulamā'*): è questo il ragionamento analogico (*qiyās*) che, insieme al

Libro sacro, alla Tradizione e al consenso (*iğmā'*) dei dotti, costituisce una delle fonti del diritto islamico.<sup>1</sup>

Per questo motivo, nel dibattito sulla liceità dei trapianti la discussione, per quanto possa sembrare paradossale, non verte direttamente sui problemi centrali per la bioetica dei trapianti in Occidente — la definizione e l'accettabilità del criterio di morte cerebrale, l'etica del dono e le sue implicazioni morali e sociali, il problema delle modalità di ottenimento del consenso (consenso esplicito o presunto, silenzio/assenso).

Per contro, i giuristi islamici che si occupano di bioetica affrontano una serie di questioni apparentemente distanti dall'argomento in esame, scelte perché costituiscono l'unico nesso possibile fra i problemi che la medicina contemporanea pone e le discussioni giuridiche di epoca medievale, che formano l'imprescindibile nucleo giurisprudenziale del diritto islamico. Passiamo in rassegna alcuni esempi di questo metodo.

Uno dei punti cardinali della riflessione bioetica sui trapianti è la definizione di morte cerebrale: senza morte cerebrale, non si effettuano i trapianti da cadavere, e l'intera impresa scientifica della trapiantologia perde molto del suo significato.

Ma in ambito islamico le discussioni sulla morte cerebrale si concentrano paradossalmente sull'individuazione dell'istante della separazione dell'anima dal corpo: i giuristi e i teologi medievali, che ovviamente non si occupavano di trapianti, hanno lasciato testimonianza di lunghe diatribe sul rapporto fra anima immortale e corpo mortale, identificando la cessazione della vita nel distacco fra le due entità. Ed è ancora oggi questa diatriba il punto di partenza delle discussioni dei giuristi contemporanei.

Solo estendendo analogicamente ma anacronisticamente la discussione si può infatti affrontare il tema della morte cerebrale, identificandola con la dipartita dell'anima dal corpo; i giuristi si disinteressano delle questioni propriamente mediche che non ritengono di loro pertinenza, ma si limitano a specificare le

---

<sup>1</sup> Cfr. n. 9.

condizioni in base alle quali il diritto islamico, ispirandosi a una concezione della fisiologia inevitabilmente superata, determina l'accertamento della morte.

Anche un'altra questione capitale nell'economia dei trapianti, la donazione, è affrontata dal diritto islamico in termini molto diversi da quelli al centro del dibattito in Occidente, che ruota intorno a concetti — ispirati in ultima analisi alla *pietas* cristiana — come l'etica del dono.

Nell'Islam invece non solo non si parla di etica del dono, ma neppure si affronta direttamente la questione della possibilità di donare un organo. La discussione etico-giuridica prende le mosse dal tema della liceità di mutilare il proprio corpo a fin di bene: le fonti presentano accenni secondari a episodi in cui la mutilazione di una parte del corpo è accettata o respinta; da questi esili spunti si estendono creativamente le norme ai casi ben diversi di donazione di organo. I riferimenti formali a Corano e Tradizione sono a tal punto vincolanti che le normative in materia di trapianti emanate da alcuni paesi ispirandosi al diritto islamico sentono il bisogno di affermare esplicitamente che i medici che compiono l'espianto sono esclusi dal pagamento dell'indennizzo altrimenti previsto a carico di chi arreca un danno fisico. L'integrità del corpo è infatti fondamentale nella concezione islamica: la sua violazione, atto che ne profana la sacralità, è consentita solo se una superiore utilità lo richiede.

Lo spirito contrattualistico che permea la concezione islamica delle relazioni interpersonali fa sì che la donazione di un organo sia trattata alla stessa stregua della donazione di un bene: anche in questo caso, è necessario stipulare a chiare lettere che l'organo donato non può essere reclamato, a differenza di quel che avviene nel caso di doni materiali. Un corollario importante di questa visione, sulla base del principio fondamentale che quel che si può donare si può anche vendere, è la relativa apertura che il diritto islamico palesa verso la vendita di organi: anche se le legislazioni di molti paesi hanno recepito il divieto occidentale di compravendita, il mondo islamico mostra una maggiore tolleranza verso una pratica che il diritto considera lecita, fino all'estremo della legalizzazione avvenuta nell'Iran della Rivoluzione Islamica.

Analogamente, la discussione sulle diverse opzioni possibili in merito al tipo di trapianto e alla fonte degli organi è spostata sul piano rituale: si valuta *in primis*

se l'inserimento di un organo o tessuto estraneo violi le norme di purezza rituale che governano la vita dei credenti; nel caso specifico degli xenotrapianti, per esempio, non si esaminano questioni propriamente bioetiche, ma si discute della possibilità di impiantare organi provenienti da animali considerati impuri.

Il meccanismo tramite il quale si viene a fissare la giurisprudenza islamica su questi argomenti — in assenza di un magistero centrale come quello esercitato dal Papa nella Chiesa cattolica — è la richiesta di un parere giuridico (*fatwà*) a un esperto di diritto (*muftī*) che si esprime sulla base delle fonti.

Questa riflessione giuridica, nonostante pareri discordi — ogni giurista ha titolo a esprimere la propria opinione — ha condotto alla generale accettazione dei principali presupposti etici della trapiantologia. Nonostante qualche resistenza, si è fatta coincidere, come abbiamo visto, la morte cerebrale con il momento della separazione dell'anima dal corpo; le riserve del diritto islamico di fronte all'eventualità di mutilare il proprio corpo sono state superate facendo appello a due principi della dottrina giuridica islamica: il principio di necessità (*ḍarūra*) — per il quale vale “la scelta del minore fra due mali”, soprattutto quando sia in gioco la salvezza di una vita, per cui “la necessità fa eccezione alla regola e rende lecito ciò che altrimenti sarebbe vietato” — e il principio del beneficio pubblico (*istiṣlāḥ* o *maṣlaḥa*), che sancisce l'indiscussa priorità dell'interesse della comunità rispetto all'interesse del singolo; interpretazioni creative della distinzione fra impurità esterna e interna hanno poi reso sul piano teorico ammissibile l'impianto di organi e tessuti provenienti da animali impuri come il maiale, di cui non si può mangiare la carne e il cui contatto impone al credente un lavacro purificatore, ma alla cui presenza all'interno del corpo nulla si obietta.

Il dialogo fra giuristi islamici e medici musulmani è inevitabilmente dialettico. I medici, in quanto credenti, desiderano aderire nella misura del possibile ai dettami giuridici ed etici dell'Islam, ma richiedono innanzitutto criteri chiari, univoci e applicabili nel lavoro concreto e quotidiano di prestazione di cura ai pazienti: il loro orientamento nella richiesta di regole di condotta islamicamente corrette è deontologico più che etico-giuridico. I giuristi invece si preoccupano essenzialmente di estendere per deduzione le norme del diritto islamico a casi inediti: il loro primario interesse non risiede nella risoluzione dei problemi concreti che il medico si trova costretto ad affrontare. In molti casi le discussioni all'interno dei gruppi

misti di medici e giuristi che sempre più spesso si formano per affrontare i principali problemi bioetici alla luce degli insegnamenti della dottrina islamica si svolgono su piani sfasati, in cui gli interlocutori dibattono senza intendersi del tutto.

I temi al centro della riflessione bioetica internazionale non sono del tutto estranei al mondo islamico; tuttavia, anche quando i bioeticisti musulmani si sforzano di far propri i principi cardinali della bioetica occidentale, il loro punto di vista è nettamente distinto. Il concetto di beneficio pubblico ad esempio può essere assimilato — e da autori musulmani lo è davvero — al principio bioetico fondamentale di beneficenza, ma fra i due esiste una differenza cruciale nell'individuazione dell'oggetto del beneficio: per la bioetica occidentale, il beneficio è quello del paziente in quanto individuo; per i musulmani si tratta invece di un beneficio collettivo. Assimilare i due principi è dunque pericoloso, perché si rischia di mascherare sotto l'apparente identità terminologica una sostanziale differenza di contenuti: per il diritto islamico, ogniqualvolta interesse collettivo e privato collidono è quest'ultimo a cedere il passo; per la bioetica occidentale è vero il contrario.

Nonostante questo equivoco, ma in parte proprio grazie ad esso, le legislazioni dei paesi islamici — a parte casi di grande ritardo legislativo, come avviene per l'Egitto, paese tuttora privo di un quadro normativo in materia di trapianti — si sono sforzate, per quanto possibile, di conciliare gli standard consolidati in Occidente, e codificati anche dalle raccomandazioni delle organizzazioni internazionali quali l'OMS, con i principi del diritto islamico. In generale, questo processo ha portato all'elaborazione di norme sostanzialmente coincidenti con quelle in vigore nei paesi occidentali, seppure con formulazioni in parte mutate dal diritto; l'esigenza di includere comunque norme arcaiche ma sulle quali c'è consenso dei giuristi porta all'aggiunta di disposizioni marginali e dal nostro punto di vista paradossali, come l'equiparazione, dal punto di vista della donazione, dei parenti di latte ai parenti di sangue. Questa "islamizzazione" dell'etica dei trapianti ha avuto risultati assai positivi: in paesi conservatori, ma dotati di mezzi economici, come l'Arabia Saudita sono stati sviluppati importanti programmi di trapianti, una volta resa accettabile la tecnica anche ai musulmani più osservanti, attraverso opportuni pareri giuridici.

Il trapianto di organi nei paesi arabi e islamici ha visto un progresso lento ma costante negli ultimi anni,<sup>2</sup> con l'istituzione di numerosi centri specializzati e la fondazione di associazioni internazionali come la MESOT (Middle East Society for Organ Transplantation).<sup>3</sup> La mancanza di mezzi e di personale specializzato ha ostacolato la diffusione dei trapianti tecnicamente più complessi — il trapianto di fegato è ancora piuttosto raro, eccezion fatta per due paesi (non arabi appunto) per molti versi anomali nella regione, Turchia e Israele, che hanno sviluppato programmi di trapianti paragonabili a quelli dei paesi occidentali — e la difficoltà di sensibilizzare opportunamente la popolazione non ha ancora reso la donazione cadaverica una fonte sufficiente di raccolta di organi. Ne consegue che l'unico tipo di trapianto praticato in larga scala è il trapianto di rene da donatore vivente.

Nell'ambito delle politiche nazionali dei trapianti si sono avuti sviluppi originali, seppur controversi, nella Repubblica Islamica dell'Iran. Per combattere la scarsità di reni da donatore consanguineo, l'Iran è stato l'unico paese al mondo a regolamentare e legalizzare fin dal 1988 la donazione retribuita da donatore non consanguineo. Il modello iraniano — che evita molti dei problemi, etici e sanitari, abitualmente connessi al traffico di organi, attraverso una rigida regolamentazione che centralizza in organizzazioni controllate dallo stato selezione e compenso dei donatori, ed esclude rigorosamente donatori e riceventi stranieri per non alimentare il traffico — ha avuto un notevole successo, giungendo nel 1999 all'eliminazione delle liste d'attesa per i trapianti di rene, ma ha anche suscitato un intenso dibattito bioetico. I sostenitori del modello iraniano ne rimarcano gli aspetti positivi, e notano l'ipocrisia di normative che proibiscono le donazioni da non consanguinei, ma di fatto tollerano l'acquisto di organi da parte di malati ricchi in paesi del Terzo Mondo; altri fanno notare che anche l'equiparazione di consanguineo e altruistico è tutt'altro che scontata nei paesi non occidentali, come dimostra l'assoluta sproporzione fra mogli donatrici e mariti donatori, che fa sorgere almeno qualche

---

<sup>2</sup> La relativa novità della trapiantologia nel mondo arabo è riflessa dalle scelte terminologiche: 'trapianto' è reso con *zirā'a*, termine che significa propriamente 'coltivazione, dissodamento', applicato in ambito medico per estensione semantica.

<sup>3</sup> Sulla MESOT cfr. §III.2.2, a p. 211

dubbio sulla spontaneità della scelta di donare in contesti ove pressioni familiari e sociali possono essere fattori decisivi.

Del resto, anche gli oppositori della donazione fra non consanguinei si vedono costretti ad ammettere che la cronica scarsità di organi non può che condurre al traffico clandestino, senz'altro più pericoloso di un sistema regolamentato; peraltro, anche in paesi come gli Stati Uniti si sta diffondendo la prassi di accettare come donatori, accanto a parenti e congiunti, anche amici dei riceventi, una circostanza che in molti casi cela forme occulte di donazione retribuita.

Un esame attento della situazione della pratica dei trapianti nei diversi paesi islamici mostra un quadro assai variegato. Per ottenere una disposizione più organica abbiamo scelto di suddividere il mondo arabo-islamico in tre grandi aree relativamente omogenee: il Maghreb, il Medio Oriente e i paesi islamici non arabi del Medio Oriente.

Il paesi del Maghreb sono caratterizzati storicamente dal predominio politico e culturale della Francia (con il caso eccentrico della Libia, che è stata invece colonia italiana): questo aspetto, unito ai caratteri peculiari del colonialismo francese che ha palesato una fortissima tendenza ad assimilare culturalmente i paesi colonizzati, ha reso Marocco, Algeria e Tunisia particolarmente vicini all'Europa, anche nell'ambito del diritto. Di conseguenza, la legislazione relativa ai trapianti, come alle questioni bioetiche in generale, ha adottato in modo piuttosto acritico i modelli europei, analogamente a quanto è avvenuto nell'ambito del diritto civile (in Tunisia l'assimilazione del modello francese è giunta fino all'abolizione della poligamia). Di fatto però esiste una notevole distanza fra gli impianti legislativi spesso notevolmente avanzati — sempre in Tunisia, è stata introdotta la dizione di “donatore” sulla carta d'identità, e il presidente Ben Ali ha pubblicamente rivendicato la sua scelta personale a favore della donazione — e la prassi medica che, soprattutto per limitatezza di mezzi finanziari, non ha ottenuto risultati degni di nota: per contro, da questi paesi c'è un importante flusso migratorio di pazienti in attesa di trapianto verso la Francia.

Nel Medio Oriente arabo si ha una situazione molto variegata dal punto di vista sanitario, come riflesso delle disparate condizioni economiche: si va da paesi straordinariamente ricchi come l'Arabia Saudita e gli altri stati della Penisola Araba,

che sono stati in grado di attivare programmi importanti e per certi aspetti all'avanguardia, a paesi poveri come l'Egitto o la Siria, dove l'attività trapiantologica si limita di fatto a un numero peraltro insufficiente di trapianti di rene. Dal punto di vista del rapporto fra la legislazione moderna e il diritto islamico, gli stati dell'area presentano in generale gruppi islamisti di opinione ben organizzati e in grado di orientare in modo decisivo le scelte legislative. Paradossalmente, paesi come l'Arabia Saudita, dove il governo si propone programmaticamente l'obiettivo di realizzare una società islamica, sono riusciti, come s'è detto, a mettere in campo normative efficaci che, pur tenendo conto delle specificità islamiche in materia, hanno consentito di agevolare i programmi di trapianto. Per contro, paesi laici come l'Egitto hanno visto frustrati tutti i tentativi di emanare leggi in materia dalla dialettica fra lo stato e i gruppi di pressione religiosi.

Il terzo gruppo di paesi è il meno omogeneo, essendo identificato da un tratto negativo, cioè il fatto di non appartenere alla Nazione Araba. Tuttavia, tutti questi paesi hanno in comune il problema di conciliare la propria identità islamica con le sfide della modernità. Escludendo paesi come il Pakistan e il Bangladesh, nei quali le drammatiche condizioni sociali ed economiche non hanno consentito lo sviluppo di programmi significativi di chirurgia dei trapianti — e che al contrario hanno ottenuto il triste risultato di essere tra i più attivi centri di traffico di organi nel mondo, — i due principali paesi di questo gruppo, Turchia e Iran, hanno raggiunto attraverso strade diversissime importanti risultati nel campo dei trapianti di organo. L'Iran, come abbiamo visto, ha ideato e messo in atto un modello del tutto originale di gestione dei trapianti che, seppure molto discutibile, dimostra innegabilmente il dinamismo di una società che, a partire dalla Rivoluzione Islamica del 1979, ha cercato una via originale verso la modernità. La Turchia, al contrario, ha perseguito un coerente progetto di occidentalizzazione di tutti gli aspetti della società: nell'ambito che ci interessa più direttamente, questo percorso ha consentito di inserire il paese nell'élite mondiale dei trapianti, con strutture e risultati analoghi ai paesi occidentali, cui la Turchia si sforza di appartenere.

Un caso a parte è quello dello Stato di Israele, paese che a dispetto della sua collocazione geografica è legato storicamente e culturalmente all'Europa e in generale al mondo occidentale. Israele ha messo in atto, a dispetto dell'esiguità della sua popolazione, importanti programmi di trapianti che, nonostante la situazione di

conflitto perenne nell'area, beneficiano almeno in parte anche la popolazione araba con cittadinanza israeliana o sotto occupazione militare.

Il particolare valore che i trapianti di organo occupano nella psicologia collettiva è dimostrato dalla ricorrente accusa, peraltro del tutto infondata, che nel mondo arabo-islamico si rivolge a Israele, secondo la quale gli israeliani effettuerebbero trapianti asportando abusivamente e senza consenso alcuno gli organi di cittadini palestinesi. L'accusa ha trovato una surreale amplificazione in una recente serie televisiva iraniana che ha per protagonista una bambina palestinese cui gli israeliani asportano gli occhi per trapiantarli su un loro dirigente: il trapianto, intervento che al massimo grado tocca le più intime corde dell'emotività e coinvolge l'"anima" di donatore e ricevente, capovolge completamente le sue valenze positive in caso di espianto coatto, che viola più di ogni altro atto umano la sacralità del corpo.

Nel complesso, la disamina dei più aggiornati dati disponibili in merito ai trapianti nei paesi arabi e islamici mostra generalmente discreti livelli di successo, in alcuni casi paragonabili a quelli registrati nei paesi occidentali, grazie anche all'impiego diffuso di canali di formazione europei e nordamericani. Esiste ancora un netto squilibrio a favore della donazione da vivente, non tanto per ostacoli di tipo religioso (visto che la quasi totalità dei giuristi si è espressa a favore della donazione cadaverica), ma per difficoltà di ordine culturale, legate a timori di violazione dell'integrità del corpo: molti studi condotti in questi paesi rilevano la necessità di un'ampia opera informativa per far comprendere al pubblico, ma anche allo stesso personale sanitario, i vantaggi sociali derivanti dalla donazione di organi e la loro perfetta compatibilità con i principi etici islamici.

Questo aspetto è di particolare rilevanza anche per i paesi occidentali, e per l'Italia in particolare: il gran numero di immigrati provenienti da paesi islamici, in alcuni casi già di seconda o terza generazione, rende necessaria un'adeguata formazione del personale medico e infermieristico per consentire un approccio culturalmente corretto nei confronti dei pazienti e dei potenziali donatori di religione o cultura islamica. L'esperienza di paesi di più antica immigrazione (Regno Unito, Canada) dimostra che una scelta appropriata e ben pianificata delle modalità di comunicazione sul piano dei codici linguistici e culturali — ma anche delle disposizioni pratiche, ad esempio il rispetto dei riti islamici della morte e della

sepoltura — può dare risultati notevoli nel superamento di resistenze culturali che atteggiamenti indifferenti rischiano invece di cementare.

## I. L'ETICA MEDICA ISLAMICA

Nel mondo islamico, l'etica ha inevitabilmente una matrice giuridica e religiosa, che orienta il costume e gli atteggiamenti dei credenti; pur mancando — almeno nell'Islam sunnita, ch  diversa   la situazione dei gruppi sciiti<sup>4</sup> — istituzioni religiose formali, dotate — come nel mondo cristiano la Chiesa cattolica — di un magistero permanente e di un'autorit  religiosa suprema, alla base di qualsiasi atteggiamento nell'Islam vi   sempre un intendimento giuridico-religioso, donde discende un'etica islamica.

L'Islam permea ogni aspetto della vita quotidiana del credente — in arabo *muslim*, donde discende il nostro 'musulmano', — culturalizzando in termini legali e normativi ogni atto che compone l'esistenza sociale dell'individuo. L'Islam   religione di Legge: "It was jurisprudence which gave Islamic religious practice its form and guaranteed its continuity and coherence. Jurisprudence regulated the most material aspects of religion in society: marriage, divorce, birth, death, inheritance. The attempts of Muslims to come to terms with the problems of their society and history are reflected in it throughout."<sup>5</sup> Tutta la storia della civilt  islamica   da interpretarsi attraverso il prisma del diritto, le cui categorie plasmano ineluttabilmente il rapporto fra uomo, societ  e Dio.

---

<sup>4</sup> La distinzione fra sunniti e sciiti   la pi  importante divisione confessionale all'interno dell'Islam: originata dalle diverse risposte alla questione della guida della comunit  dei credenti — che per gli sciiti appartiene di diritto alla discendenza legittima del Profeta attraverso 'Al , suo cugino e genero, laddove i sunniti la attribuiscono, almeno in via teorica, al prescelto dalla comunit , nell'ambito di una trib  araba, quella dei Quraysh, cui appartiene Mu ammad — si   nel corso del tempo caricata di implicazioni giuridiche e, in certa misura, dogmatiche. All'Islam sunnita appartiene oggi la gran parte dei musulmani, mentre gli sciiti sono ovunque minoranza eccetto in Iran e Iraq. Sull'origine, lo sviluppo storico e la situazione attuale dello sciismo, cfr. Biancamaria Scarcia Amoretti, *Sciiti nel mondo*, Jouvence, Roma, 1994.

<sup>5</sup> Basim F. Musallam, *Sex and Society*, Cambridge University Press, Cambridge, 1983, p. viii.

L'etica che si vuole islamica si ispira alla *šarī'a* 'via diritta',<sup>6</sup> Legge divina, sorta di formulazione di principi dati da Dio, cui la prassi del credente deve conformarsi, almeno in linea teorica:<sup>7</sup> di qui l'insieme delle norme che disciplinano l'esistenza del musulmano e che governano il "foro" esterno della sua vita, con i suoi comportamenti sociali e privati, prescindendo dalla fede, il "foro" interno, di cui è giudice solo Dio. La *šarī'a*, secondo la tradizione islamica, è personale volontà di Dio, che sostituisce il concetto classico di *civitas*: non è legge impostata antropocentricamente, sancita dal popolo o dai suoi rappresentanti, bensì parola di Dio, diritto a lui coeterno, quindi sempre esistente, strutturato in sistema normativo attraverso l'opera di elaborazione dei giuristi nel corso dei primi secoli dell'Islam.<sup>8</sup> I sapienti (*'ulamā'* o *fuqahā'*, esperti di *ilm*, ovvero il sapere, la conoscenza, la scienza) sono i suoi interpreti, custodi delle norme di comportamento, depositari del consenso della comunità e arbitri della legittimità del potere, valutata sulla base della Legge. Questa si basa su quattro fonti, dette *uṣūl al-fiqh* 'radici del diritto', delle quali le prime tre sono considerate di origine divina: il Corano, la Sunna o Tradizione, il consenso (*iǧmā'*) dei dotti, il ragionamento analogico (*qiyās*).<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Etimologicamente il termine *šarī'a* indica una strada diritta, in particolar modo quella che conduce il bestiame verso una fonte d'acqua. Cfr. A. de Biberstein Kazimirski, *Dictionnaire Arabe Français*, 2 voll., Maisonneuve, Paris, 1860 (rist. Librairie du Liban, Beyrouth, s.d.), I, p. 1217.

<sup>7</sup> La condotta di vita del buon musulmano deve aderire in ogni forma a quelli che sono i dettami che la Legge impone: ciò è a tal punto vero che nella cultura islamica l'ortoprassi ha una importanza superiore all'ortodossia, concetto peraltro assai labile nell'Islam. Cfr. a questo proposito Giorgio Vercellin, *Istituzioni del mondo musulmano*, Einaudi, Torino, 1996, *passim*.

<sup>8</sup> Cfr. al proposito Francesco Castro, "Diritto musulmano", *Digesto*, UTET, Torino, 1990<sup>4</sup>, vol. VI, pp. 13 e 16-17.

<sup>9</sup> Il Corano è parola divina, trascritta nella lingua araba più pura, Rivelazione finale derivata da un archetipo celeste (la *umm al-Kitāb* 'la madre del Libro', ossia l'Originale della Scrittura o Tavola ben custodita), 'fatta discendere' da Dio al profeta Muḥammad attraverso l'arcangelo Gabriele tra il 609-610 e il 632, una prima volta per intero in una notte benedetta — ricordata nello stesso Libro come la Notte del Destino — e successivamente a frammenti, sicché un versetto posteriore

---

può abrogarne uno anteriore: il Corano giustifica la contraddizione tra versetti asserendo che Dio può sostituire vecchie disposizioni con nuove. Come parola di Dio, il Corano è eterno, immutabile, presente *ab aeterno* nella sostanza divina, increato (almeno per i sunniti): è *verbum mentis* che non consiste in suoni e lettere, che sono accidentali: secondo al-Ġazālī (1058–1111) le lettere che lo compongono sono sì temporali, ma comunque segni del linguaggio eterno di Dio. È il Libro che gli altri conferma e perfeziona, ovvero i messaggi profetici delle scritture precedentemente rivelate a Ebrei e Cristiani — *ahl al-Kitāb*, la Gente del Libro, coloro cui fu data una parte della Rivelazione, ovvero Torà e Vangeli. Muḥammad, uomo — molto umano e privo di qualsivoglia partecipazione divina e di santità, dacché non v'è santità nell'Islam, se non a livello popolare — che Dio ha prescelto come trasmettitore della sua parola, è il suggello dei profeti, conclude il grande messaggio monoteistico che ha avuto in Ebraismo e Cristianesimo due tappe, recuperate nella tradizione profetica: un versetto coranico recita “Oggi ho reso perfetta la vostra religione” (Cor.V 3). Il Corano è libro da sempre, non lo diventa, atto di scrittura cui Dio accondiscende — Muḥammad recita una parola scritta. *Qur'ān* (Corano) è lettura ad alta voce, salmodiata, recitazione, costituita di 114 sure, ‘capitoli’, divisi in un numero variabile di versetti, *āyāt*, ‘segni’ (di Dio): fatta eccezione per la prima, l'Aprente, in arabo *fātiḥa*, le sure sono ordinate per lunghezza in modo decrescente. Si possono raggruppare in due grandi insiemi, che corrispondono a due fasi della storia dell'Islam delle origini: le sure meccane, rivelate al Profeta durante la sua permanenza a Mecca, presentano temi prevalentemente escatologici (l'affermazione dell'assoluta unicità di Dio, l'annuncio del Giorno del Giudizio, la responsabilità dell'uomo verso il Dio unico, la denuncia del culto degli idoli); le sure medinesi, rivelate dopo la migrazione di Muḥammad e del primo nucleo della comunità di fedeli a Medina (l'Egira appunto, adattamento di *hiġra* ‘migrazione’, avvenuta nel 622, segna l'inizio dell'era islamica e il passaggio, col trasferimento fisico, pregno di valore simbolico, da Mecca a Medina, dal mondo pagano all'Islam, con la nascita della comunità di fede della *umma*, che prescinde dai vincoli di sangue che fondano i legami tribali), incarnano il ruolo, ormai affermato, di Muḥammad come capo politico riconosciuto, e presentano una componente giuridico-normativa che è espressione della polemica con gli ebrei e i cristiani della Penisola, che ancora non lo riconoscono profeta. Con qualche semplificazione, potremmo affermare che il Corano corrisponde, in quanto Rivelazione di Dio, al Logos cristiano (Cristo, verbo di Dio incarnato, Sua rivelazione), mentre la Sunna alla Bibbia, in quanto documentazione della Rivelazione. La Sunna (letteralmente ‘modo di fare’, ‘modo di vita’), strumento di interpretazione del Corano, è l'autorevole esempio del Profeta, l'insieme del contegno, la consuetudine di un uomo alla cui condotta esemplare, ispirata da Dio, è riconosciuta efficacia

Laddove la legge non si pronuncia, non trovando risposta a inedite questioni poste dall'avanzare del tempo — nella fattispecie, si sottrae ad offrire soluzioni a taluni problemi posti dagli sviluppi della medicina contemporanea, — il fedele può ricorrere a un parere giuridico (*fatwà*),<sup>10</sup> basato sul ragionamento analogico, richiesto a un dottore della Legge (*muftī*), parere che è personale e non giuridicamente vincolante per i fedeli. Peraltro, qualunque musulmano che si dedichi allo studio della Legge, maturando conoscenza adeguata e generalmente riconosciuta dalla comunità, ha facoltà di esprimere pareri giuridici. Anche in questo caso, l'Islam non contempla vere e proprie istituzioni formali — pur

---

normativa, divenendo fonte di norme di comportamento, cui la vita del credente deve conformarsi in nome del *taqlīd*, l'imitazione del Profeta, che definì con i suoi atti e con le sue parole ciò che è bene. Nell'Islam quel che è bene è ciò che si conosce, il comportamento noto, dunque degno di imitazione da parte dei musulmani di ogni tempo e luogo. La Sunna o Tradizione è costituita dagli *ḥadīṭ*, resoconti di un comportamento, racconti composti dal testo vero e proprio e da una parte che lo precede chiamata *isnād*, 'appoggio', 'sostegno', cioè la catena ininterrotta di testimoni-trasmittitori che hanno trasmesso il racconto, e che si susseguono all'indietro fino al primo testimone-trasmittitore che vide o udì Muḥammad. L'*isnād* è garanzia di veracità per gli *ḥadīṭ*, attraverso la reputazione e la buona fede dei trasmettitori di tradizioni, che tramandavano i racconti oralmente: è bene ricordare che la civiltà islamica si struttura sul primato della parola detta e dell'ascolto, la fissazione scritta ha ruolo di mero supporto, come misura normativa e restrittiva, in questo caso contro l'attitudine a stabilire false catene di credenze ritenute valide. Il consenso (*iǧmāʿ*) è l'accordo di opinione della comunità (*umma*), che viene a coincidere con quello dei dotti (*ʿulamāʿ*) e garantisce, agli occhi dei credenti, l'interpretazione autentica e autorevole di Corano e Sunna: è considerato verità infallibile ed ha quindi valore normativo dal momento che, come recita una tradizione, "la *umma* non si troverà mai d'accordo su un errore". L'ultima delle quattro radici del diritto, il ragionamento analogico (*qiyās*), si fonda sulla comparazione fra un caso nuovo e uno originario analogo, già qualificato dalle tre precedenti fonti, per analogia o somiglianza: è uno strumento logico fondato sul ragionamento umano, che ha la funzione importantissima di consentire ai giuristi di adattare — senza tuttavia conferire la facoltà di introdurre nuove norme — il diritto islamico classico, cristallizzato nel Medioevo, ai bisogni della modernità.

<sup>10</sup> Sulla *fatwà*, cfr. n. 41 sotto.

esistendo centri di studio di universale rinomanza, come l'università di al-Azhar, in Egitto — che attribuiscano titoli validi per l'esercizio della giurisprudenza.<sup>11</sup>

### 1. *Le origini dell'etica medica islamica: medicina profetica, medicina scientifica e diritto.*

Il Corano e la Sunna non presentano riferimenti diretti alla medicina in senso stretto; tuttavia, gli studiosi islamici medievali che si sono occupati di medicina si sono sforzati di dedurre una serie di precetti igienici, che potremmo definire di medicina popolare, che vengono classificati sotto l'etichetta di “medicina profetica” (*al-ṭibb al-nabawī*).<sup>12</sup> Questa costruzione, in parte arbitraria e comunque scarsamente rilevante ai fini della prassi medica propriamente detta, ha il duplice obiettivo di mitigare la totale dipendenza, peraltro palese, della medicina islamica dal modello galenico tardoantico e di legittimare la medicina — altrimenti

---

<sup>11</sup> Sul carattere informale delle istituzioni legate alla trasmissione del sapere nell'Islam medievale — ma il quadro è sostanzialmente applicabile, *mutatis mutandis*, anche alle età moderna e contemporanea — fondamentale lo studio di Michael Chamberlain, *Knowledge and Social Practice in Medieval Damascus, 1190-1350*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994. Cfr. anche Biancamaria Scarcia Amoretti, “Profilo della realtà arabo-islamica medievale”, in Mario Capaldo, Franco Cardini, Guglielmo Cavallo, Biancamaria Scarcia Amoretti, a c. di, *Lo spazio letterario del Medioevo, 3. Le culture circostanti, II. La cultura arabo-islamica*, Salerno Editrice, Roma, 2003, pp. 67-101, soprattutto le pp. 98-106 (“Per una tipologia del diritto islamico”).

<sup>12</sup> Sulla medicina profetica cfr. Abdul Jalil, “*Tibb al-Nabī*”, *Studies in History of Medicine*, 1/2, 1977, pp. 129-143. Sull'argomento, molti sono i testi divulgativi e apologetici; in italiano cfr. Yunus Hassan Dara “La Medicina del Profeta”, *Islamica*, 1, 1998, pp. 12-14; Muhammad Salim Khan, *Islamic Medicine*, Routledge, London, 1986 (tr. it. di Carla Sborgi, *Medicina Islamica*, Red, Como, 1992); Abdul Hameed, “The holy Prophet as a healer”, *Studies in History and Medicine*, 1/3, 1977, pp. 236-249.

considerata “scienza greca” o “straniera” nei cataloghi islamici delle discipline scientifiche<sup>13</sup> — da un punto di vista islamico.

La tendenza, ben delineata in epoca medievale, mira a dimostrare come anche la ricezione delle scienze “greche” — di cui la medicina, imbevuta di spirito ippocratico e galenico, è l’esempio più autorevole, — si sia innestata su una riflessione autoctona. Si inserisce in questa prospettiva il tentativo di accreditare l’esistenza della medicina profetica, desumibile dagli accenni a pratiche mediche contenuti nella Sunna — distinta dalla medicina scientifica di influsso greco e a questa preesistente. Parallelamente, le fonti arabe riportano frequenti riferimenti a contatti dell’Arabia pre- e protoislamica con tradizioni mediche indipendenti da quella greca, in particolare con la medicina persiana. Da parte di storici musulmani s’è tentato, a tal fine, di accreditare informazioni semileggendarie a supporto dell’esistenza della medicina profetica, legata principalmente alla figura mitizzata di al-Ḥārīt Ibn Kalada, personaggio i cui riferimenti cronologici sfuggono a una fissazione certa, comunque considerato, pur nella sua nebulosa presenza, come il progenitore della medicina araba.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Sulla classificazione delle scienze nel mondo islamico medievale, cfr. Jean Jolivet, “Classification of the Sciences”, in Roshdi Rashed, a c. di, *Encyclopedia of the History of Arabic Science*, Routledge, London, 1996, vol. III, pp. 1008–1025.

<sup>14</sup> Non è sicuramente casuale, fra l’altro, che il celebre scrittore al-Ġāḥiẓ (sec. IX), nel riportare un aneddoto sul monopolio di fatto della professione medica esercitato dalle comunità cristiane nestoriane di lingua siriana, scelga come esempio di *kunya* (tecnonimico, ossia nome che si assume a partire da quello del figlio, premettendovi Abū ‘padre di...’) poco credibile per un medico, proprio Abū al-Ḥārīt. Il credito di cui godeva al-Ḥārīt Ibn Kalada, almeno nella società abbaside del secolo III/IX, non doveva essere altissimo: “[Asad Ibn Ġānī] era medico, e una volta si trovò senza lavoro. Qualcuno gli disse: “È un anno di epidemia, le malattie sono diffuse: tu sei sapiente, paziente, servizievole, hai eloquenza e perspicacia. Come puoi essere in crisi?”. E lui rispose: “Per prima cosa, sono musulmano, e la gente — da prima che diventassi medico, anzi fin da prima che nascessi, — crede che i musulmani non siano stalloni nella medicina. Mi chiamo Asad [nome arabo], ma farei meglio a chiamarmi Ṣalīb, Ġibrīl, Yūḥannā o Bīrā [tutti nomi cristiani]. La mia *kunya* è Abū al-Ḥārīt, e meglio sarebbe che fosse Abū ‘Isa, Abū Zakariyya,’ o Abū Ibrāhīm [tecnonimici tipici dei

La pratica popolare medica preislamica è stata così reinterpretata per legittimare la medicina, scienza greca per eccellenza, alla nuova luce dell'Islam: è stato compiuto il consueto processo di culturalizzazione e di destoricizzazione che l'Islam classico ha messo in atto nel corso della sua evoluzione storica nelle dinamiche di acculturazione — processo che applicato alla scienza medica, la sottrae alla sua appartenenza storica, quella greca.<sup>15</sup>

C'è da riconoscere che la distinzione teorica fra medicina profetica e medicina scientifica non si riverbera nella pratica quotidiana del medico: nella prassi, tradizione popolare e medicina colta non entrano in contrasto, e spesso elementi dell'una e dell'altra coesistono — tanto nella medicina medievale quanto in quella odierna — nell'elaborazione di una terapia, lasciando spazio a una interazione non mutualmente esclusiva fra i due sistemi.<sup>16</sup>

Nella prospettiva del diritto islamico, la legittimazione di una determinata pratica medica consiste nel rintracciare una prassi simile, o analoga, nelle fonti

---

cristiani]. Indosso un vestito di cotone bianco [dei musulmani], ma dovrebbe essere di seta nera [dei cristiani]. Parlo con accento arabo, ma sarebbe meglio se parlassi la lingua della gente di Gondēšāpūr [il siriano, lingua dei cristiani nestoriani]”. al-Ġāhiz, *Kitāb al-buḥālā'*, ed. Muḥammad Suwayd, Bayrūt, 1408/1988, p. 160. In questo contesto dunque avere un nome chiaramente musulmano avrebbe financo costituito un ostacolo all'esercizio della professione.

<sup>15</sup> Sulle tematiche dell'acculturazione, cfr. Biancamaria Scarcia Amoretti e Alessandro Bausani, a. c. di, *Il mondo islamico tra interazione e acculturazione*, Istituto Studi Islamici-Università degli Studi di Roma, Roma, 1981.

<sup>16</sup> Un esempio della continuità storica di prassi taumaturgiche legate al testo coranico si ritrova nelle pratiche magico-religiose legate alla scrittura sacra, diffuse in tutto il mondo islamico: da menzionare, le coppe “del terrore” (*tāsāt al-tarba*), recipienti di ottone o rame con incisi versetti coranici, che trasferiscono virtù curative all'acqua che li bagna; l'ingestione di acqua in cui è stato diluito l'inchiostro con cui sono state scritte formule coraniche; infine, l'impiego di scatoline contenenti versetti coranici, analogamente ai filattèri ebraici. Cfr. Giorgio Raimondo Cardona, *Antropologia della scrittura*, Loescher, Torino, 1987, pp. 171-173; 185-187.

sciaraitiche,<sup>17</sup> ovvero Corano, Sunna, *iğmā‘* e *qiyās*. Mancando un precedente vero e proprio, è sufficiente una semplice allusione, cui i giuristi possano ancorarsi per giustificare l’impiego di un dato procedimento.

Inoltre, ogni tecnica terapeutica efficace può essere a buon diritto accettata in base a due principi fondamentali della dottrina giuridica islamica: il principio di necessità (*darūra*) — per il quale vale “la scelta del minore fra due mali” (*irtikāb aḥaff al-ḍararayn*), soprattutto quando sia in gioco la salvezza di una vita: “la necessità fa eccezione alla regola e rende lecito ciò che altrimenti sarebbe vietato” (*al-ḍarūrāt tubīḥu al-mahzūrāt*)<sup>18</sup> — e il principio del beneficio pubblico (*istiṣlāḥ* o *maṣlaḥa*)<sup>19</sup> che sancisce l’indiscussa priorità dell’interesse della comunità (*umma*) rispetto all’interesse del singolo individuo.

Il valore assoluto della sacralità della vita trova la radice della sua legittimità in un versetto del Corano (che riprende la celebre massima della *Mišnah*,<sup>20</sup> secondo la quale salvare la vita di un uomo corrisponde a salvare l’umanità intera):

Per questo prescrivemmo ai figli d’Israele che chiunque ucciderà una persona senza che questa abbia ucciso un’altra o portato la corruzione sulla terra, è come se avesse ucciso l’umanità intera. E chiunque avrà vivificato una persona sarà come se avesse dato vita all’umanità intera.<sup>21</sup>

---

<sup>17</sup> ‘Sciaraitico’ è adattamento italiano, consueto negli studi arabistici e islamistici, dell’aggettivo arabo *šara ī* ‘relativo, conforme alla *šarī‘a*’.

<sup>18</sup> David Santillana, *Istituzioni di diritto musulmano malichita con riguardo anche al sistema sciafiita*, II ed., 2 voll., Istituto per l’Oriente, Roma, 1938-1943, vol. I, p. 68.

<sup>19</sup> Cfr. Santillana, *op. cit.* vol. I, pp. 70 sgg.

<sup>20</sup> La *Mišnah* è fondamentalmente un commento giuridico della Torà (Pentateuco) redatto, secondo la tradizione, intorno al secolo II d. C. Per un’introduzione cfr. Frédéric Manns, *Pour lire la Mishna*, Franciscan Printing Press, Jerusalem, 1984 (tr. it. di Giulio Busi, *Leggere la Mišnah*, Paideia, Brescia, 1987).

<sup>21</sup> Cor. v 32.

Allo stesso tempo il Corano, come del resto pure la Bibbia, contempla delle eccezioni al valore della sacralità della vita umana e dell'integrità della persona, che in talune circostanze perde i suoi caratteri di universalità e di absolutezza, nella misura in cui il Libro sacro prevede l'applicazione della cosiddetta "legge del taglione" nel caso in cui vengano commessi alcuni reati:<sup>22</sup>

O voi che credete! In materia d'omicidio v'è prescritta la legge del taglione: libero per libero, schiavo per schiavo, donna per donna; quanto a colui cui venga condonata la pena dal suo fratello si proceda verso di lui con dolcezza; ma paghi un tanto, con gentilezza, all'offeso. Con questo il vostro Signore ha voluto misericordiosamente alleggerire le precedenti sanzioni; ma chi, dopo tutto questo, trasgredisca la legge, avrà castigo cocente. — La legge del taglione è garanzia di vita, o voi dagli intelletti sani, a che forse acquistiate timor di Dio. —<sup>23</sup>

La crudezza del taglione è tuttavia mitigata da un altro versetto, che consiglia in certo modo, ma sempre in armonia con la spietata realtà sociale del tempo, moderazione:

E non uccidete alcuno (che Dio l'ha proibito) senza giusto motivo: quanto a chi è ucciso ingiustamente, Noi diamo al suo curatore potestà di vendicarlo; ma questi non ecceda nella vendetta, ché penserà Dio ad aiutarlo.<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Questi reati, per i quali è prescritta una pena nel Corano, sono definiti con il termine *ḥadd* 'impedimento, limite' e hanno uno statuto speciale: rientrando nei "diritti di Dio" (*ḥuqūq Allāh*), non sono suscettibili di remissione.

<sup>23</sup> Cor. II 178-179.

<sup>24</sup> Cor. XVII 33; cfr. inoltre II 194; V 45; XLII 39-41.

La flessibilità dei principi di necessità e di beneficio pubblico garantisce all'etica islamica una forte impostazione pragmatica, il che, insieme alla gestione "laica" del potere nella gran parte dei paesi islamici, oggi si traduce nella riduzione della *šarī'a* al ruolo di sistema giuridico parallelo, per lo più circoscritto al diritto di famiglia (e anche qui non senza limitazioni, come è avvenuto per la proibizione della poligamia in Tunisia); così avviene che i *muftī* nominati dal governo divengano dei veri e propri dipendenti statali<sup>25</sup> — in contrasto come s'è visto con lo spirito stesso del diritto islamico che, in teoria almeno, non prevede altra legittimazione che la conoscenza,<sup>26</sup> — col compito di garantire una legittimazione giuridico-religiosa alle politiche perseguite dal governo.

---

<sup>25</sup> Sui tentativi di cooptare parte dei *muftī* nella burocrazia statale al fine di migliorare la gestione del consenso cfr. la nota 46 sotto.

<sup>26</sup> Il valore della scienza-conoscenza, *'ilm*, nella civiltà islamica medievale svolge un ruolo cardinale nella definizione dello status sociale dell'individuo e nella legittimazione del potere, a tal punto che la strategia dei clan per la conquista del potere è legata esclusivamente alla trasmissione del sapere: *'ilm* è il prestigio dell'uomo colto, capitale culturale e garanzia di sopravvivenza sociale per l'élite civile che detiene il potere ideologico, mancando l'Islam di meccanismi legali di stabilità sociale — non v'è aristocrazia, né diritti ereditari; inoltre, l'assenza dell'istituto della primogenitura conduce alla frammentazione della proprietà, che diviene facile oggetto di predazione — e di un'organizzazione formale del potere (non ci sono istituzioni, come lo stato, né strutture collettive formali, come la Chiesa, le corporazioni o la burocrazia). *Ilm* è sapere inteso come ricompensa per lo sforzo volto alla sua acquisizione, che non coinvolge l'idea di genio e di intelligenza naturale, diverso dunque dal sapere razionale o intelletto (*'aql*) e dal sapere filosofico di matrice greca (*hikma*, che comprende la medicina, definita *šinā'a* 'officina', 'pratica'). Le "ali" del *'ilm* sono la memoria, simbolo che legittima l'autorità del sapere, e la disputa — il teatro dove gli eruditi sfoggiano la loro bravura, luogo privilegiato di scontro politico, dal momento che l'antagonismo sociale è concepito come antagonismo tra giusto e sbagliato in fatto di sapere. La conoscenza è portata facilmente all'errore perché legata alla memorizzazione: da ciò discende l'importanza della grammatica, come strumento che garantisce all'uomo colto migliori *performances* nella recitazione (era necessario conoscere l'*isnād* — la catena di testimoni-trasmittitori di tradizioni — a memoria). Sull'argomento cfr. Michael Chamberlain, *op. cit.*, *passim*; per una introduzione generale alle questioni relative alla

Per contro, la tendenza attuale alla reislamizzazione — diffusa nella quasi totalità del mondo islamico sull'onda della delusione suscitata dai fallimenti dei regimi laicisti (insuccessi nei conflitti arabo-israeliani e incapacità di liberarsi dai limiti del sottosviluppo) e della conseguente presa del potere da parte dell'ayatollah<sup>27</sup> Khomeini (1900–1989) e dei suoi seguaci in Iran — ha privato l'ispirazione secolare a lungo prevalente nelle politiche degli stati arabi delle sue connotazioni positive. Di conseguenza, oggi il laicismo inevitabilmente appare, agli occhi delle tendenze prevalenti nell'opinione pubblica, alla stregua di una supina e condannabile capitolazione ai valori dell'Occidente.

I regimi laici non sono potuti restare del tutto insensibili al mutato orientamento della società e hanno dovuto accogliere in qualche misura le istanze politicamente meno pericolose dei movimenti islamisti. In particolare, alcuni paesi arabi — è il caso dell'Egitto negli ultimi anni del regime di Anwar Sadat (1970–1981) — hanno riformato in senso restrittivo e, per così dire, islamicamente corretto il diritto di famiglia, invertendo la precedente tendenza ad accogliere acriticamente i modelli europei.

## 2. *L'etica medica islamica*

In ambito islamico, la bioetica non ha ancora acquisito lo statuto di una disciplina indipendente. Questo aspetto è riflesso anche dall'assenza di una terminologia autonoma: gli autori arabi che si occupano della materia utilizzano la traslitterazione dell'inglese *bioethics* o del francese *bioéthique*, a seconda dell'area di influenza storica e culturale.<sup>28</sup> L'assenza di un termine istituzionalizzato per rendere il concetto di bioetica è confermato dall'uso dell'espressione *ahlāqiyyāt al-biyūlūğiyā* 'etica della biologia' nella traduzione araba provvisoria della "Universal

---

trasmissione del sapere nell'Islam medievale v. anche Leonardo Capezzone, *La trasmissione del sapere nell'Islam medievale*, Jouvence, Roma, 1998, *passim*.

<sup>27</sup> Ayatollah è espressione araba (*āyat Allāh* lett. 'segno di Dio') che indica oggi, ed è uso recente, uno dei gradi più elevati nella gerarchia dei giurisperiti sciiti.

<sup>28</sup> Cfr. Dariusch, Atighetchi, *Islam, musulmani e bioetica*, Armando, Roma, 2002, p. 22.

Declaration on Bioethics and Human Rights” dell’International Bioethics Committee (istituito nel 1993) dell’UNESCO — di cui l’arabo è una della sei lingue ufficiali, — approvata il 19 ottobre 2005.<sup>29</sup> L’uso di prestiti o calchi è significativo per una lingua come l’arabo, che per motivi puristici, in parte legati al suo ruolo di lingua sacra, è in generale refrattaria all’adozione di termini stranieri.

I motivi di questa assenza di autonomia della bioetica in ambito islamico sono diversi. Da un lato, i problemi etico-giuridici posti dal progresso medico-scientifico restano confinati a uno stadio quasi sempre teorico, per la relativa arretratezza della ricerca; d’altra parte l’interesse per le questioni bioetiche è prevalentemente limitato agli esperti e ai professionisti, e non riesce abitualmente a raggiungere il grande pubblico. Esempi di partecipazione della società civile come il dibattito che ha accompagnato il recente referendum sulla fecondazione medicalmente assistita, o in passato il referendum sull’IVG, sono sconosciuti in ambito islamico.

Un altro motivo che contribuisce a spiegare la difficoltà della bioetica di ritagliarsi uno spazio autonomo è specifico delle società islamiche: l’etica non è percepita come disciplina indipendente basata su principi propri, ma come gemmazione del diritto. Di conseguenza, i temi che in ambito occidentale sono percepiti come specificamente bioetici risultano per molti musulmani semplici questioni giuridiche, compresi a stento come classe a sé stante.

Caratteristico dell’atteggiamento dei giuristi islamici è il tentativo di legittimare i principi fondamentali della bioetica — beneficenza/non maleficenza, autonomia, giustizia, emersi nel dibattito statunitense degli anni Sessanta e Settanta e sistematizzati da Beauchamp e Childress nel 1979,<sup>30</sup> — rintracciandoli nelle fonti del diritto islamico e legandoli ai concetti di necessità, *ḍarūra*, e di beneficio pubblico, *istiṣlāḥ* o *maṣlaḥa*.<sup>31</sup> In questo modo, temi di origine occidentale sono

---

<sup>29</sup> Il testo arabo provvisorio è disponibile sul sito <http://portal.unesco.org>.

<sup>30</sup> Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 1994<sup>4</sup>, tr. it. a c. di F. De Martis, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze, 1999. La prima edizione inglese dell’opera risale appunto del 1979.

<sup>31</sup> Cfr. la discussione in Atighetchi, *op. cit.* pp. 22 sgg.

reinterpretati e rivissuti come propri, facilitandone l'assimilazione e l'accettazione; si tratta di un metodo che ha importanti antecedenti storici: già nel periodo di formazione della giurisprudenza islamica, molti elementi del diritto romano furono per così dire "islamizzati" legittimandoli mediante tradizioni profetiche, *ḥadīṭ*, in parte presumibilmente apocrife. Altro esempio più recente, David Santillana (1855-1931) — autorevole studioso del diritto islamico — ricorda che nel corso della sua collaborazione alla redazione del Codice delle Obbligazioni e dei Contatti tunisino in molti casi era stato possibile far accettare ai giureconsulti norme inizialmente respinte, riformulandole sulla base di precedenti rintracciati nel diritto islamico.<sup>32</sup>

Tuttavia, la reinterpretazione di concetti fondamentali della bioetica occidentale in termini islamici non è priva di conseguenze. La bioetica in Occidente è stata dominata da un approccio definito "etica dei principi" o principalismo: l'etica medica si basa sulla definizione di principi universali che vengono applicati ai casi specifici concreti, gestendone gli eventuali conflitti. Il principalismo trae i suoi riferimenti storici dalla deontologia kantiana e dall'utilitarismo di Stuart Mill (1806-1873), ed è quindi imbevuto di tradizione filosofica occidentale. L'adattamento islamico di questi principi inevitabilmente li snatura: i bioeticisti musulmani li reinterpretano alla luce di un quadro di riferimento diverso, quello del diritto islamico che, anche quando arriva a conclusioni simili sul piano pratico, non può che basarsi su differenti premesse.

Il risultato più evidente di questa discrepanza è nella definizione stessa dei principi fondamentali. Nell'ambito della cultura occidentale, l'idea di beneficio è prettamente individuale: il benessere collettivo deriva dal massimo soddisfacimento dei desideri individuali; di conseguenza, i principi bioetici devono tendere alla realizzazione delle aspirazioni dei singoli, prima che delle esigenze della società. Il principio di autonomia è quindi di primaria importanza, perché incarna il rispetto della libertà individuale.

Per contro, il diritto islamico pone l'accento sulle esigenze della comunità più che su quelle dei singoli. Il concetto di beneficio è *in primis* pubblico: è l'utilità per

---

<sup>32</sup> Cfr. Nicola Gasbarro, a c. di, *La città dell'Islam e la città della guerra*, Giuffrè, Milano, 1991.

l'intera comunità, non per i singoli individui che la compongono, che giustifica la violazione o la sospensione di norme giuridiche. Ne consegue che il principio di giustizia — sempre inteso in senso collettivo: è giusto ciò che è bene per la *umma* — ha la prevalenza sugli altri, in specie sul principio di autonomia.

Qualche esempio chiarirà la differenza dei punti di vista, islamico e occidentale. Con la diffusione nel mondo islamico della sanità pubblica si è determinato il problema di conciliare l'esigenza di assicurare la miglior cura possibile con il rispetto delle norme islamiche che governano il rapporto fra i sessi: in specie, in molti paesi islamici, la quasi totalità dei medici sono di sesso maschile, e il diritto vieta alle donne di mostrare le parti intime a uomini che non abbiano con loro rapporti di parentela o che non ne siano i coniugi. Laddove in Occidente non ci sono esitazioni, neppure da parte degli appartenenti a confessioni religiose, nel dare priorità alle esigenze di cura, i giuristi islamici conferiscono la massima importanza al rispetto delle norme comportamentali: preferibilmente una donna deve essere curata da un medico donna, o in alternativa il medico deve evitare, per quanto possibile, il contatto e la vista diretti delle parti intime e comunque non deve restare solo, in una stanza chiusa, con la paziente. Solo in caso di pericolo di vita, si possono violare queste norme. Il diritto islamico dà dunque la precedenza all'esigenza collettiva del rispetto della moralità e del pudore, considerato garanzia di ordine pubblico e di stabilità sociale, nei confronti dell'esigenza individuale di cura.<sup>33</sup>

Un altro caso in cui le esigenze della collettività prevalgono sui diritti dei singoli è quello della somministrazione della giustizia penale: nei paesi, come Arabia Saudita e Iran, in cui vige l'applicazione delle pene *ḥadd*<sup>34</sup> — ad esempio il taglio della mano per i ladri — è previsto, come misura di progresso, che le mutilazioni non siano effettuate dal boia, come in passato, ma da un medico, che sia in grado di assicurare che l'“operazione” non produca altri danni oltre a quelli ovvi della menomazione. Anche in questo caso la tutela del beneficio collettivo — proteggere la società dal crimine punendo i colpevoli — e della norma prevale sull'obbligo per il

---

<sup>33</sup> Cfr. p. 22.

<sup>34</sup> Sul concetto di *ḥadd*, cfr. n. 22.

medico di non arrecare danno al paziente. Il principio di giustizia collettiva vince sull'ippocratico *primum non nocere*.

Anche se la riflessione bioetica in ambito islamico è stata indubbiamente stimolata dal confronto col modello occidentale, il diritto islamico non è nuovo ad affrontare questioni che possono essere considerate attinenti all'etica medica. Le sue preoccupazioni di etica medica affondano le proprie radici nel ricchissimo patrimonio della cultura islamica classica: già in epoca medievale molti furono gli autori — al-Ruhāwī, al-Ṭabarī, al-Mağūsī, Ibn Ridwān al-Bağdādī, Ibn Abī Usaybi'a — che si impegnarono ad affrontare questioni che oggi diremmo di etica medica.<sup>35</sup>

Il principale trattato arabo medievale specificamente dedicato all'etica medica è *Adab al-ṭabīb* 'la buona condotta del medico' di Ishāq Ibn 'Alī al-Ruhāwī (*floruit* fine secolo IX), largamente ispirato a un'opera di Rufo di Efeso (secc. I-II d.C.). Il testo tratta ampiamente le qualità, soprattutto morali, necessarie al medico in quanto agente di Dio — cui risale in ultima istanza la guarigione — e l'atteggiamento che questi deve tenere nei confronti del paziente. In particolare, al medico si raccomanda di “non essere vendicativo, invidioso, frettoloso, umorale, avido, ma al contrario di essere indulgente, umile, erudito, pacato, pulito dentro e fuori”. Secondo al-Ruhāwī, Dio concede il dono di diventare medico solo a “chi ha cuore puro, intelletto acuto, propensione al bene...”.<sup>36</sup>

In che misura le prescrizioni teoriche dei trattati di etica medica si riverberassero nella prassi quotidiana lo si può evincere dai consigli dati agli aspiranti medici in opere del genere degli “specchi per principi” — trattati didascalici che compendiarono consigli di varia umanità a uso di un giovane sovrano o anche del figlio dell'autore. Leggiamo nel capitolo consacrato allo studio

---

<sup>35</sup> Samuel P. Asper e Fuad Sami Haddad, “History of Medical Ethics: Contemporary Arab World”, in Warren T. Reich, a c. di, *Encyclopaedia of Bioethics*, New York 1978, vol. 2, pp. 888-891; Abdul Hameed, “Medical Ethics in Islam”, *Studies in History and Medicine*, 5/2, 1981, p. 153. Per un'introduzione divulgativa al rapporto fra diritto islamico ed etica medica cfr. Dariusch Atighetchi, “Problemi bioetici nel diritto islamico”, *Kos*, 97,1993, pp. 30-33.

<sup>36</sup> Hameed, *op. cit.*, pp. 153-155.

della scienza medica del *Libro dei consigli* (*Qābūs-Nāma*) del principe persiano Kay Kā'ūs Ibn Iskandar (sec. X), della dinastia degli Ziyaridi:

Il medico esperimenti spesso terapie, ma non su persone conosciute o di grande reputazione. Egli deve aver lavorato negli ospedali, esaminato parecchi pazienti e risolto un gran numero di casi, in modo che le malattie rare non presentino per lui difficoltà alcuna e le disfunzioni delle varie membra e degli organi interni non costituiscano mistero.

Dovrà vedere con i suoi stessi occhi ciò che ha imparato nei libri e trovare rimedio a qualsiasi situazione. [...]

I suoi abiti e la sua persona devono essere sempre puliti e profumati, e al capezzale d'un malato è opportuno che egli si rechi con volto affabile, dicendo qualche parola gentile atta a confortarlo. Tali incoraggiamenti da parte del medico producono, tra l'altro, benefici effetti sul calore naturale. [...]

Non esagerare mai, insomma, con i medicinali; se il risultato che desideri si può raggiungere con sedativi e calmanti, smettita di somministrare troppi emetici; quando tuttavia le cose minaccino di sfuggire al tuo controllo, passa ai rimedi energici senza perdere tempo coi palliativi.

Ricòrdati, inoltre, di non sgridare mai un ammalato e di impegnarti a fondo soprattutto con il convalescente, evitando di dire che oramai è fatta; al ghiottone, infine, non imporre severi obblighi di dieta, poiché non vi acconsentirà, ma prodigati piuttosto per arginare le infauste conseguenze di ciò che ha ingollato.

Per un medico, in conclusione, la migliore qualità è quella di conoscere i farmaci e di diagnosticare bene.<sup>37</sup>

Si tratta pur sempre di una rappresentazione idealizzata — “gli specchi per principi” non mirano a raffigurare la realtà, ma a dipingere un modello cortese, —

---

<sup>37</sup> Kay Kā'ūs Ibn Iskandar, *Il Libro dei consigli*, a c. di Riccardo Zipoli, Adelphi, Milano, 1981, pp. 199-202.

tuttavia la stessa presenza di un intero capitolo dedicato alla medicina e alla figura, sociale prima ancora che professionale, del medico in un'opera di questo genere è un evidentissimo indice della diffusione dei principi etici della medicina nel sentire comune dell'élite sociale e culturale, pubblico d'elezione di questo genere letterario. Accanto alle buone regole di condotta consigliate ("al capezzale d'un malato è opportuno che egli si rechi con volto affabile", "non esagerare mai, insomma, con i medicinali", "ricòrdati, inoltre, di non sgridare mai un ammalato e di impegnarti a fondo soprattutto con il convalescente, evitando di dire che oramai è fatta"...), Kay Kā'ūs include precetti pratici più consoni alla pur spietata realtà sociale del tempo: gli esperimenti terapeutici vanno condotti su pazienti ordinari, "ma non su persone conosciute o di grande reputazione."

Lo sviluppo della civiltà arabo-islamica si arresta alla fine del Medioevo, e con l'età moderna — cui il mondo arabo, per motivi (perdita di centralità del Mediterraneo con le scoperte geografiche, marginalizzazione delle produzioni tipiche, ripresa economica dell'Europa nel Basso Medioevo e Rinascimento)<sup>38</sup> la cui importanza relativa la storiografia non è ancora riuscita a ben determinare, resta complessivamente estraneo — ha inizio un lento processo di decadenza: in specie, l'impetuosa espansione dell'Impero Ottomano all'inizio del secolo XVI marca un periodo di sostanziale stagnazione politica e culturale del mondo arabo. Sarà solo con l'Ottocento — lo spartiacque convenzionale è considerato la spedizione napoleonica in Egitto del 1798 — che il mondo arabo inizierà un complesso processo di riscoperta delle proprie radici identitarie e culturali direttamente stimolato e influenzato dal confronto con l'Occidente, allora all'apice della sua espansione coloniale, che coinvolgerà gradualmente gran parte del mondo arabo (dall'occupazione francese dell'Algeria nel 1830 alla tardiva conquista italiana della

---

<sup>38</sup> Per una discussione su questi temi cfr. Ira M. Lapidus, *A History of Islamic Societies*, Cambridge University Press, Cambridge, 1988, tr. it. di N. Negro, *Storia delle società islamiche*, 3 voll., Einaudi, Torino, 1994, in particolare il capitolo "Introduzione: Il mondo islamico e l'ascesa dell'Europa", vol. II, pp. 3-40. Sulla contemporanea ascesa dell'economia delle società europee, cfr. Roberto S. Lopez, *The Commercial Revolution of the Middle Ages, 950-1350*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J., 1971, tr. it. di A. Serafini, *La rivoluzione commerciale del Medioevo*, Einaudi, Torino, 1975.

Libia nel 1912, attraverso l'imposizione dei protettorati francese sulla Tunisia e inglese sull'Egitto). Nel corso di questo processo — che gli Arabi presero a definire con il termine di *nahḍa* 'rinascita', sul modello del Risorgimento italiano,<sup>39</sup> — la cultura araba percepiva da un lato la necessità di rispondere alle sfide che la modernità poneva, dall'altro l'esigenza di riscoprire il proprio patrimonio culturale. La prima tendenza, di apertura all'Occidente, proiettava verso il nuovo, attraente ma non scevro di rischi, laddove il bisogno di riscoprirsi costringeva inesorabilmente a guardare indietro alla luminosa tradizione medievale, ormai incrostata da secoli di pedante e paralizzante imitazione.

Anche in ambito scientifico comincia a definirsi una sottile tensione fra l'inevitabile adozione del modello medico europeo, almeno nei suoi indiscutibili successi, e l'esigenza di trovare sempre un richiamo che attinga alla tradizione medica islamica classica, alle definizioni giuridiche e alle conseguenze etiche della Legge islamica, che detta i termini ultimi di riferimento per qualsiasi questione.

Dal momento che esiste una medicina "islamica", basata sulla medicina greca e legittimata *a posteriori* dal Corano e dalle Tradizioni, che riportano l'esempio del Profeta, fonte di norme di comportamento che il musulmano deve seguire — valore riaffermato oggi dalle conferenze internazionali dei giuristi musulmani sulla medicina islamica, — deve esserci anche un'etica islamica che sia in grado di rispondere alle questioni che quella solleva:<sup>40</sup> ma l'etica è in continua evoluzione e cambia in relazione alle circostanze e al tempo, dunque l'etica medica islamica contemporanea deve trovare risposte ai problemi che — essendo stati sollevati dal

---

<sup>39</sup> Per molti intellettuali arabi dell'Ottocento, la situazione italiana rappresentava una analogia e un modello a un tempo: come il mondo arabo, l'Italia era a lungo stata un'unità nazionale priva di unità statale; a differenza degli Arabi — che nello stesso periodo avevano perso ancor più la loro indipendenza, passando dal dominio dell'Impero Ottomano, guidato da una dinastia non araba ma pur sempre musulmana, al controllo delle potenze europee, — gli Italiani erano riusciti a scrollarsi di dosso secoli di frammentazione e dominio straniero per costituire uno stato unitario. Ma anche dopo la fine del colonialismo europeo l'unità della nazione araba resterà un ideale irraggiungibile.

<sup>40</sup> Stessa idea in Munawar Ahmad Anees, "Islamic medicine — The placebo effect", in *Afkar Inquiry* 3, 1986, pp. 34-39.

successivo sviluppo delle scienze mediche — l’etica medievale non ha ovviamente potuto affrontare.

La maggiore difficoltà che si incontra nel tracciare un profilo dell’etica medica islamica contemporanea riguarda la relativa scarsità di manuali e lavori d’insieme. Lo studioso che cerchi di stabilire il punto di vista prevalente su una determinata questione, o anche soltanto di rappresentare le diverse posizioni presenti nel dibattito etico islamico, si vede costretto a una faticosa ricerca di materiale che, quando non resta inedito, appare in canali vari e talvolta imprevedibili: pubblicazioni periodiche od occasionali di istituzioni pubbliche o associazioni informali, rubriche di quotidiani, volantini, scritti di singoli giuristi, pubblicati o raccolti in modo irregolare.

Il nocciolo della questione è che la forma privilegiata e canonica in cui i giuristi islamici esprimono il proprio punto di vista su un dato argomento è la *fatwà*, parere giuridico pronunciato dal *muftī* su sollecitazione di un musulmano che non si ritiene sufficientemente esperto di diritto.<sup>41</sup> Per sua natura — e per la priorità logica che l’Islam attribuisce all’oralità sulla scrittura,<sup>42</sup> — la *fatwà* si esplica in un rapporto personale diretto che può benissimo rimaner confinato a livello di comunicazione orale — e così di fatto avviene soprattutto in vaste aree dell’Islam non arabofono, in particolare dell’Africa subsahariana, dove l’alfabetizzazione in generale, e in arabo in particolare, è assai poco diffusa.

---

<sup>41</sup> Formalmente, la *fatwà* è la spiegazione e il chiarimento di un argomento: implica l’interazione di una persona che pone una domanda (*istiftā’*) con un’altra che le risponde, il *muftī*, che deve essere musulmano degno di fede, senza macchia, esperto nella Legge, capace di discernimento e abile nel trarre conclusioni. Quando questo tecnico della Legge aderisce a una scuola giuridica è chiamato *muftī ġayr mustaqill* ‘non indipendente’, quando decide basandosi solo sui dati oggettivi che gli fornisce la *šarī’a*, non condizionato dunque da altri fattori, è un *muftī mustaqill*, ovvero ‘indipendente’. L’atto della risposta è *iftā’* e la risposta stessa è *fatwà*.

<sup>42</sup> Cfr. Giuliano Lancioni, “Oralità e scrittura, apporti esterni, concettualizzazioni innovative”, in Mario Capaldo, Franco Cardini, Guglielmo Cavallo, Biancamaria Scarcia Amoretti, a c. di, *Lo spazio letterario del Medioevo, 3. Le culture circostanti, II. La cultura arabo-islamica*, Salerno Editrice, Roma, 2003, pp. 233-258.

Essendo le *fatwà* l'unica fonte legittima di interpretazione della legge, una rappresentazione attendibile del dibattito etico-giuridico non può prescindere dall'esame dei pareri forniti sull'argomento in questione dai *muftī*; in un certo senso è possibile, *mutatis mutandis*, stabilire un paragone con la *common law*,<sup>43</sup> nella quale le sentenze dei singoli giudici costituiscono imprescindibile precedente.

La *fatwà* fonda un dialogo tra “laici” che domandano ed eruditi che rispondono su un dato argomento giuridico che può essere discusso più d'una volta, da svariati *muftī* che forniscono le loro spiegazioni avvalendosi di diversi approcci metodologici e stili letterari. Il *mustaftī* (etimologicamente “colui che richiede il parere”)<sup>44</sup> non è obbligato ad agire in accordo con la *fatwà*, che non è giuridicamente vincolante e non è definitiva: se non si è persuasi della risposta offerta e delle argomentazioni che la sostengono, è legittimo consultare un altro *muftī*, che può a sua discrezione anche cambiare parere. La molteplicità delle opinioni — si tratta di responsi personali scaturiti dal ragionamento analogico e dal confronto con le sacre fonti, rimangono quindi pur sempre ancorati al modello originario — getta luce sui diversi aspetti di un argomento e permette inoltre l'esame di come questo è stato affrontato.

A questo proposito, le *fatwà* egiziane godono spesso di maggiore risonanza rispetto a quelle emanate in altri paesi, per il ruolo cardinale che gli studiosi egiziani svolgono nella vita spirituale del mondo islamico;<sup>45</sup> inoltre sono il riflesso del vivace dibattito tra *muftī* “di stato”, stipendiati dal governo e sostanzialmente allineati

---

<sup>43</sup> La *common law* è costituita dall'insieme di regole di diritto consuetudinario, non scritto, scaturito dalla fusione dei diritti normanno, danese e sassone, che costituisce oggi una delle fonti del diritto britannico. Ha una applicazione limitata in ragione del fatto che implica necessariamente il riferimento a un precedente, secondo il già citato principio di analogia, per cui si estendono a un caso nuovo le normative applicate a un caso già classificato dal diritto.

<sup>44</sup> Cfr. n. 41 sopra.

<sup>45</sup> Su questi argomenti cfr. Vardit Rispler-Chaim, *Islamic Medical Ethics in the Twentieth Century*, Brill, Leiden, 1993.

sulle posizioni del regime, e *muftī* “fondamentalisti”, indipendenti dall’influenza governativa e spesso legati ai movimenti islamisti di opposizione.<sup>46</sup>

Oggi si assiste a un fenomeno nuovo nella storia dell’Islam, che riguarda la formazione di grandi assemblee nelle quali si riuniscono esperti di diverse discipline — nella fattispecie medici, teologi, giuristi, — che congiuntamente analizzano i singoli problemi, esprimendosi collettivamente: la novità sta nel fatto che l’Islam “non ha mai conosciuto concilii o assemblee di dottori per risolvere questioni giuridiche o teologiche dubbie.”<sup>47</sup> Ciò risponde evidentemente al bisogno, in armonia con lo spirito dialettico che nasce dalla necessità del confronto, particolarmente sentito nel dibattito bioetico, di scomporre un dato problema in tutti i suoi aspetti, per analizzarlo in ogni angolazione, e raccordare i pareri di esperti che appartengono per formazione a vari settori: l’obiettivo è di raccogliere un consenso che sia il più ampio possibile su una data questione; il giudizio collettivo dell’assemblea è da considerarsi alla stregua dell’opinione del *muftī*, quindi non immutabile nel tempo, ma opinabile e suscettibile di modifica.

---

<sup>46</sup> I diversi stati “laici” a maggioranza musulmana, a partire soprattutto dagli anni Settanta, hanno posto in opera diverse strategie di rafforzamento di un Islam “ufficiale”, di stato, per contenere l’ascesa apparentemente irresistibile dei movimenti integralisti e fondamentalisti. Ai religiosi indipendenti, che si valgono spesso di un linguaggio deliberatamente aggressivo e non di rado in palese opposizione alle politiche messe in atto dai regimi al potere, sono state contrapposte — a parziale correzione delle politiche laiciste degli anni Cinquanta e Sessanta, — figure di funzionari religiosi ufficiali, dipendenti dallo Stato e sottoposti al controllo di un *muftī* supremo (come in Egitto e in Siria, o anche in alcune delle repubbliche ex-sovietiche a maggioranza islamica) o del Ministero degli Affari Religiosi (Turchia e Giordania). In molti paesi ai religiosi “ufficiali” è attribuito il controllo esclusivo delle nomine nelle principali istituzioni islamiche e nell’ambito dell’insegnamento, allo scopo di sottrarre l’ambito religioso ai rischi di infiltrazione “dal basso” di elementi potenzialmente destabilizzanti. Cfr. Olivier Roy, *L’Islam mondialisé*, Seuil, Paris, 2002, tr. it., *Global Muslim. Le radici occidentali del nuovo Islam*, a c. di Lucia Cornalba, Feltrinelli, Milano, 2003, pp. 38-41.

<sup>47</sup> Castro, *op. cit.*, p.38

La verifica dell'applicazione dei principi etici nelle società islamiche medievali era assicurata, almeno sul piano teorico, dall'istituzione della *ḥisba*. Letteralmente 'calcolo', *ḥisba* è termine non coranico che indica in generale il dovere di ogni musulmano di promuovere il bene e impedire il male e, in particolare, la funzione di chi è incaricato di dare corpo a questa massima: il *muḥtasib* — sorta di capo della polizia, ispettore dei servizi pubblici — il funzionario governativo che sovrintende al rispetto dei principi etici dell'Islam in una città, e in specie nel mercato, vera e propria *agorà* della *civitas* islamica.

Anche l'attività dei medici sarebbe, secondo il diritto islamico, soggetta al controllo del *muḥtasib*, nell'ambito della generale competenza di questi sul mantenimento delle condizioni igieniche dei luoghi pubblici e aperti al pubblico. Il medico doveva superare un esame davanti al 'medico capo' (*afsar al-aṭibbā'*), collaboratore stretto del *muḥtasib* che ne doveva avallare la nomina, nel quale dimostrasse l'approfondita conoscenza di un'opera teorica di riferimento — nel caso degli oculisti, per esempio, i dieci trattati sull'occhio di Ḥunayn Ibn Ishāq,<sup>48</sup> — e adeguata perizia nella preparazione di medicinali. Una volta superata la prova, il medico prestava il Giuramento di Ippocrate, adottato a dispetto della sua impronta pagana — come avviene del resto in ambito cristiano — in ossequio a Galeno, somma autorità medica del Medioevo islamico, che a Ippocrate si ispira.

---

<sup>48</sup> Ḥunayn Ibn Ishāq, cristiano nestoriano originario della città persiana di Gondēšāpūr, sede di una prestigiosa accademia medica, era fra i più notevoli animatori del *Bayt al-ḥikma*, 'casa della sapienza', istituzione culturale del califfato abbaside (750-1258): il *Bayt* fu cenacolo di dotti e circolo di traduttori, cui si deve l'immensa opera di traduzione di opere greche in arabo, dall'originale in greco, o passando per le traduzioni in siriano, lingua semitica, quindi modello ideale per l'arabo. Cfr. Balty-Guesdon M.G., "Bayt al-Ḥikma et politique culturelle du calife al-Ma'mūn", *Medicina nei Secoli* 1994, 6, pp. 275-291. Sul ruolo del *Bayt*, vedi inoltre Dimitri Gutas, *Greek Thought, Arabic Culture: the Greco-Arabic translation movement in Baghdad in early 'Abbāsī society (2<sup>nd</sup>-4<sup>th</sup>/8<sup>th</sup>-10<sup>th</sup> c.)*, Routledge, London, 1998 (tr. it. *Pensiero greco e cultura araba*, a c. di Cristina D'Ancona, Einaudi, Torino, 2002).

L'attività che più direttamente era sottoposta al controllo di questo ispettore era la preparazione dei medicinali, la cui vendita rientrava negli esercizi commerciali del mercato.<sup>49</sup>

Esistono numerosi tentativi di reintrodurre l'istituzione della *hisba* da parte di movimenti islamisti nel contesto generale del progressivo sforzo di reislamizzazione della società; questi tentativi si sono tradotti in leggi soprattutto a livello locale nelle aree in cui movimenti politici di ispirazione islamica hanno avuto accesso al potere.

Di recente (6 dicembre 2003) il governo locale della North West Frontier Province del Pakistan, con capitale Peshawar, guidato dal movimento islamista *Muttahida Majlis-i-Amal* ha avviato una sessione parlamentare speciale per l'adozione di un Hisba Act direttamente ispirato al modello del diritto islamico classico. Tuttavia la reintroduzione della *hisba* al giorno d'oggi non sembra essere più legata alla sorveglianza della condotta del medico: il compito del *muhtasib* si limita di fatto al controllo della pubblica morale, una sorta di polizia dei costumi.

---

<sup>49</sup> In particolare, nel mondo islamico medievale, le farmacie erano abitualmente ospitate all'interno delle istituzioni ospedaliere, queste ultime designate per lo più con la voce persiana di *bīmāristān*, più di rado con l'arabo *dār al-šifā'* 'casa della salute'. La farmacia, definita col termine arabo-persiano di *šarābhāna* 'casa delle bevande', era un dispensario di medicinali, distribuiti su presentazione di una vera e propria ricetta. Dato che i medici che esercitavano negli ospedali rispettavano un orario di corsia, è presumibile che prescrizione e distribuzione di farmaci avvenissero in un momento definito della giornata, e che al farmacista rimanesse abbastanza tempo per dedicarsi alla preparazione di medicinali da vendere in proprio al di fuori del *bīmāristān*. La farmacia assicurava ai degenti la fornitura costante di preparati galenici prodotti in loco a partire dalle materie prime che erano conservate nel deposito dell'ospedale. Si legge nell'atto costitutivo di *waqf* dell'ospedale al-Manṣūrī del Cairo, riportato in Ahmed Issa Bey, *Histoire des Bimaristans (hôpitaux) à l'époque islamique*, Paul Barbey, Le Caire, 1928, pp. 62-69: "Ogni rimedio sarà fabbricato a suo tempo e immagazzinato in speciali recipienti. [...] Appena questi rimedi saranno esauriti, il *nāzir* [...] non ne darà ai malati che la quantità strettamente necessaria, mai di più, secondo le circostanze e i loro bisogni, secondo le stagioni e i tempi in cui questi rimedi devono essere presi. Sarà data precedenza ai più bisognosi fra i malati, gli infelici, i deboli, la gente priva di mezzi, i poveri e i miseri."

In questo ambito come in altri, i movimenti islamisti mostrano particolare interesse per gli elementi simbolici (soprattutto si pensi all'abbigliamento, al velo in special modo), piuttosto che per una reale restaurazione della società islamica classica cui vorrebbero ispirarsi.

### 3. *La sacralità del corpo: igiene, inviolabilità, alienazione a Dio*

Nella civiltà islamica si è sempre conferito al medico uno status privilegiato,<sup>50</sup> in quanto preservatore del corpo, proprietà del suo Creatore e non dell'uomo che lo abita per il tempo che gli è concesso:

Le società islamiche medievali hanno attribuito al medico e alle istituzioni ospedaliere una posizione di eccellenza. Ciò è in perfetta coerenza con le puntigliose prescrizioni che la Tradizione prevede a proposito della cura del corpo, che, in prima istanza, si configura come una serie di norme igieniche. [...] alcune prescrizioni che si fanno risalire al Profeta sono più congrue con il rispetto dell'integrità del corpo, creazione divina, piuttosto che con l'ambito morale cui vengono, generalmente, ascritte.<sup>51</sup>

Nell'Islam il corpo è assoluta proprietà di Dio, Creatore di tutte le cose, cui ritorna dopo la morte in attesa della resurrezione: teoricamente, ne deriva che l'uomo non può disporre del proprio corpo, o di una sua parte, visto che questo gli è concesso da Dio come "proprietà temporanea" — l'uomo è una sorta di custode, che detiene il corpo in usufrutto gratuito, esercitando su di esso una sorta di "amministrazione fiduciaria" (concetto di *amāna*, il cui significato vuol dire "affidamento, patto", in senso astratto anche "fiducia, fedeltà, lealtà"), — con l'obbligo giuridico di non mortificarlo (l'Islam non ama il sacrificio, tantomeno il

---

<sup>50</sup> Cfr. anche la citazione di al-Ruhāwī a p. 15.

<sup>51</sup> Biancamaria Scarcia Amoretti, *Un altro medioevo. Il quotidiano nell'Islam*, Laterza, Bari, 2001, p. 217.

martirio),<sup>52</sup> di non intervenire su di esso e, non ultimo, di mantenerlo in buone condizioni come si conviene ai beni avuti in prestito, tanto in vita quanto *post mortem*.<sup>53</sup>

Come ci riferisce l'*imām* al-Nawāwī,

l'Inviato di Dio maledisse quelle che fanno i tatuaggi e quelle che si fanno tatuare, quelle che si fanno sfolpire le ciglia e quelle che si limano i denti per bellezza: quelle che alterano la creazione di Dio.<sup>54</sup>

---

<sup>52</sup> Diversamente dalle civiltà cristiana ed ebraica, nell'Islam sunnita la sofferenza e il sacrificio non hanno alcuna accezione positiva legata all'idea di purificazione e di salvezza: solo fra gli sciiti il dolore e il martirio divengono, almeno in parte, pregni di significato simbolico perché connessi con la venerazione degli *imam* martiri (*šahīd*, 'testimone'), 'Alī e suo figlio Ḥusayn.

<sup>53</sup> I rapporti che si stabiliscono tra l'uomo e il suo creatore non attengono al piano dell'etica, ma al diritto: Dio vanta nei confronti dell'uomo dei diritti — tutta una sezione della giurisprudenza islamica riguarda gli *ḥuqūq Allāh* 'diritti di Dio', integrati dalle rivendicazioni dei singoli, ovvero 'i diritti degli uomini' *ḥuqūq al-ādamiyyīn* — che non sono in essenza distinti dagli altri diritti di cui si occupa la giurisprudenza islamica: in omaggio alla generale distinzione operata dall'Islam tra foro interiore (che attiene al singolo individuo, non ha rilevanza sociale, ed è sottratto agli obblighi di Legge e sostanzialmente lasciato alla determinazione del credente nel suo intimo dialogo con Dio) e foro esteriore (dominio d'elezione della Legge), i rapporti fra uomo e Dio prendono le forme di una transazione.

<sup>54</sup> Muḥammad Abū Zakariyā al-Nawāwī al-Šāfi'i, *Il Giardino dei devoti* (Riyāḍ al-Šāliḥīn). *Deti e fatti del Profeta*, trad. it. di A. Scarabel, Hikma, Imperia, 1999, p. 451, citato in Scarcia Amoretti, *op. cit.*, p. 218.

Dal principio dell'inviolabilità del corpo, in quanto esclusiva pertinenza di Dio, discende di necessità l'assoluta proibizione del suicidio.<sup>55</sup> Come riporta un *ḥadīṭ* trasmesso da Abū Hurayra:<sup>56</sup>

Chi si getta da una montagna e si uccide si  
getterà nel fuoco dell'Inferno eternamente e  
perpetuamente; chi assume un veleno e si  
uccide terrà il veleno nella sua mano  
continuando ad assumerlo nel fuoco  
dell'Inferno eternamente e perpetuamente;  
chi si uccide con il ferro terrà il ferro in  
mano e si taglierà il ventre nel fuoco  
dell'Inferno eternamente e perpetuamente.

Il suicidio è condannato e punito in primo luogo non su basi etiche, ma perché chi lo mette in atto danneggia un bene che non gli appartiene, di cui è semplice usufruttuario: facendo languire il suicida al fuoco dell'Inferno, Dio in un certo senso ottiene risarcimento per il danno che ha subito nella sua proprietà.

La dottrina della resurrezione dei corpi ha condotto alla fissazione di una serie di regole e divieti relativi alla manipolazione dei cadaveri, inclusa la cremazione: i musulmani sono sempre sepolti, mai cremati.<sup>57</sup> Appena possibile, il corpo del

---

<sup>55</sup> Sul suicidio nel mondo islamico cfr. Franz Rosenthal, "On Suicide in Islam", *Journal of the American Oriental Society*, 66, 1946, pp. 239–259. Cfr. inoltre l'articolo di Roberta Denaro, "Il suicidio nell'Islam medievale: un'ipotesi di lettura della Sunna", *Rivista degli Studi Orientali*, 70, 1997, pp. 23–43.

<sup>56</sup> al-Buḥārī, *al-Ṣaḥīḥ*, a c. di Muṣṭafā Dīb, Dār Ibn Kaṭīr, Dimašq, 1410H4, vol. VII, cap. 71, trad. 670 (5442).

<sup>57</sup> Sulle procedure relative alla morte in ambito islamico, cfr. A.R. Gatrud, "Muslim customs surrounding death, bereavement, postmortem examinations, and organ transplants", *British Medical*

defunto deve essere spogliato da un credente dello stesso sesso (se il defunto ha più di otto anni), lavato ritualmente al fine di renderlo puro e avvolto in un lenzuolo di lino chiaro in tre pezzi che copre anche il volto. Il funerale deve aver luogo al più presto.

Gli obblighi culturali dell'Islam sono particolarmente difficili da osservare nei paesi occidentali: in specie, il desiderio di accelerare il più possibile la sepoltura contrasta con le norme abitualmente in vigore per l'accertamento di morte. La contrapposizione fra norma religiosa e diritto civile si fa particolarmente acuta in caso di autopsia, perché all'attesa prolungata si accompagna la violazione del corpo del defunto e della sua sacralità. Inoltre, la *šarī'a* richiederebbe di volgere il volto del defunto verso la Mecca, una pratica di difficile realizzazione in un ospedale europeo, che viene abitualmente sostituita da una forma simbolica, per esempio volgere il volto verso destra: in ogni caso, alla sepoltura, l'orientamento del volto deve sempre seguire la *qibla* (l'orientamento verso Mecca, appunto). Le braccia e le gambe devono essere distese, bocca e occhi chiusi.

Altre difficoltà di armonizzazione della Legge con le disposizioni in vigore nei paesi occidentali sono legate alle norme di sepoltura. I musulmani dovrebbero essere sepolti senza bara, avvolti nel solo sudario che li ricopre completamente, un'esigenza che non può essere soddisfatta nei contesti in cui i regolamenti cimiteriali esigono l'uso di un feretro. In alcune località, soprattutto nel Regno Unito — che ha tradizionalmente favorito un modello comunitario nel quale è consentita la massima libertà di manifestazione delle tradizioni etnico-religiose, in contrasto con il radicale laicismo praticato in altri paesi come la Francia, — sono stati raggiunti accordi che consentono di modificare i regolamenti sgraditi ai musulmani. In altri casi, le famiglie più osservanti preferiscono far imbalsamare il corpo (una pratica di per sé estranea all'Islam) e inviarlo nel paese d'origine.

In particolare, l'obbligo di seppellire il defunto appena possibile e il divieto di qualsivoglia intervento e mutilazione sul cadavere hanno posto seri ostacoli in

---

*Journal*, 1994, 309, pp. 521-523; A.R. Gatrads, A. Sheikh, "Medical ethics and Islam: principles and practice", *Archives of Disease in Childhood*, 2001, 84, pp. 72-75.

passato all'impiego della dissezione come strumento di indagine scientifica.<sup>58</sup> Di fatto, la medicina islamica medievale — a dispetto del suo spirito inerentemente sperimentativo — non fece alcun ricorso alle pratiche anatomiche, ordinariamente neppure su animali.

Tuttavia non va dimenticato che le raccolte di tradizioni su cui si basano le norme giuridiche sono insiemi eterogenei, che offrono l'occasione di trovare appiglio, a seconda del bisogno o del punto di vista, per ricavare principi anche opposti fra loro. Nel caso in specie, c'è una tradizione che implicitamente consentirebbe di tollerare la cremazione, pur non consigliandola, poiché questa godrebbe del perdono di Dio:<sup>59</sup>

Narrò Rib'ī Ibn Ḥirāš:

'Uqba chiese a Ḥudayfa, "Ci narreresti cosa udisti dall'Inviato di Dio?" Ḥudayfa rispose: Io l'ho sentito dire: "Un uomo era prossimo alla morte e quando non ebbe più speranza di sopravvivere, disse come ultime volontà alla sua famiglia, «Quando morirò, raccogliete per me legna abbondante e fatene un fuoco. Quando il fuoco avrà divorato la mia carne, e raggiunte e bruciate le mie ossa, prendetele, frantumatele e spargetene in mare la polvere in un giorno ventoso.» Lo fecero. Ma Dio lo riunì<sup>60</sup> e gli chiese, «Perché l'hai fatto?» Lui replicò, «Per tema di Te. » E Dio lo perdonò."

Alcuni casi marginali previsti dai manuali giuridici — come la liceità di aprire un cadavere per recuperarvi un bene prezioso inghiottito dal defunto prima della

---

<sup>58</sup> Abdulaziz Sachedina, "Islamic Views on Organ Transplantation", *Transplantation Proceedings*, 20/1, suppl. 1, pp. 1084-1088, p. 1087, citato da Dariusch Atighetchi, "Etica islamica e trapianti d'organo", *Medicina e Morale*, 45, 1995/6, pp. 1183-1207, p. 1186.

<sup>59</sup> Al-Buḥārī, *al-Ṣaḥīḥ*, vol. IV, cap. 56, trad. 685.

<sup>60</sup> La "riunione" del corpo dissolto va letta alla luce della concezione islamica della resurrezione dei corpi nella carne: cfr. la discussione nelle pagine seguenti.

dipartita — sono stati sfruttati per conciliare, almeno in parte, le esigenze della moderna ricerca scientifica con i requisiti imprescindibili della *šarī'a*: interpretando in modo al solito generosamente estensivo il principio di utilità, si deduce che se è lecito violare l'integrità del cadavere al solo scopo di recuperarvi una proprietà perduta, è *a maiori* possibile farlo per uno scopo riconosciuto ben più nobile e auspicato dal Corano come salvare una vita.<sup>61</sup>

L'idea cardinale della sacralità del corpo si riflette specularmente nella concezione, unanime nel diritto islamico, della assoluta impurità rituale del cadavere, che obbliga alla sepoltura più sollecita possibile, ponendo ulteriori ostacoli alla pratica dei trapianti d'organo: se un cadavere è impuro, al punto che il suo contatto rende impossibile la preghiera senza previa purificazione mediante abluzione, a maggior ragione l'inserimento di un organo espantato nel corpo del ricevente dovrebbe rendere quest'ultimo perennemente impuro. Le strategie giuridiche messe in opera per aggirare questo ostacolo, posto dalla natura contaminante di un organo espantato dal corpo di una persona ancora in vita (col distacco dal corpo l'organo si corromperebbe) o da un cadavere, fanno al solito appello ai principi di necessità e di utilità, in nome dei quali l'opportunità di salvare una vita prevale sul tabù rituale.<sup>62</sup>

In questa ottica, i giuristi islamici che si dimostrano favorevoli all'accoglimento della pratica dei trapianti — che forniscono dunque la necessaria legittimazione che pone i medici nella condizione di esercitare nel rispetto dei principi dell'etica medica islamica — fanno riferimento, oltre al già menzionato versetto coranico “E chiunque avrà vivificato una persona sarà come se avesse dato vita all'umanità intera”, anche a varie tradizioni ricondotte al Profeta, che sottolineano, *in primis*, la necessità di garantire l'unità della comunità islamica e il reciproco sostegno fra i suoi membri. Il primo degli *ḥadīṭ* in questione recita: “I

---

<sup>61</sup> Su questi argomenti cfr. Abdulaziz Sachedina, “Islam”, in *Encyclopedia of Bioethics*, revised edition, Macmillan, New York, 1995, vol. III, pp. 1289-1297.

<sup>62</sup> È anche possibile far appello all'argomento, apparentemente capzioso, ma nel pieno spirito del diritto islamico, secondo cui l'impurità rituale riguarda solo l'esterno e non l'interno del corpo: per un argomento simile sviluppato a proposito degli xenotrapianti, cfr. la discussione a p. 78.

fedeli, uniti dal reciproco amore e dalla reciproca compassione sono come un solo corpo...se una parte del corpo è colpita da una malattia, tutte le altre parti del corpo saranno mobilitate a venire in suo soccorso”, cui fa seguito l’altro “I fedeli sono come i mattoni di una stessa casa... si sorreggono a vicenda”.<sup>63</sup>

La concezione coranica della resurrezione dei corpi aggiunge un ulteriore, seppur paradossale, elemento di dubbio giuridico. È infatti centrale nell’escatologia islamica l’idea che i defunti riprenderanno le proprie sembianze corporali terrene per presentarsi al Giudizio Ultimo:<sup>64</sup> che ne sarà in tal caso degli organi trapiantati? In particolare, come suggerisce un caso di scuola partorito dalla fervida mente casuistica dei giuristi islamici, se il donatore è destinato all’Inferno e il ricevente al Paradiso, o viceversa, nell’attribuzione delle destinazioni, prevarrà la massa corporea originale o l’inserito? Nonostante l’apparente gratuità della questione, il carattere formale del diritto islamico, unitamente alla sua autoreferenzialità (si riferisce unicamente alle proprie fonti e non tiene conto delle indicazioni che gli provengono dalla realtà storica, in particolare dalle sollecitazioni della scienza) e pervasività (non trova limiti alla sua applicazione regolando l’insieme dei rapporti degli uomini fra loro e degli uomini nei confronti di Dio), rendono il problema tutt’altro che trascurabile.

Inoltre, alla luce del fatto che, come abbiamo visto, il corpo non appartiene all’uomo, cui è affidato in usufrutto da Dio, e che alla morte deve ritornare al Creatore integro e nella condizione migliore in attesa della resurrezione, quando ritroverà la forma che possedeva nella vita terrena, si pone il problema se la sezione

---

<sup>63</sup> *Codice Islamico di etica medica*, in Sandro Spinsanti, *Documenti di deontologia ed etica medica*, Paoline, Milano, 1985, p. 183.

<sup>64</sup> Nella tradizione islamica, quando giungerà il Giorno del Giudizio Dio ricomporrà i corpi, come attesta la seguente tradizione: Il Profeta disse: “Tra i due squilli di tromba ce ne saranno quaranta.” La gente disse “Oh Abu Huraira! Quaranta giorni?” Mi rifiutai di replicare. Essi dissero, “Quaranta anni?”. Mi rifiutai di replicare e aggiunsi: “ogni parte del corpo umano decadrà, eccetto l’osso del coccige [della coda] e da quell’osso Dio ricostruirà l’intero corpo. [Al-Buḥārī, *al-Ṣaḥīḥ*, vol. VI, cap. 60, trad. 338].

di un corpo al fine di rimuovere un organo per trapiantarlo in un altro non violi irreparabilmente la sacralità del corpo del donatore, mettendo a repentaglio le certezze della resurrezione: la tradizione che recita “rompere un osso al morto equivale a romperlo al vivente”, enfatizza la necessità di preservare il diritto del cadavere ad esser sepolto integro, diversamente da quel che avveniva nella società preislamica, laddove gli Arabi usavano, in segno di spregio, mutilare i corpi dei nemici.

Una prospettiva del problema palesemente tendenziosa vede nella donazione dell'organo per trapianto la possibilità di garantirgli un destino migliore rispetto a quello cui andrebbe incontro con la sepoltura, dove sarebbe ineluttabilmente consumato da insetti e vermi: questo permesso allargato a donare gli organi mette in dubbio l'importanza cardinale del ruolo della *ġināza*, la sepoltura, la cui procedura la letteratura sciaraitica descrive minuziosamente. A sostegno di questa teoria, chiaramente volta a promuovere le donazioni, si aggiunge che Dio, nell'Aldilà, non avrà certo difficoltà a riunire i pezzi, per far risorgere il corpo; nel frattempo è importante che venga assicurata dignitosa sepoltura secondo il rito islamico al corpo mutilato.

Ulteriori sfumature del dibattito sui trapianti — per forza di cose strettamente interne alla realtà sociale islamica — interessano la liceità del trapianto nel caso in cui il donatore non sia musulmano o, se musulmano, sia stato condannato a morte o all'amputazione di un arto.

Al contrario di quel che si potrebbe supporre, molti giuristi islamici considerano il trapianto da donatore infedele non solo non riprovevole, ma addirittura preferibile, cosicché in tal modo i rischi connessi alla violazione del corpo ricadano su un non musulmano, la cui integrità fisica non è certamente considerata sacra alla stessa stregua di quella di un musulmano, e quindi reputata meno degna di conservazione.

Analogamente, l'espianto di organi dai condannati a morte è considerato con favore — persino da legislazioni di impronta laica come quella siriana<sup>65</sup> — proprio in

---

<sup>65</sup> Al riguardo si veda la legge sui trapianti del 1972 della Repubblica Araba di Siria, dove si considera lecito l'espianto di un organo dal cadavere di un uomo che ha subito la pena capitale: cfr.

ragione della generale preferibilità di far ricadere le conseguenze negative del trapianto su chi, a vario titolo, è considerato marginale o messo al bando dalla società.

Le asimmetrie fra musulmani e infedeli sono centrali nel dibattito sui trapianti. Secondo alcuni giuristi, sarebbe lecito solo il trapianto da infedele a musulmano e non viceversa: come nota Dariusch Atighetchi, prima della persona del malato nella sua umanità, viene l'appartenenza religiosa, che inevitabilmente getta uno spartiacque fra chi appartiene all'Islam e chi no. Anche coloro che autorizzano l'espianto dell'organo di un musulmano per trapiantarli in un infedele, pongono delle condizioni a salvaguardia dell'integrità dell'organo trapiantato, esigendo che alla morte del ricevente l'organo debba essere nuovamente espantato e seppellito separatamente con rito islamico nel caso in cui l'infedele abbia disposto una pratica funeraria non rispettosa dell'integrità del corpo, come avverrebbe nel caso emblematico della cremazione, come già detto, proibita nell'Islam.

Una questione affatto tipica del diritto islamico riguarda la possibilità di utilizzare per trapianto la porzione di arto amputata legalmente in seguito a punizione coranica per determinati reati. Nei paesi che si sono dotati di una legislazione penale di stampo sciaraitico, la questione — sino ad ora puramente accademica — comincia a porsi nei termini più immediati di utilità, per la recente introduzione di trapianti di mano in ambito chirurgico. Non si ha ancora notizia di questa tipologia di intervento in paesi islamici, ma il problema finirà inevitabilmente per porsi, anche perché le pene *ḥadd* — previste esplicitamente dal Corano: “quanto al ladro e alla ladra, tagliate loro le mani in premio di quel che han guadagnato, come castigo esemplare da parte di Dio, ché Dio è potente e saggio”<sup>66</sup> — sono applicate in un paese come l'Arabia Saudita, che è certamente all'avanguardia nel mondo arabo-islamico in materia di trapianti.<sup>67</sup>

---

*International Digest of Health Legislation*, 28, 1977, pp. 132-134, citato da Atighetchi, *op. cit.* p. 1191.

<sup>66</sup> Cor. v 38. Sul concetto di *ḥadd*, cfr. n. 22.

<sup>67</sup> È relativamente recente (gennaio 2003) la notizia del primo trapianto di utero al mondo realizzato presso il dipartimento di ginecologia dell'Università di Gedda, sotto la guida della

#### 4. Percezione del corpo e ontologia dell'anima: Avicenna e al-Ġazālī

Le concezioni giuridiche cui fanno appello i partecipanti al dibattito sulla liceità dei trapianti risalgono nella loro essenza alle formulazioni dei giuristi medievali; per comprendere correttamente queste formulazioni si rende necessario esaminare quali fossero le concezioni del corpo e dell'anima nel pensiero filosofico e scientifico islamico medievale. A questo proposito è importante rilevare che il testo delle fonti giuridiche databili fra i secoli VII e IX è interpretato alla luce di concezioni filosofiche in parte successive e influenzate in modo decisivo dalla filosofia greca.<sup>68</sup>

Avicenna, forma latinizzata di Ibn Sīna (980–1037), fu non soltanto fra i massimi filosofi del Medioevo islamico, ma anche illustre esponente della storia del pensiero medico, come attesta la fortuna sconfinata di cui il suo *Canone* (in arabo *al-Qānūn*) godette in Oriente come in Occidente.

Sviluppando la teoria aristotelica dell'anima, Avicenna considera il corpo mera causa accessoria o accidentale, non causa formale o finale: il corpo è accidente, non sostanza per l'anima, che ne ha sì bisogno per entrare in esistenza, ma servendosene unicamente come puro ricetto. Il corpo è soggetto a mutamento e corruzione, l'anima rimane invece pura e incorruttibile nell'essenza: anche staccata dal ricovero corporeo preserva la sua coscienza e la sua storia individuale. Il cardine della visione di Avicenna è costituito dal concetto di naturalismo: il principio che determina il divenire della materia, incluso il corpo, è la causalità naturale: il divenire del corpo è prodotto dalle alterazioni dei temperamenti (caldo, freddo, umido, secco) che ne formano la costituzione (*mīzāj* 'mescolanza').

---

dottorssa Wafah Fageeh. L'intervento, che ha suscitato reazioni generalmente negative presso la comunità scientifica a causa degli inquietanti risvolti etici (il prof. Ignazio Marino lo ha definito "eticamente inaccettabile" e considerabile alla stregua di "accanimento terapeutico"), dimostra nondimeno l'elevato livello raggiunto dalla trapiantologia in Arabia Saudita: l'*International Journal of Gynecology*, nel dare notizia dell'intervento, non esita a paragonarlo per arditezza al primo trapianto di cuore eseguito da Christian Barnard, pur evidenziando gli indubbi problemi etici.

<sup>68</sup> Sui rapporti fra civiltà islamica medievale e cultura greca cfr. Dimitri Gutas, *op. cit.*

Ad Avicenna si contrappone il principe dei teologi al-Ġazālī (1058–1111) il cui programma filosofico volto alla *Vivificazione delle scienze religiose* (*Iḥyā’ ‘ulūm al-dīn*), come recita il titolo della sua opera somma, ha per meta la conciliazione di teologia islamica e filosofia greca. Per al-Ġazālī corpo e anima non sono separati rigidamente: li lega un principio ontologico, la scintilla di causazione divina. Non è la causalità naturale da sola a determinare i mutamenti del corpo: anche i quattro temperamenti sono inerti e incapaci di agire come cause senza una volontà ordinatrice che li metta in moto. Questa volontà — i principi formali dei filosofi ovvero gli angeli dei teologi — risale in ultima analisi a Dio, che ogni cosa governa.

Si può dire, con qualche semplificazione e non senza forzatura, che la visione di Avicenna è dualistica, mentre quella di al-Ġazālī è monistica: per il primo il corpo è il rivestimento temporaneo dell’anima, nelle parole del coevo poeta ispanoarabo Ibn Zaydūn (1003–1070)<sup>69</sup>

indossiamo il mondo, eppure  
è un matrimonio a termine quest’abito

e ne resta essenzialmente separato, per l’altro corpo e anima rappresentano un *continuum* inscindibile.

La necessaria conseguenza teologica di questa contrapposizione di opinioni è che nella visione monistica ghazaliana si può accogliere senza difficoltà il dogma coranico della resurrezione dei corpi, espresso in questa forma nel Libro:<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> Giuliano Lancioni, a c. di, *Liriche arabe di Spagna*, Salerno, Roma, 1994.

<sup>70</sup> Cor. XIII 5; XVII 49–52, 97–99; XXIII 31–41. Secondo alcuni commentatori, il seguente versetto coranico estenderebbe anche alle altre specie animali la resurrezione dei corpi e il Giudizio finale: “Non vi sono bestie sulla terra né uccelli che volino con l’ali nel cielo che non formino delle comunità come voi. Noi non abbiamo trascurato nulla nel Libro. Poi, avanti al loro Signore saran tutti [gli animali] raccolti” (Cor. VI 38).

A ragione ti meravigli di loro, ché davvero meraviglioso è questo lor dire: “quando saremo terra, saremo forse ricreati a nuovo?” Son questi coloro che rifiutan fede al loro Signore, son questi gli incatenati pel collo, son questi la gente del Fuoco, dove resteranno in eterno.

E dicono: “O che forse quando saremo ossame e polvere, o che forse saremo suscitati a creazione novella?” — Rispondi: “Siate pure pietra o ferro — o qualsiasi altra sostanza troppo greve per avere vita, a vostro giudizio!” Risponderanno: “E chi ci farà tornare?” Di: “Colui che v’ha già creati una prima volta!” E scuoteran la testa e ti diranno: “E quando?” Rispondi: “Può darsi fra poco! — Un giorno in cui Egli vi chiamerà e voi risponderete a Lui con una lode e penserete d’esser rimasti solo un’istante [sic!] nella tomba”.

Colui che Iddio guida, egli è il Guidato, e colui che Iddio travia non troverà altri alleati oltre Lui: e tutti li raduneremo il dì della Resurrezione, sordi muti ciechi, col volto prono nel fango, e l’asilo loro sarà la gehenna, e quando s’affievolirà, l’avviveremo di vampa! — Questo è il loro premio per aver essi rinnegato i Nostri Segni, dicendo: “E che? Quando saremo polvere e ossami saremo davvero suscitati a creazione novella?” — Ma non vedono dunque che Dio, Colui che ha creato i cieli e la terra, ha la potenza di creare altri esseri simili a loro? Egli ha stabilito per loro un termine intorno al quale non v’ha dubbio, ma gli empi tutto rifiutano tranne il Rifiuto!

Poi dopo di loro producemmo una generazione d’altri uomini. — E fra loro inviammo un Messaggero, uno dei loro, che disse: “Adorate Dio, non avrete altro dio che Lui! Non lo temete voi dunque?” — E disse il Consesso del popolo, gli empi, coloro che reputavan menzogna l’avvento dell’Oltre, coloro cui nella vita terrena avevam concesso agi e piaceri: “Costui non è che un uomo come voi, mangia di quel che voi mangiate, beve di quel che bevete. — E se voi obbedirete a un uomo come voi, certo sarete in perdizione. — Vi promette forse che quando sarete morti, e diventati terra ed ossame, sarete di nuovo tratti fuori vivi? — Sciocchezze, sciocchezze son queste promesse. — Non c’è altra

vita che questa vita nostra della terra: moriamo, viviamo e più non saremo richiamati a vita. — Non è costui altro che un uomo che inventa menzogne contro Dio: noi non gli crediamo!” — Disse: “Signore, soccorrimi, ché costoro mi taccian d’impostura!” — Rispose Dio: “Fra poco, certo se ne pentiranno!” — E li sorprese il Grido, secondo giustizia, e li rendemmo come foglie trascinate dai fiumi. Lungi da noi il popolo degli empi!

Per contro, la prospettiva dualistica di Avicenna lascia naturalmente spazio a visioni eterodosse, in cui l’anima risorge indipendentemente dal suo guscio corporeo.

La rilevanza di queste discussioni per i giuristi medievali, ma anche per i loro emuli contemporanei, è evidente. Se anima e corpo sono due entità separate (come sostiene Avicenna), e l’anima risiede nel cervello, la morte cerebrale diviene concetto accettabile perché marca significativamente la separazione dell’anima dal corpo. Se invece (come nella concezione ghazaliana) anima e corpo costituiscono un’entità inscindibile, solo la cessazione delle funzioni vitali può fissare nei giusti termini la fine della vita di un individuo.

Se si tiene conto del fatto che la filosofia di al-Ġazālī può essere considerata il principale riferimento filosofico e teologico per la maggioranza dei musulmani sunniti — rappresentando, per così dire, una sorta di tomismo islamico — si può ben comprendere quale difficoltà comporti l’accoglimento della pratica dei trapianti in ambito islamico, dal momento che il vincolo inscindibile che lega l’anima al corpo presuppone, in piena armonia col dettato coranico, che la resurrezione sia necessariamente corporea: l’asportazione di organi prima della cessazione delle funzioni vitali è difficilmente compatibile con questa visione.

## II. LA BIOETICA ISLAMICA DEI TRAPIANTI

### 1. *Un problema inedito: i giuristi islamici e la trapiantologia*

Gli orientamenti religiosi esercitano un'influenza decisiva sulla disponibilità a donare organi da trapiantare. Diverse ricerche hanno dimostrato che circa un quarto del totale di coloro che rifiutano la donazione dichiarano che la religione ha contribuito alla loro decisione. Rumsey *et al.* ricordano che ebrei, cattolici e protestanti nel corso del tempo hanno radicalmente modificato le loro posizioni in merito, passando da una antica opposizione — motivata dal rispetto della sacralità del corpo, dalla necessità di mantenerlo integro in vista della resurrezione, di non commettere un atto blasfemo su un uomo creato a immagine e somiglianza di Dio — a una sostanziale accettazione, basata sui valori altruistici e umanitari dei trapianti, non di rado però considerati un male minore, soprattutto nel caso di trapianto da vivente, dove i benefici al ricevente sono considerati giustamente maggiori dei rischi reali e potenziali per il donatore. Nonostante la maggior parte delle denominazioni religiose accetti la liceità dei trapianti, esistono ancora sacche di resistenza, tra cui la più importante per diffusione è quella dei Testimoni di Geova, che per motivi religiosi si oppongono ai trapianti come si oppongono alle trasfusioni.<sup>71</sup>

Lo stesso problema si è posto all'Islam. A partire dagli anni Cinquanta, quando nel mondo occidentale per la prima volta si è concretizzata la possibilità di trapiantare organi — il primo trapianto di rene, effettuato da Joseph E. Murray (1919-), vincitore del premio Nobel nel 1990, su gemelli monozigoti, risale al 1954; nel 1963 Thomas E. Starzl (1926-) esegue il primo trapianto di fegato; fino a giungere al primo trapianto di cuore, effettuato il 3 dicembre del 1967 a Johannesburg da Christian Barnard (1922-2001) — anche gli studiosi e i giuristi musulmani hanno iniziato a doversi interessare della questione. Naturalmente, i

---

<sup>71</sup> S. Rumsey, D.P. Hurford, A.K. Cole, "Influence of Knowledge and Religiousness on Attitudes Toward Organ Donation", *Transplantation Proceedings*, 35/8, 2003, pp. 2845-2850.

trapianti non erano praticati al tempo del Profeta,<sup>72</sup> e mancano riferimenti al riguardo sia nel Corano che nella Sunna, sicché i giuristi che si sono occupati dell'argomento hanno dovuto far ricorso a concetti etici generali applicabili a tutti i campi del vivere, adattandoli alla medicina sulla base del sempre valido principio di analogia.

Uno dei primi pronunciamenti espliciti in materia di trapianti è in un breve articolo del 1971 dell'algerino Si Hamza Boubakeur (1912-1995), allora rettore — carica che occupò dal 1957 al 1982 — dell'Institut Musulman presso la moschea di Parigi.<sup>73</sup> L'autore è molto attento a distinguere tutti gli aspetti di un problema che egli stesso definisce complesso: in specie, se considera del tutto lecito il trapianto dal punto di vista del ricevente — secondo il principio islamico che considera l'uomo imperfetto e quindi perfettibile, nel triplice aspetto dell'intelligenza, della coscienza morale e del fisico — tuttavia palesa dubbi sulla liceità della donazione.

Innanzitutto, Boubakeur si appella a un versetto coranico, invero non del tutto esplicito, che a suo parere prescriverebbe in modo imperativo il rispetto del corpo in vita e *post mortem*:

Drizza quindi il tuo volto alla vera religione, in purità di fede, Natura prima in cui Dio ha naturato gli uomini. Nessun mutamento patisce la Creazione di Dio: quella è la Religione retta, ma i più degli uomini non lo sanno.<sup>74</sup>

A questo passo — dal quale si dedurrebbe l'illiceità dell'alterazione del corpo, in quanto alterazione dell'opera creatrice di Dio — si aggiungono gli *ḥadīṭ* più

---

<sup>72</sup> Sebbene innesti di ossa animali fossero usati per riunire ossa umane fratturate, vedi: Babu Sahib, Maulavi M.H., "The Islamic Point of View on Transplantation of Organs", *Islam and Comparative Law Quarterly*, 7, 1987, pp. 128-131.

<sup>73</sup> Si Hamza Boubakeur, "La greffe du cœur. Point de vue de l'Islam", *Revue d'Histoire de la Médecine Hébraïque*, 24/95, 1971, pp. 153-154.

<sup>74</sup> Cor. xxx 30.

espliciti in cui l'ablazione di un membro da un cadavere è assimilata alla mutilazione di un vivente, prescrizione dalla quale si deduce tra l'altro il divieto della cremazione. D'altra parte, Boubakeur rileva che secondo tutte le scuole giuridiche<sup>75</sup> è la comunità dei credenti — a partire dai parenti — l'erede legale delle spoglie mortali del defunto, cui deve fra l'altro, come obbligo religioso collettivo (*farḍ kifāya*),<sup>76</sup> rendere gli ossequi funebri.

---

<sup>75</sup> Sono quattro le scuole giuridiche (*maḍhab*, plur. *maḍāhib*) dell'Islam sunnita: i principi sono fondamentalmente gli stessi, le divergenze si palesano soprattutto nell'applicazione delle regole ai casi particolari — come è bene ricordare, nell'Islam definire la giusta prassi è più importante dell'ortodossia. La scuola hanafita, che prende il nome da Abū Ḥanīfa († 767), di Kufa in Iraq, è la più “liberale” e più disposta all'uso del ragionamento analogico: è la più diffusa nel mondo islamico e prevale nei territori dell'ex Impero Ottomano, in Asia Centrale, in Afghanistan, in India e Pakistan. La scuola malikita, dal medinese Mālik Ibn Anas († 795), domina in Maghreb e Africa subsahariana. La scuola sciafiita, fondata dal grande giurista al-Šāfi'ī († 820), è diffusa in Arabia meridionale, in Indonesia, in Africa orientale, in buona parte dell'Egitto, ed è il rito ufficiale dei Curdi. Infine, il *maḍhab* hanbalita, da Ibn Ḥanbal († 855), il più tradizionalista, è ufficiale in Arabia Saudita e nelle regioni del Golfo. Cfr. Alessandro Bausani, *L'Islam*, Garzanti, Milano, 1992<sup>3</sup>, p. 40.

<sup>76</sup> L'Islam distingue tra obbligo personale (*farḍ 'ayn*) che compete al singolo e dovere collettivo (*farḍ kifāya*), che grava sulla comunità nel suo insieme e diviene obbligatorio (*wāğib*) per il musulmano *mukallaḥ* ‘pubere e sano di mente’ (quindi giuridicamente responsabile, capace di adempiere agli obblighi di Legge che Dio impone) solo qualora il suo intervento risulti necessario allo scopo da raggiungere o quando il nemico minacci la *dār al-Islām* ‘casa dell'Islam’, ovvero il territorio soggetto alla sua giurisdizione: a questo proposito il *ğihād* è da iscriversi nei doveri collettivi, come pure la *ḥisba* (il dovere di invitare al Bene e sconsigliare il Male, che si concretizza e si specializza nella sorveglianza dei costumi, della pubblica morale e delle transazioni commerciali: cfr. pp. 22 sgg.), il dovere di giudicare o di scegliere il califfo. Obblighi di assoluta pertinenza del singolo sono invece i cinque *arkān al-dīn* ‘pilastri della fede’, ovvero la *šahāda* ‘professione di fede’ (“non c'è Dio che Dio e Muḥammad è il suo Inviato”), la cui recitazione, in arabo, davanti a testimoni vale a garantire al pronunciante l'appartenenza all'Islam; la *zakāt* ‘decima o elemosina sciaraitica’ che purifica i beni materiali su cui grava, tangibile manifestazione del legame tra i credenti, che si realizza nella condivisione dei beni, non deve essere confusa con la liberalità individuale (*ṣadaqa*) di cui ognuno è padrone; la *ṣalāt* ‘preghiera canonica’, a sua volta distinta dalla

Partendo da questi principi generali e piuttosto lontani dall'argomento in oggetto, Boubakeur si sforza di applicare il ragionamento analogico (*qiyās*) per dedurne il retto comportamento da seguire nei confronti dei trapianti. Presumibilmente sotto l'effetto dell'emozione generalmente suscitata dall'allora recente impresa di Christian Barnard, l'autore si concentra sul trapianto di cuore, e in specie sulle questioni sollevate dal concetto di morte cerebrale, all'epoca non ancora assimilato.

La questione, a suo parere, si riassume in due interrogativi fondamentali:

Chi ha diritto di disporre del cuore di un defunto per un intervento di "ricambio"? In quale momento preciso si potrebbe disporre di quest'organo essenziale alla vita?

A questo proposito, Boubakeur rileva che "i medici non ci hanno detto in modo formale in quale momento preciso cessa la vita", un'affermazione probabilmente corretta in un periodo in cui i criteri di Harvard per la definizione della morte cerebrale non avevano ancora ottenuto universale accettazione.<sup>77</sup> In particolare, un elettroencefalogramma piatto non sarebbe "indizio infallibile dell'estinzione della vita umana", un'opinione che l'autore restringe ai soli chirurghi e al "professor Barnard". Dal contrasto fra l'esigenza di espantare l'organo appena possibile per garantire il successo dell'operazione, ma anche di assicurarsi oltre ogni dubbio che la morte del paziente sia irreversibile, deriva "una zona di incertezza intellettuale e di insicurezza morale".

---

preghiera intima, del cuore, rivolta dal musulmano direttamente a Dio (*du'ā*); il *ḥaġġ* 'pellegrinaggio' nel mese di *dū al-ḥiġġa* da compiersi almeno una volta nella vita, ma solo essendo in buona salute e avendone la possibilità; il *ṣawm* 'astinenza' da cibo e rapporti sessuali, dall'alba al tramonto nel mese di Ramadan.

<sup>77</sup> Sulle definizioni e la storia dei criteri della morte cerebrale, cfr. Ronald E. Cranford, "I. Criteria for Death", s.v. "Death, Definition and Determination of", in AA.VV., *Encyclopedia of Bioethics*, revised edition, Macmillan, New York, 1995, vol I, pp. 529-534.

Dal punto di vista “della legge e della religione”, abbreviare la vita del donatore equivarrebbe a un assassinio, una sorta di eutanasia:

Per tutte queste ragioni, l'Islam nella sua dottrina e nella sua giurisprudenza in riferimento ai suoi antichi medici, ai suoi giuristi e teologi è attualmente reticente, se non ostile, al trapianto di cuore, in ragione del mancato rispetto dell'integrità del corpo umano che implica, e in ragione anche dell'alea e dell'informazione ancora frammentaria concernente un problema così vitale.

Tuttavia, questa ostilità non è assoluta, perché Boubakeur sollecita “un lungo scambio di vedute”, che consenta la risoluzione del problema “nel quadro di un congresso internazionale riunente teologi, giuristi e medici”.

È proprio questa la via che è stata seguita in ambito islamico negli ultimi anni: i giuristi e i teologi hanno gradualmente elaborato interpretazioni dei dati scritturali e tradizionalistici che rendessero conciliabili le pratiche connesse ai trapianti con l'esegesi delle fonti del diritto; d'altra parte, i medici “islamicamente consapevoli” si sono sforzati di riformulare le acquisizioni della scienza secondo le diversissime chiavi di lettura della Tradizione.

Ecco alcuni esempi del ragionamento analogico impiegato dai giuristi islamici favorevoli ai trapianti per permettere ai musulmani di esser curati con questa pratica, applicando dogmi islamici come fonte legale per legittimarla in luogo di Corano e Sunna che sono silenti in materia, per ovvie ragioni di cronologia:

- Rompere le ossa del cadavere equivale a rompere quelle del vivente, perciò nessun danno ingiustificato dovrebbe esser inflitto al defunto, eccezion fatta per trattamenti assolutamente necessari che, proprio in ragione della loro necessità, diventano di conseguenza in ogni caso leciti.
- Un danno minore (*ḍarar aḥaff*) al cadavere — nella fattispecie l'espianto degli organi — è tollerato per prevenirne uno maggiore (*ḍarar ašadd*) al vivente, che può morire se il trapianto non è eseguito

in tempo. Il principio del male minore viene ad esempio evocato dai giuristi quando i medici sono costretti a scegliere fra il salvare il feto o la madre: si privilegia allora la salvezza della madre, in quanto forma di vita già sviluppata e, a sua volta, fonte di vita.

- Un danno privato (*ḍarar aḥaṣṣ*) al cadavere è tollerato per evitare pubblico danno (*ḍarar ʿāmm*) al vivente e ai suoi successori, quindi alla comunità nel suo insieme, il cui bene è considerato supremo rispetto al bene del singolo individuo, vivo o morto che sia.
- Nessun danno può essere inflitto per prevenirne uno uguale. Perciò devono esistere ragionevoli probabilità che il beneficiario dell'organo si riprenda dalla malattia grazie al trapianto, altrimenti il danno causato al donatore non può in nessun caso essere giustificato.
- Come s'è visto, il Corano afferma che chiunque salvi una vita è come se avesse salvato l'umanità intera: ogni sforzo per salvare una vita che può essere salvata è legittimo, compreso il trapianto, che pure causa danno al corpo del donatore.
- Analogamente al permesso unanimemente accordato di cercare una cura tramite liquidi proibiti, cibi e sostanze impure (*al-tadāwī bil-muḥarram*), anche i trapianti sono permessi: il principio è che la vita umana deve essere salvata anche a prezzo di violare certe proibizioni religiose (ad esempio, in caso di necessità, quando non si ha la possibilità di scegliere, è lecito per il musulmano nutrirsi di carne di maiale, animale considerato abitualmente impuro). La necessità rende il proibito permesso, incluso il prelievo di organi da cadavere.
- “Cerca la cura per ogni malattia” perché Dio, che tutto ha previsto, ha predisposto la cura per ogni male: questo *ḥadīṭ* è interpretato come un chiaro invito alla ricerca e al “non trascurare alcuna misura che porti a guarigione, anche se contempla il trapianto di organi da cadavere”.<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> Vedi ad esempio al-Tirmidī, *Sunan al-Tirmidī*, a c. di ‘Abd al-Rahmān Muḥammad Uṭmān, al-Madīna, 1964, vol. 3, p. 258.

- La cura dei malati è una responsabilità collettiva della società, di conseguenza, la donazione di parti del corpo diviene obbligo sociale, classificato dalla Legge come *fard kifāya*: la comunità come corpo collettivo è obbligata a trovare i giusti organi da trapiantare nei suoi membri malati: se una persona malata muore in attesa di trapianto, la comunità (nella fattispecie il personale medico) ne è responsabile; ottenuto l'organo, la comunità si considera dispensata dal cercare altra cura per il suo beneficiario.<sup>79</sup>

Questi principi hanno consentito all'etica medica islamica di superare le proibizioni imposte dalla *šarī'a*, quando è in gioco la salvezza di una vita, che va tutelata e preservata con ogni trattamento terapeutico, financo col trapianto, la cui pratica solleva però non pochi problemi di carattere etico in una società qual è quella islamica che pone ai suoi fondamenti, almeno teorici, il rispetto assoluto della inviolabilità del corpo del musulmano. Per gli infedeli, come s'è visto, è un altro discorso.

Si possono riassumere in questo modo i principali punti di consenso attualmente esistenti fra i giuristi islamici sui trapianti, naturalmente fra coloro che non rigettano la pratica *a priori*.

- Il trapianto deve essere il miglior trattamento, in mancanza di una cura più semplice, a condizione non comporti rischio alcuno per il donatore vivente.

---

<sup>79</sup> AA.VV., *Islamic Code of Medical Ethics*, Kuwait, 1981, p. 81. Si menziona inoltre che il califfo 'Umar ibn al-Khattāb accusò la comunità di aver lasciato morir di fame uno dei suoi membri; analogamente, la comunità è responsabile per la morte di una persona, se non provvede alla donazione di organi e sangue per il suo bisogno. La responsabilità collettiva implica anche il provvedere ai mezzi minimi di sopravvivenza per tutti gli esseri umani (e gli animali).

- La donazione di organi da vivente è limitata, ovviamente, agli organi doppi, e deve essere frutto di scelta libera e volontaria. Secondo molti giuristi sarebbe anche proibito il commercio di organi.<sup>80</sup>
- Tramite testamento si possono donare i propri organi, al fine di permettere trapianti *post mortem*.
- I parenti del defunto possono autorizzare l'utilizzo della salma per espanti, a tal fine è sufficiente che il defunto si sia dimostrato favorevole in vita.

Giustificati dal principio di necessità, che rende permesso l'illecito, costretti dall'esigenza di prevenire un danno al vivente che si trova, per vivere, ad aver bisogno di un organo ed è quindi in attesa di donazione, in ragione del principio di assoluta sacralità della vita umana, e di salvaguardare il principio del beneficio pubblico, perché il bene della comunità vale sopra ogni cosa, molti giuristi hanno iniziato a considerare lecita la donazione di organi.

## 2. *Il dibattito sui trapianti nell'etica medica islamica*

Il dibattito in ambito islamico sulla violazione del corpo ha esordito come in Occidente con le questioni relative alle autopsie; nonostante le resistenze che dapprincipio accompagnarono tale pratica, l'orientamento della maggioranza dei giuristi si volse gradualmente in favore, in nome del principio di utilità sociale.

---

<sup>80</sup> In realtà, il divieto del commercio di organi non è assoluto: soprattutto in ambito sciita ne vengono tollerate talune forme, come dimostra il programma pubblico iraniano di donazione "compensata" da donatore vivente non consanguineo: cfr. la discussione alle pp. 195 sgg. In generale, il commercio di organi non è escluso dal diritto islamico, che lo assimila a ogni altro commercio: cfr. la discussione al § II.9, pp. 89 sgg. Il divieto di commerciare organi deriva piuttosto da considerazioni di carattere umanitario, che sembrano riflettere il processo di "occidentalizzazione" che le società islamiche stanno da tempo attraversando, e che spinge a orientarsi verso una concezione più spirituale e basata su principi, in ultimi termini più "cristiana", di religione. È il passaggio da un approccio basato sulla Legge a uno basato sul valore, segnalato da Olivier Roy: confronta la discussione a p. 98.

L'affermazione dell'idea di morte cerebrale e l'avvento della chirurgia dei trapianti hanno spostato l'asse della discussione dal tema della violazione del cadavere a quello della chirurgia invasiva del corpo vivo.

Sull'argomento dei trapianti si sono contrapposti due diversi orientamenti giuridici in ambito islamico: nel 1969 giuristi pakistani affiliati alla scuola hanafita di Deoband<sup>81</sup> emisero una *nāzila*<sup>82</sup> — un parere giuridico non vincolante, di rango inferiore alla *fatwā*, — emanata formalmente dal *muftī* Muhammad Shafi'i, ma espressione di un gruppo di eminenti uomini di Legge. I giuristi pakistani affermarono l'illiceità dei trapianti di organo, ricompresi nell'ambito del *ḥarām* 'interdetto', sostantivo che definisce gli spazi dell'inviolabilità; questa posizione, nonostante pronunciamenti più sfumati da parte di altri giuristi, resta sostanzialmente valida nell'ambito della giurisprudenza islamica del Pakistan.

L'opinione del *muftī* Shafi'i si basava sul principio secondo il quale il rispetto dell'inviolabilità del corpo e l'astensione dal danno hanno la precedenza sull'eventuale beneficio che si potrebbe ottenere dal trapianto. La dialettica in gioco riguarda l'opposizione di due principi del diritto islamico: il principio della dignità dell'uomo, da cui discende quindi la necessità di garantire il rispetto del suo corpo, che integro deve tornare a Dio al momento della morte, e il principio sempre evocato dell'utilità, che consente ad esempio il consumo di cibi impuri in caso di pericolo di vita. Il Corano dichiara a chiare lettere che

In verità Iddio v'ha proibito gli animali morti e il sangue e la carne  
di porco e animali macellati invocando altro nome che quello di  
Dio. Ma chi sarà per necessità costretto contro sua voglia e senza

---

<sup>81</sup> La scuola (*Dār al-ʿulūm* 'casa della scienza') di Deoband, località nei pressi di Sahāranpur nell'Uttar Pradesh, fu fondata nell'India Britannica nella seconda metà del secolo XIX e divenne uno dei principali centri islamici di formazione giuridica del subcontinente indiano. Questa scuola, particolarmente rigorista, negli ultimi anni è stata uno dei centri principali di elaborazione teorica del fondamentalismo islamico: lo stesso movimento afgano dei *Ṭālibān* (plurale persiano dell'arabo *ṭālib*, 'studente') ha preso le mosse da teologi formati alla scuola di Deoband.

<sup>82</sup> Cfr. *EI*, s.v. *nāzila*, vol. VII, p. 1052.

intenzione di trasgredire la legge, non farà peccato, perché Dio è perdonatore e clemente.<sup>83</sup>

Secondo i giureconsulti della scuola di Deoband, l'utilità del trapianto risponde a una necessità secondaria, che non corrisponderebbe ai requisiti di emergenza delle necessità vere e proprie. Questa opinione poggia anche sul principio, largamente diffuso fra gli hanafiti seppure non assoluto, secondo il quale gli organi recisi sono ritualmente impuri (*nāğis*) come gli umori del corpo (sangue, urina, deiezioni).<sup>84</sup> Questo divieto è legato al concetto cardinale del diritto islamico, concetto sul quale s'è già argomentato, secondo cui l'uomo non è proprietario del proprio corpo — né del resto delle proprie azioni — che riceve in affidamento (*amāna*) da Dio; ne consegue che l'uomo non ne può disporre liberamente, in particolare non può arrecarvi danno consapevole. La *nāzila* esprime manifestamente la preoccupazione che l'accettazione della pratica dei trapianti conduca alla diffusione del traffico di organi; la datazione del parere giuridico, la classificazione dei trapianti come necessità secondaria, e il suggerimento di sostituire il trapianto con protesi e altre pratiche definite genericamente di “chirurgia plastica”, lasciano supporre una sottovalutazione, se non incomprensione, della rilevanza clinica e terapeutica dei trapianti, in questo caso chiaramente non considerati alla stregua di salvavita.

L'analisi della trasfusione di sangue proposta nella stessa *nāzila* illustra ulteriormente questo punto. Il Corano come s'è poc'anzi detto dichiara esplicitamente la proibizione dell'assunzione di sangue, ma a un tempo il suo superamento in caso di necessità: da questo autorevole precedente discende il principio di liceità dei trapianti, trattandosi analogamente di pratica proibita in condizioni normali, ma legittimata dalla condizione di necessità. Il principio che muove l'opposizione tra trapianto di organi e trasfusione di sangue, impraticabile dal punto di vista della mera logica giuridica islamica, poggia su considerazioni di tipo squisitamente pragmatico: il sangue può rigenerarsi, è facilmente trasferibile

---

<sup>83</sup> Cor. II 173.

<sup>84</sup> Sull'impurità cfr. n. 113.

dal donatore al ricevente e tale pratica non coinvolge la chirurgia, rappresentando il male minore, non è invasiva e non viola la dignità umana. La trasfusione è inoltre permessa analogamente all'impiego del latte materno per scopi medicinali.

Nella discussione sulla liceità della trasfusione sanguigna riecheggia il tema già ampiamente discusso dal diritto islamico sulla trasmissione dei caratteri psicologici e morali attraverso l'allattamento del bambino: la balia peccatrice, o di cattivo carattere, per fare un esempio, infonderà i propri tratti, veicolati attraverso il latte, nel poppante:<sup>85</sup> analogamente, la trasmissione dei caratteri avviene anche con la trasfusione di sangue e col trapianto di organi.

La seconda opinione, in forma di *fatwà*, fu emessa nel 1979 dalla Dār al-Iftā' 'Casa del Consiglio', un istituto pubblico alle dirette dipendenze del Ministero dei *waqf*<sup>86</sup> e degli Affari Religiosi egiziano, e firmata dal suo direttore, lo *šayḥ* Jad al-Haqq, all'epoca gran *mufṭī* d'Egitto e in seguito divenuto rettore della prestigiosa università al-Azhar.

Lo spirito che ha guidato la formulazione di questa *fatwà* era improntato all'originale liceità di quel che non è esplicitamente vietato e al concetto fondamentale che assicurare la dignità del vivente e della vita è preferibile alla tutela del cadavere, seguendo il principio per cui "la necessità solleva dalla proibizione", preferendo il male minore. Nell'argomentazione del parere sono stati contemplati precedenti che potevano presentare delle caratteristiche simili a quelle dei trapianti di organo, come nel caso di un intervento chirurgico attuato per rimuovere un feto dal grembo della madre morta durante il travaglio, effettuato

---

<sup>85</sup> Cfr. a questo proposito lo studio di Avner Giladi, *Infants, Parents and Wet Nurses, Medieval Islamic Views on Breastfeeding and Their Social Implications*, Brill, Leiden, 1999; cfr. anche L.R. Angeletti, F.R. Romani, "Teoria e prassi dell'allattamento al seno nella medicina arabo-islamica medievale", *Quaderni di Pediatria*, 2/2, 2003, p. 239.

<sup>86</sup> Il *waqf* (pl. *awqāf*) è un'istituzione tipica del diritto islamico, assimilabile alle fondazioni pie, con la quale si immobilizza un bene destinandolo a uno scopo di pubblica utilità. L'inalienabilità della fondazione ne determina la consistenza nel tempo, per cui i *waqf* costituiscono una proporzione rilevante dei beni di proprietà in molti paesi arabi, al punto che vi è spesso destinato un ministero apposito.

sulla base del permesso accordato da antichi giuristi, come abbiamo visto, che autorizzava a recuperare per via chirurgica un bene di valore dal ventre di una persona morta. Si affermavano inoltre la purezza degli organi, che non diventavano corrotti se recisi (l'impurità degli organi recisi era sostenuta, come abbiamo visto, da una parte dei seguaci della scuola hanafita), e la possibilità di mangiar perfino carne umana in casi di estremo bisogno; in ragione della liceità della chirurgia invasiva su cadavere e della purezza degli organi recisi, era stabilito un paragone con i trapianti.

Non è affrontato il delicato tema della morte cerebrale, al giorno d'oggi nella comunità scientifica *conditio sine qua non* per l'espianto degli organi: la *fatwà* prende a riferimento per stabilire la morte il test cardiopolmonare: il respiro e le funzioni di cuore e polso sono considerati segni inequivocabili di vita.

Si può affermare che la *fatwà* egiziana esprima un punto di vista vicino a quello di Avicenna, che quasi trascura la sacralità del corpo a favore di un superiore ideale di beneficio collettivo, e che significativamente colloca nella morte cerebrale il momento del distacco dell'anima dall'involucro corporeo.

Per contro, l'opinione espressa dai giuristi pakistani tiene in maggior conto la prospettiva ghazaliana di stretta interdipendenza fra l'anima e il corpo: di fronte all'obiettivo supremo della resurrezione, il limitato e temporaneo beneficio assicurato dai trapianti passa inevitabilmente in secondo piano.

A. Gatrad ritiene che questa differenza di opinione separi nettamente i musulmani dei paesi arabi da quelli del subcontinente indiano: i primi accettano senza particolari problemi il trapianto di organi, gli ultimi privilegiano la sacralità e l'inviolabilità del corpo e deplorano ogni forma di esame *post mortem*. La questione è particolarmente spinosa nel Regno Unito, dove la quasi totalità del milione e mezzo di musulmani provengono dall'ex India britannica (India, Pakistan, Bangladesh).<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> A. Gatrad, *op. cit.* riporta dati tratti da A.F.M. Ebrahim, A.A.Haffejee, *The Shari'ah and organ transplant*, Islamic Medical Association of South Africa, Johannesburg, 1989.

Tuttavia, la situazione appare più complessa: sebbene possa sedurre l'idea di riportare la questione a una contrapposizione fra musulmani conservatori, come quelli del subcontinente indiano, che aderiscono strettamente al principio dell'inviolabilità del corpo, e progressisti, aperti all'adozione dei principi scientifici occidentali, non va dimenticato che un paese programmaticamente conservatore come l'Arabia Saudita è tra i più attivi nell'attività trapiantologica, laddove l'Egitto, a dispetto dei molti aspetti di modernità che esibisce, non è ancora riuscito a mettere in piedi un programma di trapianti realmente funzionante, anche per le obiezioni, diffuse fra i giuristi ma anche nell'opinione pubblica, alla violazione della sacralità del corpo.

### 3. *La discussione fra i giuristi islamici sul concetto di morte*

Nell'ottobre del 1986, in un convegno tenutosi ad Amman, in Giordania, l'Accademia di Giurisprudenza Islamica (*Academy of Islamic Jurisprudence, AIJ — Mağma‘ al-fiqh al-Islāmī*), la speciale commissione giuridica dell'Organizzazione della Conferenza Islamica (*Organization of Islamic Conference, OIC*),<sup>88</sup> ha adottato la morte cerebrale come definizione di morte accettabile in termini di criteri islamici, deliberando l'equivalenza dal punto di vista della *šarī‘a* fra decesso cerebrale (*wafāt*

---

<sup>88</sup> L'Organizzazione della Conferenza Islamica (*OIC, Organization of the Islamic Conference*, in arabo *Munazzamat al-mu‘tamar al-islāmī*) è stata costituita nel 1971 come organizzazione permanente degli stati musulmani. Nata sull'onda della sconfitta degli stati arabi nella Guerra dei Sei Giorni contro Israele nel 1967 e la conseguente scossa emotiva della completa conquista israeliana di Gerusalemme, l'Organizzazione ha la sua sede a Gedda, in Arabia Saudita (in teoria, sede temporanea in attesa della liberazione di Gerusalemme). Le attività politiche della OIC trovano il loro culmine nella conferenza annuale dei ministri degli esteri degli stati membri e nel summit islamico triennale. Le direttrici di attività dell'OIC sono essenzialmente tre: promozione della solidarietà fra gli stati islamici, soprattutto nei casi di conflitti (principalmente la questione palestinese), mediazione in caso di controversie fra stati islamici (pur in assenza di forze di peacekeeping) e infine gestione di una serie di istituzioni sussidiarie e affiliate al fine di promuovere la cooperazione politica, economica e culturale fra gli stati membri. Accanto all'AIJ, la più importante fra queste istituzioni è la Banca Islamica di Sviluppo (*Islamic Development Bank, IDB*).

*dimāgiyya*) e decesso legale (*wafāt šar'īyya*), applicando al primo tutte le stipulazioni valide per quest'ultimo.

Ecco il testo della risoluzione:

*Risoluzione del Consiglio della Giurisprudenza Islamica sugli apparati di rianimazione (Decisione N. 5 Del 3/07/86)*

Il Consiglio della Giurisprudenza Islamica (Council of Islamic Jurisprudence) nel suo terzo incontro tenuto ad Amman, capitale della Giordania, dall'8 al 13 šafar 1407 dell'Egira (dall'11 al 16 ottobre 1986 della nostra era), dopo la discussione di tutti gli aspetti rilevanti sugli apparati di rianimazione e la spiegazione dettagliata offerta da medici specialisti, delibera quanto segue:

una persona è dichiarata legalmente morta e si applicano di conseguenza tutte le disposizioni del diritto islamico in caso di morte, se si è verificata una di queste condizioni:

- totale cessazione delle funzioni cardiaca e respiratoria, se i medici hanno stabilito che tale cessazione è irreversibile;
- totale cessazione di tutte le funzioni cerebrali, se medici specializzati ed esperti hanno stabilito che tale cessazione è irreversibile e che il cervello ha cominciato a subire autolisi.

In questo caso è lecito staccare la persona dagli apparati di rianimazione, anche se la funzionalità di alcuni organi (per esempio il cuore) è ancora mantenuta artificialmente.<sup>89</sup>

È stato il medico giordano Muhammad Na'im Yasin a proporre l'introduzione del concetto di morte cerebrale, in ragione dell'assenza di evidenze testuali normative nel diritto islamico e della conseguente liceità della deduzione razionale da parte dei giuristi: l'esercizio dell'*iğtihād*,<sup>90</sup> lo sforzo interpretativo, ancorché

---

<sup>89</sup> F.A.M. Shaheen and M.Z. Souqiyyeh, "Increasing Organ Donation Rates From Muslim Donors: Lessons From a Successful Model", *Transplantation Proceedings*, 36/7, 2004, pp. 1878-1880.

<sup>90</sup> *Iğtihād*, letteralmente 'sforzo interpretativo', è termine tecnico nel diritto islamico (*fiqh*) che designa in generale l'uso del ragionamento individuale e più in particolare l'uso del metodo di

progressivamente ridotto e in teoria circoscritto ai primi secoli dell'Islam, ha sempre avuto la funzione di adattare il granitico sistema normativo islamico alle mutevoli esigenze dei tempi. Nel caso specifico dei trapianti, Yasin propone di fatto l'accettazione da parte dei giuristi della definizione medica di morte cerebrale.

Per arrivare a questo risultato, Yasin parte dalla definizione teologica della morte come uscita dell'anima<sup>91</sup> dal corpo, movimento speculare all'ingresso

---

ragionamento analogico (*qiyās*). Il giurista che ha i requisiti per praticare l'*īgh̄tibād* è chiamato *muḡtabid*. Le antiche scuole di diritto utilizzavano il ragionamento individuale in modo abbastanza libero, spesso sotto il nome di *ra'y*, genericamente 'opinione'; fu il grande giurista al-Šāfi'i, fondatore di uno dei quattro riti giuridici ortodossi (il rito sciafiita), a limitare rigorosamente lo sforzo interpretativo all'uso del ragionamento analogico a partire dal Corano e dalla Sunna. Inizialmente, l'impiego dell'*īgh̄tibād* era considerato legittimo per ogni giurista; gradualmente, la sua applicazione fu ristretta fino a essere limitata alle sole opinioni dei grandi studiosi del passato. A partire dal secolo X, e definitivamente nel secolo successivo, i giuristi cominciarono ad accettare per consenso generale che tutte le questioni giuridiche essenziali erano ormai state risolte definitivamente dalla discussione dei secoli precedenti e che d'ora in avanti ci si dovesse limitare alla codificazione delle opinioni espresse in precedenza, in nome del principio di imitazione (*taqlid*): è la "chiusura della porta dell'*īgh̄tibād*" che caratterizza il diritto islamico a partire da questo periodo.

<sup>91</sup> Il termine arabo che identifica l'anima è *nafs*: nella poesia preislamica significa il sé, la persona, mentre *rūḥ* è il respiro, il vento. Nel Corano, *nafs* è la parola che rende il concetto di anima, e *rūḥ* rappresenta invece un angelo messaggero, lo spirito o una qualità divina. Solo nella letteratura islamica *nafs* e *rūḥ* sono equiparati, ed applicati entrambi allo spirito umano, agli angeli e ai *ḡinn*. Nella tradizione islamica, questi ultimi sono esseri soprannaturali, spiritelli che si impossessano degli uomini e che hanno per cavalcatura lucertole. I loro corpi sono composti di vapore e fiamma: creature divine, sono intelligenti, impercettibili ai sensi degli uomini — gli animali ne avverterebbero invece la presenza, — capaci di salvezza (anche loro, come gli uomini, saranno giudicati nel Giorno del Giudizio), alcuni di loro entreranno in Paradiso, altri all'Inferno. Dio "creò l'uomo da fango seccato come argilla per vasi — e i *jinn* creò di fiamma purissima di fuoco." [Cor. LV 15; variante in XV 26]. Il carattere sfumato dei *ḡinn*, unitamente alla convinzione islamica che il Corano tutto abbia previsto e che nulla contenga di contrario alla ragione, portò alla fine dell'Ottocento alcuni esponenti del modernismo islamico, in particolare l'egiziano Muḡammad 'Abduḥ, a identificare paradossalmente nei *ḡinn* i microbi allora appena scoperti.

dell'anima che avviene per tramite dell'infusione da parte di Dio nell'embrione:<sup>92</sup> Yasin esclude la possibilità reale di definire i movimenti dell'anima e dunque sposta il problema sulla determinazione della capacità del corpo di offrirle adeguato riparo. Sfruttando appieno gli stratagemmi della casuistica islamica, l'argomentazione si basa sulla classificazione dei sintomi di morte sviluppata dai giuristi medievali per risolvere casi di scuola relativi alla responsabilità penale. In particolare, gli studiosi di diritto hanno messo appunto una serie di esempi fittizi sulla determinazione della responsabilità della morte in caso di omicidio perpetrato potenzialmente da assalitori che hanno colpito la vittima sequenzialmente, una sorta di *Omicidio sull'Orient Express ante litteram*. La necessaria attribuzione delle responsabilità individuali esige la determinazione esatta del momento della morte per distinguere tra chi si trova a essere, sia pure per caso, l'omicida, chi è responsabile di lesioni, e chi, avendo colpito inconsapevolmente un cadavere, non può essere considerato colpevole a prescindere dalle intenzioni, poiché, come recita un celebre *ḥadīth*, le azioni esistono solo nelle loro intenzioni.

Yasin usa questa definizione giuridica di morte, seppur implicita, come grimaldello per introdurre il concetto medico di morte cerebrale nell'edificio giuridico islamico. Il margine di incertezza intrinsecamente presente in ogni definizione di morte che prescindia dalla completa cessazione delle funzioni vitali viene a sua volta legittimato da Ashqar, un sostenitore della tesi di Yasin, ricordando che il diritto successorio islamico considera giuridicamente morti i potenziali eredi ammalati gravemente perché, in caso di morte di questi ultimi, si renderebbe necessario un ulteriore passaggio di beni a breve termine. Yasin completa il suo ragionamento di legittimazione della morte cerebrale identificando nel cervello, in armonia con una tesi ben rappresentata nel pensiero filosofico e

---

<sup>92</sup> Nel discutere i diversi momenti in cui le varie religioni collocano la nascita delle “singolarità” — il momento di transizione da un'entità cui non è attribuita una speciale considerazione morale (per esempio una cellula somatica) a un'entità che invece gode di individualità, un momento che la Chiesa cattolica identifica nel concepimento — A.S. Daar, A. Bhatt, E. Court, P.A. Singer, “Stem Cell Research and Transplantation: Science Leading Ethics”, *Transplantation Proceedings*, 36/8, 2004, pp. 2504-2506, ricordano che per l'Islam l'inizio dell'esistenza individuale coincide con l'“ensoulment” ‘inanimamento’, ovvero l'infusione dell'anima.

teologico islamico medievale, la sede privilegiata dell'anima, un'identificazione che porta a far coincidere la cessazione delle funzioni cerebrali con l'esodo dell'anima, ormai priva di dimora, dal corpo.

Tawfiq al-Wa'i si oppone all'adozione del concetto di morte cerebrale, riferendosi al Corano che, nei passi che contengono riferimenti alla morte, sembra legittimare un'interpretazione corporea, non consentendo, a suo avviso, la riduzione della definizione della vita o della morte alla presenza o all'assenza dell'anima. In questa concezione che diremmo organicistica del corpo, concepito come complesso di parti che cooperano in armonia e che nella loro unicità sono indispensabili al buon funzionamento del tutto, non v'è certo spazio per l'attribuzione di un ruolo esclusivo al cervello nel tracciare la definizione dei confini della vita e della morte di un individuo.

A implicito sostegno del rifiuto dell'idea di morte cerebrale giunge il Corano che nella sura della Caverna ripropone la leggenda cristiana nota come "I Sette dormienti di Efeso", martiri del III secolo: sette giovani — *aṣḥāb al-kaḥf*, 'Quei della caverna' — furono costretti a nascondersi in una caverna appunto (identificata con la grotta ancora visibile presso le rovine del sito archeologico nell'odierna Turchia), per sfuggire alla persecuzione anticristiana di Decio (249-251 d.C.); murati per ordine dell'imperatore nel luogo ove avevano trovato rifugio, dormirono un sonno miracoloso dal quale si svegliarono quasi due secoli dopo (che si espandono in trecentonove anni nel testo coranico), ormai sotto Teodosio II il Giovane (401-450 d.C.),<sup>93</sup> imperatore romano d'Oriente. Caddero come morti, ma al loro sonno mai fu dato il nome di morte:<sup>94</sup>

---

<sup>93</sup> Nella storia della trasmissione del sapere medico tardoantico all'Islam, Teodosio II il Giovane ha svolto un ruolo non marginale, seppur indiretto, convocando il concilio ecumenico di Efeso (431), che pronunciò la condanna di Nestorio, cui fece seguito la persecuzione dei suoi seguaci, poi culminata nella chiusura della scuola di Edessa (489) decretata dall'imperatore Zenone, che provocò la diaspora degli studiosi che vi operavano in direzione dei più accoglienti centri dell'impero sasanide, Nisibi e Gondēšāpūr. Il dibattito attorno alla natura di Cristo, al centro della polemica che provocò la chiusura della scuola, infuocava l'animo dei bizantini, innamorati delle controversie cristologiche: come riferisce Gregorio di Nissa, nella Costantinopoli del secolo IV, "Se

Pensi tu che gli uomini della Caverna e d'*ar-Raqīm*, siano fra i Nostri Segni cosa strana? - Allorché i giovanetti si rifugiarono nella caverna e dissero: "Signore, dacci un segno di misericordia da parte Tua e dacci rettitudine nel fare!" - **<sup>11</sup>E Noi colpimmo di silenzio le loro orecchie, nella Caverna, per lunghi anni, - e poi li svegliammo per sapere quale dei due gruppi sapesse meglio contare il tempo ch'eran restati lì a soggiornare.** - Noi ti racconteremo la storia loro con verità: erano giovanetti che credevano nel loro Signore, li avevam guidati rettamente al Vero. - E fortificammo i loro cuori quando si levarono a dire : "Il nostro Signore è il Signore dei cieli e della terra, non invocheremo altro dio che Lui! Se lo facessimo, diremmo certo cosa abominevole! - Questo nostro popolo s'è preso degli dèi altri da Lui. Se almeno apportassero a loro discolpa giustificazione chiara! Ma chi è più empio di chi forgia menzogne contro Dio? - E quando vi sarete allontanati da loro e dagli idoli che adorano in luogo di Dio, rifugiatevi nella Caverna, che il vostro Signore effonderà su di voi della Sua misericordia e disporrà dolcezza a vostra sorte". - E avresti visto il sole, al sorgere, deviare dalla loro caverna verso destra, e sfiorarli a sinistra al tramonto, mentr'essi si trovavano in

---

domandi informazioni sulle monete, uno ti fa una dissertazione sul generato e l'ingenerato; se chiedi il prezzo del pane, ti rispondono che il Padre è più grande e che il Figlio gli è sottomesso. Chiedi se il bagno è pronto, e uno si mette a dissertare che il Figlio è stato creato dal nulla" [citato da Manlio Simonetti, *Cristianesimo antico e cultura greca*, Borla, Roma, 1983, p. 12]. Il Monofisismo, da *mónos* 'uno solo' e *phýsis* 'natura', è la dottrina, introdotta dal monaco Eutiche di Costantinopoli nel secolo V, che sosteneva che Cristo avesse un'unica persona divina, quella del Verbo, e un'unica natura divina, che assorbiva in sé quella umana, a sottolinearne la divinità. Il Nestorianesimo, che prende nome da Nestorio, patriarca di Costantinopoli dal 428, è invece difisita: contempla la presenza in Cristo di due nature ipostatizzate, collegate tra loro da legame morale e non ontologico: il Verbo, figlio di Dio, e Gesù, figlio di Maria. La scissione delle due nature portò i Nestoriani alla negazione del titolo di "madre di Dio" alla Madonna. Sulle questioni relative ai rapporti fra comunità cristiane del Vicino Oriente e Islam cfr. Joseph Hajjar, *Les Chrétiens Uniates du Proche-Orient*, Seuil, Paris, 1962.

<sup>94</sup> Cor. XVIII 9-27 (il grassetto è mio)

un'ampia volta nel centro. Questo è uno dei Segni di Dio: e colui che Dio guida, egli è il Guidato, e colui che Dio travia non troverà patrono che l'ammaestri. - **E li avresti creduti svegli, mentre invece dormivano, e li voltavamo sul fianco destro e sul sinistro, mentre il loro cane era accucciato con le zampe distese, sulla soglia. Se fossi li capitato d'improvviso e li avessi visti, ti saresti volto subito in fuga pieno d'arcano spavento. - E così li svegliammo, perché s'interrogassero a vicenda. Uno di loro disse: "Quanto tempo siete rimasti qui?" "Un giorno restammo, risposero, o parte d'un giorno". E gli altri: "Il vostro Signore sa meglio quanto vi siete restati. Mandate ora qualcuno con queste monete alla città, a cercar chi abbia il cibo più puro, e ve ne porti provvigioni: ch'ei sia con tutti gentile ma a nessuno dia notizia di voi - poiché se vi scoveranno vi lapideranno o vi riconurranno alla loro religione e allora giammai prospererete". - E così Noi li svelammo agli abitanti della città perché sapessero che la promessa di Dio è vera e che non v'è dubbio alcuno nell'Ora. Quando essi disputavano fra loro su quei giovani e dicevano alcuni: "Costruite sopra di loro un edificio, meglio li conosce il Signore!" Ma quelli la cui opinione prevalse dicevano: "Facciamoci sopra un santuario!" - Diranno alcuni: "Erano tre, e quattro col cane". Altri: "Cinque erano, e sei col cane". Altri ancora: "Sette, e otto col cane". Rispondi: "Il mio Signore sa meglio qual fosse il loro numero; non lo conoscono che pochi". Non disputare dunque di loro altro che in modo esteriore, e non chieder di loro a nessuno. - E non dire di nessuna cosa: "La farò domani" - senza aggiungere: "Se Dio vuole", e se lo dimentichi, invoca il nome del Signore, e di: "Può darsi che il Signore mio mi guidi a far cose di questa più rette". - **Rimasero dunque nella loro caverna trecento anni, ai quali ne aggiunsero nove. - Di: "Iddio sa meglio quanto tempo sian rimasti colà: Suoi sono i segreti invisibili dei cieli e della terra.** Come chiara è la Sua vista, quanto il Suo udito è acuto! Non hanno gli uomini altro patrono che Lui, e nessuno Egli associa nel Suo giudizio". -**

La scarsa predilezione del testo coranico per l'esplicitazione dei nessi logici e temporali fra gli eventi narrati, la narrazione disordinata e confusa, cui si

accompagna il tono lirico che invero non aspira a precisione in un contesto pregno di valore simbolico, richiede necessariamente qualche spiegazione. Alcuni vedono in *Ar-Raqīm* il nome dato al cane<sup>95</sup> dei dormienti, che non viene altrimenti nominato nel resto della sura, mentre altri lo interpretano come il nome della caverna stessa. I sette dormienti sono nel Corano un evidente simbolo della resurrezione dei morti.

La rilevanza dei passi evidenziati nell'ambito della discussione dei trapianti è palese. Il testo coranico fa verisimilmente riferimento — sia pure velato dallo stile iperbolico della narrazione — a un caso interpretabile come morte apparente: i dormienti al loro risveglio credono d'aver dormito “Un giorno [...] o parte d'un giorno”. Chi fosse sopraggiunto li avrebbe “creduti svegli, mentre invece dormivano”, e non manifestavano reazioni se voltati “sul fianco destro e sul sinistro”. Anche il cane *Qiṭmīr* partecipa della straordinarietà del fenomeno: “era accucciato con le zampe distese, sulla soglia”. La singolarità dell'evento avrebbe “volto subito in fuga pieno d'arcano spavento” chi li avesse visti.

Il sonno mortale che rapisce i dormienti è pregno di senso nell'universo semantico del Corano, che proclama a chiare lettere l'equivalenza tra sonno e morte:<sup>96</sup>

È Lui che vi richiama a sé di notte e sa quel che avete operato durante il giorno, e poi vi risveglia al mattino perché un termine fisso si compia. E poi tornerete a Lui e vi darà contezza di tutte le vostre azioni.

E ancora:<sup>97</sup>

---

<sup>95</sup> Tradizionalmente il nome del cane è *Qiṭmīr*: è una figura degna di nota nella tradizione islamica poiché rappresenta l'unico caso in cui a un cane è permesso di entrare in Paradiso; secondo al-Baydawī, Dio gli diede il dono della parola, mentre al-Tabarī vi vede la reincarnazione di un essere umano. Cfr. Louis Massignon, “Les Sept Dormants d'Ephese en Islam et en Chrétienté”, *Revue des Etudes Islamiques*, 22-30, 1954-62.

<sup>96</sup> Cor. VI 60.

Dio chiama a sé le anime al momento della loro morte, e anche le anime che non muoiono, durante il sonno; e trattiene quella cui ha decretato la morte e rinvia le altre fino a un termine fisso. E certo v'han segni in questo per gente che sa meditare.

Come nota il sommo islamista Alessandro Bausani (1921-1989) nel suo commento al testo, “da ambedue i passi si deduce (sembra idea presente anche nella tradizione rabbinica) che durante il sonno le anime son richiamate a Dio (il termine significa «far morire» [*tawaffà*, n.d.r.] nel linguaggio ordinario) e rimandate al mattino”.<sup>98</sup>

Non bisogna dimenticare che per i musulmani il Corano è parola di Dio e ha quindi valore normativo, in particolare è fonte di diritto per eccellenza, il che impone di non trascurare alcun riferimento che, per quanto vago e sfumato, possa apparire pertinente.

Altri argomenti citati da coloro che avversano l'accoglimento dell'idea di morte cerebrale si richiamano al rifiuto dei giuristi islamici medievali di far appello a concetti “mentali” di definizione della vita, quali l'intelletto (*'aql*) e la capacità percettiva (*iḥāss*): dal momento che anche esseri umani immaturi come i bambini, esseri imperfetti nelle società premoderne,<sup>99</sup> godono innegabilmente della vita pur non avendo ancora sviluppato appieno queste capacità. Inoltre, vien fatto riferimento all'indiscutibile grado di certezza offerto dai criteri cardiopolmonari nella definizione della condizione di morte, rispetto alla parzialità della morte cerebrale, circoscritta all'oblio di un solo organo.

I giuristi musulmani che si trovano ad affrontare questioni poste dall'avanzamento dei tempi e dal progresso scientifico fanno comunque riferimento a concetti e nozioni premoderni: il quadro all'interno del quale si costruisce la loro

---

<sup>97</sup> Cor. XXXIX 42.

<sup>98</sup> Cor., p. 542, commento a VI 60.

<sup>99</sup> Cfr. al proposito Biancamaria Scarcia Amoretti, *op. cit.* p. 190.

discussione è sempre quello offerto dal corpus giuridico ereditato dal passato e i nuovi concetti trovano una collocazione propria solo se tradotti nel linguaggio proprio della Legge islamica, nel contesto della ricerca senza fine di un precedente autorevole, fonte di legittimazione secondo il criterio analogico. La ricerca del precedente avviene nell'immenso archivio della *šarī'a*, cristallizzato in tempi lontani, in grado di offrire lo spunto per la risoluzione di ogni problema, perché la Legge è comprensiva di tutto nella sua natura, è perfetta e universale e abbraccia tutti i bisogni dell'uomo, in ogni società e in ogni tempo. La perfezione della Legge sta nella plasticità dei suoi principi, la modernità stessa la rende attuale, infondendo nuovi significati alle sue forme immutabili e granitiche.

Gli argomenti meramente scientifici sono del tutto assenti dal proscenio della discussione: i pareri dei medici sono invocati solo come ausilio alla comprensione fattuale del problema, ma non giocano alcun ruolo effettivo nell'argomentazione giuridica, che si abbevera alla sola fonte della Legge.

La discussione coinvolge due piani linguistici e concettuali distinti nei quali gli stessi fenomeni sono categorizzati in modi diversi e spesso inconciliabili: i rapporti tra giuristi e medici richiedono una vera e propria traduzione che talvolta può essere approssimativa, se non errata, e che nei casi estremi può provocare una sorta di cortocircuito intellettuale. Il medico che in quanto musulmano aderisce ai precetti della Legge sperimenta una vera e propria scissione della personalità: come figura bifronte, da un lato è proteso verso la causa della modernità cui è stato indirizzato dagli studi condotti secondo i principi della medicina scientifica, dall'altro rimane saldamente ancorato allo spirito di un diritto cristallizzato nel Medioevo, che plasma inevitabilmente e senza misure la *forma mentis* dell'*homo islamicus*.

È significativo che anche i giuristi che dichiarano l'inesistenza di norme vincolanti del diritto islamico direttamente applicabili ai trapianti, e quindi invocano la necessità dell'*īḡtihād* nell'affrontare una questione che rimane dunque aperta allo sforzo esegetico, non possano fare a meno di richiamarsi per analogia a concetti assai remoti dall'oggetto della discussione, al fine di trovare giustificazione al punto di vista che si vuole difendere in un precedente già ammesso come lecito dalle autorità giuridiche classiche. Si giustifica ad esempio la liceità dei trapianti, in assenza di giurisprudenza esplicita, non attraverso una disamina dei meriti medici

delle diverse alternative, ma estendendo, più o meno arbitrariamente, precetti relativi al parto cesareo, alla purezza delle membra recise o, come *extrema ratio*, facendo riferimento al generale e vaghissimo principio di utilità. Tuttavia, questo principio non si appoggia su una valutazione statistica dei benefici sociali e degli eventuali svantaggi — ad esempio, il numero dei casi altrimenti incurabili o, per contro, la valutazione dei rischi connessi con le operazioni — e, in suo nome, i giuristi si limitano a ragionare in termini puramente teorici, su un piano di pura astrazione giuridica, mai in senso pragmatico.

A loro volta, i partigiani della morte cerebrale legittimano le loro convinzioni su una premessa molto distante dalla questione in esame, come la localizzazione dell'anima e il rapporto che sussiste tra questa e il corpo: poiché si ritiene che il ricetto dell'anima siano il cervello e la coscienza, ne discende che la morte cerebrale sia dato accettabile per definire il termine ultimo della vita di un individuo.

Chi, per contro, rigetta la legittimità islamica del concetto di morte cerebrale si basa non su argomentazioni medico-scientifiche, ma soltanto su una diversa concezione, diremmo olistica, dell'organismo, che rifiuta di considerare l'anima localizzata unicamente nel cervello e privilegia una visione distribuita che individua la separazione dell'anima dal corpo nell'attimo della cessazione delle funzioni vitali. Sembra quasi di trovarsi di fronte alla controversia di due scuole di pensiero della filosofia islamica medievale, condotta secondo le regole consacrate della diatriba, cui si ispiravano i dotti alla corte dei califfi abbasidi (750-1258),<sup>100</sup> piuttosto che a un dibattito bioetico imperniato su principi moderni.

La distanza delle conclusioni cui pervengono i giuristi impegnati nel dibattito non deve oscurare l'assoluta concordia delle fonti e dei metodi esegetici, orizzonte comune per entrambi gli schieramenti. Nessuno dei partecipanti nega l'assoluta priorità del dato rivelato e della Tradizione, né la validità delle modalità canonizzate per la loro interrogazione. I diversi pareri sono determinati da differenze

---

<sup>100</sup> Sui caratteri della disputa come genere codificato nella tradizione islamica classica e sulle sue implicazioni, cfr. Leonardo Capezzone, "La politica ecumenica califfale: pluriconfessionalismo, dispute interreligiose e trasmissione del patrimonio greco nei secoli VIII-IX", *Oriente Moderno*, 17 (n.s.), 1998, pp. 1-62.

accidentali — la validità della trasmissione di una certa tradizione, la plausibilità dell'estensione analogica di un precedente — increspature superficiali che non alterano l'assoluta omogeneità del fondo.

Va notato che dal dibattito sui trapianti restano complessivamente escluse le correnti che si sforzano di contemplare un'interazione proficua, seppure dialettica, tra diritto islamico e modernità: a dispetto delle diverse posizioni sull'argomento in esame, tutte le parti coinvolte nel dibattito condividono una visione tradizionalista e conservatrice dell'Islam. Questa visione contrasta con l'approccio di quei giuristi che interpretano la Legge non come un monolite immutabile, ma come tradizione in divenire, secondo il modello degli esponenti più illuminati della giurisprudenza islamica classica.

#### *4. Problemi etici specifici dei trapianti in ambito islamico*

I problemi relativi alla morte cerebrale e all'autorizzazione dell'espianto sono comuni a tutte le religioni, che devono riconciliare le loro concezioni etiche e metafisiche con la necessità pratica di procurare organi da trapiantare.

Esistono però questioni specifiche all'ambito islamico, che derivano da norme culturali proprie dell'Islam che non si ritrovano, o si ritrovano in termini comunque diversi, in altre esperienze religiose. Particolarmente vistoso è il caso del rispetto del digiuno del Ramadan: ogni musulmano è tenuto a non assumere cibo o bevande, e ad astenersi da rapporti sessuali, dall'alba al tramonto, durante il mese di Ramadan. Il fatto che il calendario islamico — in uso in molti paesi dell'area anche come calendario civile, in altri soppiantato dal calendario gregoriano, ma comunque vincolante per i credenti — sia lunare fa sì che il Ramadan venga a cadere in diversi punti dell'anno (anticipandosi mediamente di undici giorni da un anno all'altro), variando quindi la durata del digiuno in funzione della stagione — più breve d'inverno, più lungo d'estate — e della fascia climatica.

Come altri obblighi dell'Islam, il rispetto del Ramadan non è assoluto, ma subordinato alla capacità del credente di sopportarlo: ne sono esclusi i bambini, gli anziani, le donne incinte, i malati. Chi ha subito un trapianto dovrebbe quindi esserne escluso; tuttavia, i credenti più osservanti si sforzano di osservare l'obbligo ogniqualvolta sia loro possibile, e quindi interpellano i loro medici per sapere se il

digiuno è compatibile con le loro condizioni. Un gruppo di ricercatori in forza presso la Division of Renal Transplantation dell'Emam Hospital della Tabriz Medical University di Tabriz, in Iran, ha svolto uno studio quantitativo su 30 pazienti, 30 mesi dopo aver ricevuto un trapianto (età media  $39 \pm 4$  anni), che hanno praticato il digiuno. Lo studio rivela che il digiuno non altera sensibilmente i principali parametri clinici e quindi non può essere considerato pericoloso, anche se sembra eccessivamente ottimistico giungere ad affermare che “it can have some beneficial effects”.

Ecco la tabella riassuntiva dei valori medi nel gruppo di pazienti presi in esame nello studio.<sup>101</sup>

---

<sup>101</sup>H. Argani, S. Mozaffari, B. Rahnama, M. Rahbani, M. Rejaie, A. Ghafari “Evaluation of Biochemical and Immunologic Changes in Renal Transplant Recipients During Ramadan Fasting”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2725–2726.

PARAMETRI	1 mese prima del Ramadan	Inizio del Ramadan	2 settimane di digiuno	Fine del digiuno	1 mese dopo il Ramadan	P- value
Hg (g/dL)	14,6	14	13,7	13,9	14,1	,370
WBC/ $\mu$ L	8700	8900	7900	8200	7800	,084
Acido urico (mg/dL)	6	5,9	5,8	7,1	6	,160
Colesterolo totale (mg/dL)	202	203	205	204	197	,740
LDL (mg/dL)	121	125	124	122	117	,190
VLDL (mg/dL)	33,5	34,5	30,5	28,5	33	,019*
HDL (mg/dL)	47,7	49,5	53	54	46,5	,001*
Urea (mg/dL)	41	42	47	41	39	,280
Cr (mg/dL)	1,1	1,1	1,05	1	1,05	,580
Urea (mg)/Creatinina (g)	140/1	160/0,7	260/0,8	150/0,9	142/0,8	,160
Na (mEq/L)	138	137	136	137	138	>,500
K (mEq/L)	4,3	4,4	4,7	4,7	4,2	>,500
Glucosio (mg/dL)	79	84	81	79	82	,200
C3	81	63	57	62	60	,010*
C4	30	31	33	37	24	,001*
IgA	210	230	230	250	230	,600
IgM	245	240	227	210	205	,020*
IgG	1350	1450	1710	1620	1610	,055

\*Statisticamente significativo

*Tabella 1: valori ematologici, biochimici, immunologici prima, durante e dopo il digiuno di Ramadan in 30 trapiantati di rene, in Iran, 2003*

Uno studio kuwaitiano su 145 trapiantati offre risultati ancor più rassicuranti: nessuno dei valori clinici rivela differenze statisticamente significative fra il gruppo dei pazienti che hanno digiunato durante il Ramadan (71, età media  $37,3 \pm 11,9$  anni) e il gruppo dei pazienti alimentati normalmente (74, età media  $40,1 \pm 10,5$  anni).

Ecco i risultati dei principali parametri:<sup>102</sup>

	Prima	Durante	Dopo	3 mesi	6 mesi	9 mesi	12 mesi	P
<b>Urea (mmol/L), media (dev. Standard)</b>								
F	6,1 (1,88)	6,1 (2,0)	5,9 (1,96)	6,2 (1,94)	6,5 (2,0)	6,4 (2,19)	6,3 (2,66)	
NF	7,4 (8,7)	6,5 (2,11)	8,4 (13,7)	8,0 (14,3)	6,5 (2,08)	6,7 (1,99)	6,5 (1,93)	NS
P	,106	,455	,112	,731	,873	,873	,112	
<b>Creatinina (µmol/L), media (dev. standard)</b>								
F	97,9 (26,6)	99,4 (26,7)	98,4 (26,4)	101,8 (26,4)	100,3 (31)	108,9 (27,7)	103,2 (32,5)	
NF	102,7 (28,4)	104,3 (26,3)	104,4 (26,8)	103,3 (27,5)	104,1 (25,9)	111,6 (24)	105,3 (26,1)	NS
P	,358	,456	,493	,906	,623	,623	,668	
<b>Glicemia (mmol/L), mediana (percentile 2,5, 97,5)</b>								
IDDM								
F	9,4 (4,1, 19)	11,8 (6, 26)	8 (6,2, 11,8)	8,8 (6,1, 16)	9 (4,7, 13,1)	10 (4,4, 18)	7,6 (6,3, 11)	
NF	6,7 (5, 10,5)	9,9 (4,6, 18)	6,9 (4, 10)	9,2 (3,5, 17)	7,1 (4,4, 20)	6,3 (3,9, 23)	9,1 (3,2, 21)	NS
P	,334	,547	,086	,245	,123	,142	,160	
NIDDM								
F	7,7 (5,2, 11)	10 (5,1, 16)	7,7 (4,1, 10)	7,1 (4,3, 12)	8,5 (4,3, 12)	6,6 (5, 12,3)	9 (4,7, 14,6)	
NF	7,5 (4,6, 9)	6,4 (4,3, 26)	7,3 (3,2, 12)	6,6 (5,3, 18)	8 (6,3, 15)	6,4 (3,5, 18)	6,9 (4,2, 15)	NS
P	,510	,144	,757	,744	,128	,521	,951	
<b>Pressione sanguigna (mm Hg), media (dev. standard)</b>								
Sistolica								
F	123,6 (9,0)	134,9 (15,6)	137 (14,6)	133,5 (12,5)	133,1 (15,8)	136 (15,6)	133,3 (13,5)	
NF	133 (18,3)	134,7 (15,9)	133,8 (15,3)	130,6 (14,9)	131,1 (14,9)	133,1 (16,1)	134 (12,9)	NS
P	,507	,894	,570	,427	,367	,921	,809	
Diastolica								
F	77,4 (11)	77,2 (11,5)	78,8 (9,6)	76,1 (10,9)	74,5 (9,8)	78,8 (10,1)	76,4 (10,2)	
NF	76,4 (11,8)	76,5 (9,9)	77 (9,4)	75,5 (9,5)	75,1 (8,6)	76,2 (9,9)	76,5 (9,9)	NS
P	,251	,946	,148	,469	,683	,251	,333	

F, pazienti a digiuno (Fasting group); NF, pazienti alimentati normalmente (NonFasting group); NS, non significativo

*Tabella 2: raffronto dei dati statistici fra pazienti kuwaitiani trapiantati che hanno praticato il digiuno di Ramadan e pazienti alimentati normalmente, 2003*

I risultati di questo studio sono particolarmente significativi, sia per il numero di pazienti coinvolti, sia perché non si limita a confrontare i parametri dei pazienti a digiuno prima, durante e dopo il Ramadan, ma li paragona con i parametri di un gruppo di pazienti che è stato alimentato normalmente. L'assenza di differenze statisticamente significative mostra la praticabilità del digiuno per i trapiantati di rene.

<sup>102</sup> T. Said, M.R.N. Nampoory, M.A. Haleem, M.P. Nair, K.V. Johny, M. Samhan, M. Al-Mousawi, "Ramadan Fast in Kidney Transplant Recipients: A Prospective Comparative Study", *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2614-2616.

Naturalmente, in un contesto occidentale si porrebbe il problema di conciliare il rispetto del desiderio dei pazienti di rispettare l'obbligo del digiuno con le norme etiche che impongono al personale medico e sanitario di garantire le migliori possibilità di guarigione e sopravvivenza ai malati. Anche se ulteriori studi confermassero le risultanze di queste prime indagini statistiche su gruppi di pazienti trapiantati che praticano il digiuno, l'adozione anche negli ospedali occidentali della possibilità per i pazienti musulmani di rispettare il *ṣawm* susciterebbe indubbiamente perplessità e problemi pratici: non ultima, la difficoltà di programmare la distribuzione del cibo in modo da consentire l'alimentazione dei pazienti in digiuno subito dopo il calare del sole.

##### *5. Sviluppi recenti: la metabolizzazione degli standard di morte cerebrale*

I dubbi, ben radicati, come s'è visto, tra medici e soprattutto giuristi musulmani sulla liceità sciaraitica dei trapianti, sono stati nettamente superati da recenti prese di posizione di organizzazioni di medici che si riconoscono confessionalmente nell'Islam. In particolare, l'Organizzazione Islamica per le Scienze Mediche (Islamic Organization for Medical Sciences — IOMS) ha tenuto due simposi nel 1985 e 1996, entrambi in Kuwait, che hanno apertamente sposato l'adozione del concetto di morte cerebrale come definizione di morte accettabile anche per i musulmani.

I simposi, che significativamente hanno visto la partecipazione non solo di medici ma anche di giuristi ed esperti legali, hanno accolto il principio secondo cui le definizioni legali di morte formulate nell'ambito del diritto islamico classico sono da considerare frutto di interpretazioni umane basate sullo stato delle conoscenze mediche al tempo in cui vissero i giuristi e i filosofi cui si deve la paternità della formulazione dei principi di etica medica medievale.

Questa presa di posizione è imperniata su una significativa relativizzazione dell'opera di codificazione del diritto portata a termine dai giuristi medievali: una relativizzazione che — pur lasciando rigorosamente da parte Corano e Sunna, che sono provvidenzialmente silenti sull'argomento, ad eccezione dei pochi cenni indiretti che abbiamo ricordato — non è affatto scontata, dato che per la

maggioranza dei musulmani l'edificio della Legge che è stato eretto dalla paziente opera di sedimentazione di generazioni di giuristi è la pietra angolare dell'Islam proprio in quanto religione di Legge,<sup>103</sup> che esprime la sua natura quasi esclusivamente in senso normativo, come ortoprassi, nell'accezione già spiegata.

La base delle proposte della IOMS poggia su una rigorosa divisione dei compiti fra uomini di scienza e uomini di Legge: i giuristi chiedono lumi ai medici sulle basi biologiche e fisiologiche della morte, e solo a partire da queste informazioni — del tutto trascurate come abbiamo visto dai precedenti pareri giuridici, che fossero favorevoli o meno all'adozione della morte cerebrale — è possibile definire il punto di vista islamicamente corretto sulla questione.

Il primo dei due simposi, tenuto nel 1985, ha adottato una risoluzione in sei punti per legittimare la scelta della morte cerebrale come discrimine per la cessazione della vita da un punto di vista legale:

1. nella grande maggioranza dei casi, non sussiste dubbio alcuno sulla diagnosi di morte, sulla base del solo esame clinico esterno;
2. in un limitato numero di casi — in reparti di terapia intensiva o nell'eventualità di un trapianto — è necessario determinare una diagnosi di morte a prescindere dalla persistenza di fenomeni vitali, spontanei o mantenuti in essere artificialmente attraverso una macchina;
3. le definizioni legali di morte dei manuali classici di diritto islamico sono strettamente legate alle conoscenze mediche del tempo e non sono pertanto immediatamente applicabili, a prescindere dal progresso delle conoscenze scientifiche;
4. i medici partecipanti al simposio hanno all'unanimità dichiarato che la morte del tronco encefalico può essere considerata segno irreversibile di perdita delle funzioni vitali, a prescindere dall'eventuale persistenza dei segni di vita vegetativa;

---

<sup>103</sup> Cfr. p. 1 sopra.

5. sulla base di questo parere, i giuristi hanno dichiarato applicabili a una persona di cui sia stata diagnosticata la cessazione delle attività del tronco encefalico almeno parte delle norme applicabili ai morti;
6. di conseguenza, è lecito interrompere il mantenimento artificiale della vita in presenza di diagnosi di morte cerebrale.

I partecipanti al simposio del 1985 avevano espresso apertamente la loro preoccupazione per lo scetticismo nei confronti della validità della morte cerebrale come criterio per determinare la cessazione della vita, diffuso tra i non specialisti nel mondo islamico, come pure del resto in Occidente, anche per l'allarmismo provocato dalle ricorrenti campagne di stampa su casi di morte apparente. Allo scopo di escludere ogni dubbio sulla diagnosi di morte cerebrale, il secondo simposio IOMS, tenuto dal 17 al 19 dicembre del 1996, ha messo a punto uno schema di linee guida per la determinazione del momento della morte.

Secondo queste linee guida, l'individuo è considerato morto in presenza di una di queste due situazioni:

1. cessazione completa e irreversibile delle funzioni dei sistemi respiratorio e cardiovascolare;
2. cessazione completa e irreversibile delle funzioni del cervello, incluso il tronco encefalico.

Dando per scontata la determinazione della morte cardiopolmonare, le linee guida affrontano in dettaglio le precondizioni e i criteri per la determinazione della morte cerebrale, che non può in ogni caso essere stabilita se non da uno specialista con particolare esperienza in questo tipo di diagnosi, presso un'istituzione medica adeguatamente attrezzata e con possibilità immediata di consulto confermativo.

Prima di considerare una diagnosi di morte cerebrale, devono essersi realizzate quattro precondizioni:

1. il paziente deve essere in coma profondo, continuo e irreversibile;
2. il coma deve essere causato da estesi danni cerebrali (di origine traumatica, emorragica e tumorale);
3. almeno sei ore devono esser trascorse dall'insorgenza del coma;
4. deve esserci assenza di qualsiasi tentativo di respirazione spontanea.

Qualora le quattro precondizioni siano tutte presenti, la diagnosi di morte cerebrale e del tronco encefalico richiede la realizzazione di queste ulteriori condizioni:

1. coma profondo con completa assenza di risposta e reazione;
2. manifestazione dei segni clinici e dell'assenza della cessazione di funzioni del tronco encefalico (assenza di riflessi pupillocorneali, oculocefalici e oculo vestibolari, assenza di gag reflex e di riflessi di tosse e vomito);
3. assenza di respirazione spontanea confermata dal test di apnea con temporaneo distacco dal respiratore artificiale.

Prima della pronuncia definitiva della diagnosi di morte cerebrale, devono essere esclusi tutti i sospetti di reversibilità del coma, contemplabili in caso ci si trovi di fronte a:

1. pazienti sotto l'effetto di sedativi, tranquillanti, narcotici, veleni, rilassanti muscolari, in presenza di ipotermia (sotto i 33 °C), o di shock cardiovascolare non curato;
2. coma indotto da disturbi metabolici o endocrini.

Come ultima riprova della diagnosi, è necessario un periodo di osservazione durante il quale deve essere certificata la cessazione delle funzioni cerebrali. Il periodo varia in funzione delle condizioni e dell'età del paziente:

1. nei casi normali, dodici ore dall'insorgere del coma irreversibile;
2. ventiquattr'ore in caso di coma dovuto a cessazione di circolazione (arresto cardiaco);
3. settantadue ore per i neonati (fino a due mesi) con ripetizione di test della circolazione cerebrale.

Le linee guida indicano anche con chiarezza i requisiti di composizione dell'équipe incaricata di fornire la diagnosi di morte cerebrale: devono farne parte due specialisti con esperienza in questo tipo di diagnosi, di cui almeno uno specialista in neurologia, neurochirurgia o in terapia intensiva, e deve essere disponibile un altro neurologo per eventuale consulto di conferma. Tutti i membri dell'équipe devono essere immuni da conflitti di interessi: non devono essere familiari del paziente, membri dell'équipe che si occuperà dell'eventuale trapianto, beneficiari anche indiretti della dichiarazione di morte (per lascito o eredità), o ritenuti inaffidabili dai parenti del paziente.

Allo scopo di formalizzare queste linee guida, il simposio ha proposto uno schema di certificato standard per l'emissione di diagnosi di morte cerebrale.

## *6. La morte cerebrale nel modello sciita: il caso dell'Iran*

La Repubblica Islamica d'Iran ha sessantotto milioni di abitanti, per il 99% musulmani, nella quasi totalità aderenti alla confessione sciita. Di conseguenza, l'opinione delle autorità religiose è fondamentale nelle questioni bioetiche, anche perché la costituzione della Repubblica Islamica assegna un importante ruolo di supervisione dei processi legislativi al Consiglio dei Guardiani, incaricato di vagliare la compatibilità delle leggi approvate dal Parlamento con la Costituzione e la *šarī'a*,

secondo le indicazioni della Guida Suprema — oggi l'ayatollah Khamene'i, successore dell'ayatollah Khomeini.

Fin dal 1980, l'ayatollah Khomeini rispose a un'*istiftā'* (richiesta di parere) con una *fatwā* che dichiarava “è lecito usare per trapianti gli organi, come cuore, fegato, ecc., di una persona definitivamente in morte cerebrale, col permesso del proprietario dell'organo, se da ciò dipende la vita di qualcun altro.” Una *fatwā* analoga è stata espressa dall'ayatollah Khamene'i. Altre autorità sciite, come l'ayatollah Noori Amedani ha proposto che in caso di volontà non espressa dal paziente, l'espianto possa essere autorizzato da un *faqīh* (giurisperito).

Inoltre, l'ayatollah Khamene'i ha dichiarato che “quando non c'è membro della famiglia o è difficile ottenere il consenso ed è questione di tempo salvare la vita di qualcuno mediante trapianto di organi, non è necessario ottenere il consenso”. Secondo una *fatwā* dell'ayatollah Lankarani, “se qualcuno ha espresso la volontà di donare un organo dopo la morte, la volontà sarà eseguita. Se la famiglia non consente, è legalmente permesso rimuovere gli organi, ignorando i desideri della famiglia ed eseguendo la sua volontà per salvare la vita di un musulmano. [...] Se un morto non aveva espresso in vita la sua volontà in merito alla donazione di organi, anche in tal caso è permesso rimuovere un organo per salvare una vita.”

Questi pareri sono particolarmente importanti, perché l'Iran è al tempo stesso uno dei paesi più giovani del mondo (il 60% della popolazione ha meno di 25 anni) e tra i primi nella classifica dei tassi di vittime della strada. La diffusione della donazione *post mortem* consentirebbe quindi un'ampia disponibilità di organi giovani. Inoltre, nonostante i successi del modello iraniano di donazione da non consanguineo, sono stati rilevati problemi non indifferenti: in specie, i donatori manifestano problemi di salute e sviluppano turbe psicologiche a lungo termine, motivate da rimpianto per la decisione presa e odio per il ricevente. Una maggiore disponibilità di organi cadaverici allevierebbe questo problema.<sup>104</sup>

Nonostante questi pareri favorevoli, l'iter parlamentare di una legge in materia è stato molto lento. Dopo un primo tentativo fallito nel 1995, solo nel 1999 è

---

<sup>104</sup> M. Raza, K.M. Hedayat, “Some Sociocultural Aspects of Cadaver Organ Donation: Recent Rulings From Iran”, *Transplantation Proceedings*, 36/10, 2004, pp. 2888-2890.

ripresa la discussione della legge sul “trapianto di organi da pazienti deceduti o cerebralmente morti”, applicata il 6 aprile 2000.<sup>105</sup> Eccone il testo:

Gli ospedali attrezzati per il trapianto degli organi, con autorizzazione scritta del Ministero della Salute e dell’Educazione Medica possono utilizzare gli organi sani dei pazienti deceduti o dei pazienti in morte cerebrale espianati da specialisti. Ciò si basa sulla volontà del paziente o l’accordo del suo tutore o tutrice, per essere utilizzati su pazienti la cui vita dipende dal trapianto.

1. La diagnosi di morte cerebrale sarà stabilita da esperti professionisti in un ospedale universitario pubblico equipaggiato. Questi esperti sono nominati dal Ministro della Salute per quattro anni.
2. Chi è membro dell’équipe di diagnosi della morte cerebrale non può essere membro dell’équipe di trapianti.
3. I membri delle équipes non sono tenuti a pagare la *diya* (“prezzo del sangue”, indennizzo per il danneggiamento del corpo) in compensazione per aver smembrato il corpo o averne rimosso gli organi.

La circolare applicativa di questa legge sarà preparata dal rappresentante giudiziario del Ministero in concerto con il Consiglio Medico e la Charity Foundation for Specific Disorders (CFFSD [organizzazione non governativa che si occupa di ricompensare i donatori]) entro tre mesi.

Con la promulgazione della circolare applicativa il 15 maggio 2002 — che tra l’altro stabilisce che il gruppo di esperti incaricato di accertare la morte cerebrale sia composto da un neurologo, un neurochirurgo, un anestesista o internista e un medico legale — si è completata la cornice legislativa che consente i trapianti in Iran. Gli autori dello studio osservano che “lo scopo dell’etica medica islamica è di cercare un compromesso fra la tradizione islamica e le conquiste della medicina moderna,

---

<sup>105</sup> Cfr. la discussione specifica sull’Iran alle pp. 195 sgg.

purché non sia violata la dottrina islamica di base”.<sup>106</sup> È interessante notare che le autorità religiose iraniane hanno mostrato una notevole apertura in favore dell'accettazione del concetto di morte cerebrale: oltre alla tradizionale apertura sciita al razionalismo, gioca un ruolo probabilmente decisivo il coinvolgimento dei religiosi nei meccanismi del potere. In questo modo, al contrario di molti paesi arabi, dove gli esperti di diritto islamico conducono spesso una sorda resistenza contro i tentativi di modernizzazione dei regimi al potere, si assiste al paradosso degli ayatollah che legalizzano la morte cerebrale molti anni prima che il parlamento si esprima in proposito. È inoltre probabile che la sanzione dell'autorità religiosa abbia favorito l'accettazione della morte cerebrale da parte dell'opinione pubblica, che appare più disposta ad accogliere la donazione da cadavere di quanto non avvenga negli altri paesi islamici.

## 7. *Islam e xenotrapianti*

Il recente sviluppo delle ricerche sugli xenotrapianti, ossia l'innesto di organi e tessuti animali, a dispetto delle indubbie attrattive che offre — in particolare, una soluzione definitiva al problema della scarsità di organi da trapiantare, una questione di difficile, se non impossibile superamento con i trapianti da donatore umano — ha posto rilevanti problemi etici.

Esperimenti di trapianto di organi da animali sono stati effettuati sporadicamente fin dal 1906, allorché il chirurgo francese Mathieu Jaboulay (1860-1913), incoraggiato dai trapianti compiuti nello stesso anno da Alexis Carrel (1873-1944) da animale ad animale, trapiantò il rene di un maiale in una donna e il fegato di una capra in un'altra; in entrambi i casi, la paziente morì dopo circa tre giorni. Ma fu soltanto la disponibilità di validi farmaci immunosoppressori a far riprendere seriamente esperimenti di xenotrapianto a partire dagli anni Ottanta del secolo scorso. Particolare emozione e sconcerto suscitò il trapianto di un cuore di babbuino su una neonata di quattordici giorni, conosciuta con lo pseudonimo di Fae, a opera di una équipe californiana guidata da Leonard Bailey (26 ottobre 1984),

---

<sup>106</sup> S.M. Akrami, Z. Osati, F. Zahedi, M. Raza, “Brain Death: Recent Ethical and Religious Considerations in Iran”, *Transplantation Proceedings*, 36/10, 2004, pp. 2883-2887.

che — confidando nella disponibilità di un nuovo immunosoppressore, la ciclosporina A, e nella presunta affievolita reazione immunitaria di un sistema ancora immaturo — scommise sulla assenza di rigetto, a dispetto delle indicazioni negative offerte dalle precedenti esperienze di trapianto fra animali compiute dallo stesso Bailey. Tuttavia, a sole tre settimane dall'intervento, Fae rigettò l'organo e morì.<sup>107</sup> Nel 1995, Thomas E. Starzl, in assoluto il medico con più esperienza in xenotrapianti, decise di abbandonare la pratica dopo l'ennesimo fallimento nel trapianto di due fegati di babbuino, su quattro trapianti autorizzati, su malati terminali di AIDS: proprio per la disponibilità di immunosoppressori molto più potenti della ciclosporina A, gli organi non furono rigettati, ma i pazienti morirono per infezioni opportunistiche che sfruttarono la ridotta risposta immunitaria.

Tutto questo portò a una riconsiderazione della pratica degli xenotrapianti, chiaramente pregiudicata da esperimenti su umani non sufficientemente validati da esperienze precedenti.

La riflessione etica, fino a quel momento preceduta dagli eventi, cominciò a svilupparsi anche nell'ambito dell'OMS, che nel 1997 iniziò una consultazione fra gli specialisti di xenotrapianti e di bioetica per arrivare a una piattaforma comune in grado di eliminare gli eccessi di una pratica sino ad allora priva di regolamentazione. In specie, emerse l'orientamento di ridurre ulteriori esperimenti sui primati — nonostante l'esperienza positiva del trapianto di midollo osseo di babbuino su un malato di AIDS, Jeff Getty, eseguito nel dicembre 1995 — a favore dell'utilizzo di suini, anche grazie alle nuove possibilità offerte dalla manipolazione genetica, che

---

<sup>107</sup> Cfr. Kenneth P. Stoller, "Baby Fae: The Unlearned Lesson", *Perspectives On Medical Research*, 2, 1990; A.S. Daar, "Animal-to-human organ transplants — a solution or a new problem?", *Bulletin of the World Health Organization*, 77, 1999, pp. 54-61. Per una lunga descrizione del caso, cfr. inoltre il capitolo "Kurosawa in California: The Baby Fae Case and Unproven Treatments", pp. 145-171, in Ronald Munson, *Raising the Dead. Organ Transplants, Ethics, and Society*, Oxford University Press, Oxford, 2002.

consentono di ottenere organi il cui impianto nell'uomo creerebbe meno rischi di rigetto.<sup>108</sup>

Già nel 1997, l'Advisory Group on the Ethics of Xenotransplantation del Ministero della Salute britannico riassumeva i principali punti critici posti dalla nuova biotecnologia:<sup>109</sup>

1. la scelta degli animali da utilizzare per gli xenotrapianti — il comitato suggeriva di limitarsi ai maiali (di allevamento tradizionale e discreta compatibilità) e di non includere i primati, utilizzabili solo sotto stretto controllo nella fase di sperimentazione;
2. l'impiego di manipolazione genetica: i maiali impiegati negli xenotrapianti sono transgenici, una necessità imposta dall'obiettivo di ridurre le probabilità di rigetto;
3. la necessità di tutelare in modo accettabile la qualità della vita degli animali utilizzati sia nella fase sperimentale sia per i trapianti veri e propri;
4. i rischi fisiologici derivanti da eventuali disfunzioni originate dall'impianto di organi e tessuti di altre specie animali;
5. i rischi immunologici di rigetto — si è in grado di escludere il solo rigetto iperacuto, cioè a brevissima distanza dall'impianto, ma non di assicurare la sopravvivenza a lungo termine dello stesso, per la quale manca ancora l'evidenza clinica;
6. i rischi di infezione — in particolare da virus, essendo controllabili le sole infezioni da batteri, funghi e parassiti — a opera di agenti infettivi presenti nell'organo animale per i quali l'uomo non dispone di adeguata

---

<sup>108</sup> A.S. Daar, "Xenotransplantation and Cloning: Working With the World Health Organization to Develop Ethical Guiding Principles", *Transplantation Proceedings*, 32/7, 2000, pp. 1549-1550.

<sup>109</sup> I. Kennedy, "Xenotransplantation: Ethical Acceptability", *Transplantation Proceedings*, 29/6, 1997, pp. 2729-2730.

risposta immunologica, in specie verso retrovirus che riescano ad adattarsi all'uomo.

La somma di questi potenziali problemi e l'incertezza sulla riuscita degli xenotrapianti portava il comitato a suggerire una prolungata fase di sperimentazione su animali prima di passare a volontari umani.

A questi problemi si aggiungono rilevanti questioni psicologiche, legate allo stress che il paziente riceve dalla consapevolezza di ospitare dentro di sé un organo animale, foss'anche transitoriamente, in attesa di un trapianto umano definitivo.<sup>110</sup> Inoltre, qualora gli xenotrapianti diventino un'alternativa reale, si porrà il problema della scelta fra allotrapianto — il trapianto da donatore umano, che sarà sempre una scelta preferibile per i minori rischi di rigetto e la più elevata compatibilità funzionale — e xenotrapianto, che diventerà una sorta di alternativa “per poveri”: taluni ricercatori sostengono la necessità di privilegiare per gli allotrapianti i pazienti più giovani, che hanno una più elevata speranza di vita, ma ovviamente questa scelta non può che sollevare rilevanti problemi etici. Inoltre, i paesi più poveri sarebbero inevitabilmente costretti a ricorrere con maggiore frequenza agli xenotrapianti.<sup>111</sup>

Anche in Italia, l'opinione del pubblico sugli xenotrapianti è ancora molto varia: un'inchiesta a cura di G. Frati, P. Frati, L. Muzzi, G. Oricchio, U. Papalia e M.H. Yacoub<sup>112</sup> ha valutato le reazioni del pubblico di fronte a problemi etici relativi ad allotrapianti, xenotrapianti e impiego di organi artificiali. La tabella riassuntiva che segue mette a confronto un gruppo di controllo di pubblico

---

<sup>110</sup> R. Cortesini, “Ethical Aspects in Xenotransplantation”, *Transplantation Proceedings*, 30/5, 1998, pp. 2463–2464.

<sup>111</sup> S. Welin, “Future of Xenotransplantation: What Are the Ethical Problems?”, *Transplantation Proceedings*, 32/5, 2000, pp. 1177–1178.

<sup>112</sup> G. Frati, P. Frati, L. Muzzi, G. Oricchio, U. Papalia, M.H. Yacoub, “Medical and Ethical Issues in Xenotransplantation: The Opinion of the Public, Patients, and Transplant Candidates in Italy”, *Transplantation Proceedings*, 33/1-2, 2001, pp. 1884–1885.

indifferenziato del Lazio, studenti di legge dell'Università di Macerata, malati non in attesa di trapianto di tre ospedali — Policlinico Umberto I di Roma e ospedali di Pozzilli e di Siena — e pazienti trapiantati o in attesa di trapianto, affetti da cardiopatie o da morbo di Parkinson, degli ultimi due ospedali.

I risultati dell'inchiesta mostrano un grado di accettazione decrescente, dal massimo dei trapianti da donatore cadaverico — i trapianti praticati da più lungo tempo — al minimo degli xenotrapianti. Va però notato che fra i malati lo xenotrapianto ha margini di accettazione nettamente più elevati, in ogni caso molto più alti di quelli degli organi artificiali: evidentemente, chi è portato dalla propria condizione a pensare all'eventualità di un trapianto — anche nel gruppo dei pazienti malati ma non in attesa di trapianto, che la malattia rende evidentemente più sensibili al problema — tende a mettere in secondo piano la diffidenza istintiva che gli xenotrapianti suscitano e a privilegiare i possibili vantaggi terapeutici. È però bene segnalare che in caso di pari efficacia la quasi totalità degli interpellati dichiara di preferire l'allograpianto, il che dimostra la difficoltà di poter persuadere i pazienti a optare per uno xenotrapianto. Bisogna nondimeno ricordare che gli xenotrapianti sono una pratica ancora recente e a livello sperimentale, sicché il pubblico non ha ancora avuto il tempo necessario per assimilare adeguatamente le problematiche relative alla delicata materia.

Domande	Gruppo di controllo indifferenziato (%)			Studenti di legge (%)			Studenti di medicina (%)			Pazienti non in attesa di trapianto (%)			Pazienti neurologici o cardiaci trapiantati o in attesa (%)		
	Si	No	NS	Si	No	NS	Si	No	NS	Si	No	NS	Si	No	NS
Accetteresti un organo/tessuto da un donatore vivente?	47	16	37	66	29	05	81	11	08	96	00	04	100	00	00
Accetteresti un organo/tessuto da un donatore cadaverico?	61	20	19	87	05	08	85	07	08	92	04	04	100	00	00
Pensi che un organo artificiale ti ricondurrebbe a una vita normale?	41	32	27	37	18	45	44	15	41	15	54	31	21	43	36
Nel complesso, accetteresti uno xenotrapianto di organo/tessuto?	34	32	34	39	29	32	59	22	19	69	16	15	100	00	00
Se avessi solo questa scelta, accetteresti uno xenotrapianto?	55	11	34	79	08	13	89	00	11	92	08	00	100	00	00
Qual è il principale problema degli xenotrapianti?: (A) etico; (B) rischio di trasmissione di malattie; (C) inferiorità della specie	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
	41	57	02	37	47	16	52	11	38	38	62	0	64	36	0
Credi sia accettabile l'impiego di uno xenotrapianto di organo/tessuto se si è in attesa di un organo umano?	63	13	24	80	10	10	77	15	33	92	00	08	93	00	07
Accetteresti uno xenotrapianto di organo/tessuto come trattamento definitivo?	47	16	37	50	18	32	52	04	19	77	08	15	86	00	14
Una volta accertato che c'è parità di efficacia e sicurezza fra (A) allotrapianto umano, (B) xenotrapianto, (C) trapianto di organo artificiale, quale preferiresti?	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
	52	16	32	58	08	34	70	08	22	85	15	00	93	07	00

Le risposte sono espresse in percentuale (NS = non so, non risponde).

Tabella 3: opinioni del pubblico italiano su allotrapianti, xenotrapianti e organi artificiali, 2001

Motivi biologici — elevata compatibilità degli organi trapiantabili — e pratici — i suini sono già allevati per l'alimentazione, sono economici da mantenere, la loro fisiologia è perfettamente conosciuta, si riproducono velocemente e in quantità — hanno trasformato i maiali negli animali d'elezione per gli xenotrapianti. Ma questa scelta denuncia indubbiamente un punto di vista occidentale e cristianocentrico: l'utilizzo dei maiali a scopo alimentare è di diffusione tutt'altro che universale.

Nell'ambito dell'Islam, ai problemi oggettivi e universali posti dagli xenotrapianti si aggiungono, come s'è accennato, questioni specifiche legate a fattori culturali e religiosi: in specie, ebrei e musulmani non mangiano carne di maiale e considerano l'animale impuro.<sup>113</sup>

Questa circostanza riduce ovviamente l'accettabilità — non universale neppure in Occidente, dove il vegetarianesimo è una scelta relativamente diffusa e le organizzazioni per la difesa dei diritti degli animali sono attive anche nell'opposizione specifica agli xenotrapianti — di utilizzare questi animali come fonte di organi e tessuti.

Il dibattito in ambito islamico è ancora sul piano teorico, perché nessun paese a maggioranza musulmana dispone attualmente delle tecnologie e delle conoscenze necessarie per sperimentare interventi così complessi; tuttavia, il gran numero di musulmani che vivono in paesi occidentali, soprattutto in Europa, pone obiettivamente problemi etici soprattutto nel caso di pazienti coinvolti in cicli di sperimentazione di queste tecniche.

In attesa di soluzioni legislative, che si faranno probabilmente attendere ancora a lungo, la risposta a questi problemi prende la forma classica dell'*istiftā'*, la richiesta di un parere giuridico o *fatwā* da parte di un *muftī*, un esperto di diritto islamico, chiamato a offrire un'opinione interpretativa sulla base della Tradizione profetica e della prassi giuridica islamica (*fiqh*).

---

<sup>113</sup> Secondo il diritto islamico, in particolare per il rito sciafiita, sono queste le cose impure in sé: vino e alcolici; cani; maiali; animali non macellati ritualmente; sangue ed escrementi; latte di animali la cui carne è impura. Cfr. EI, s.v. *nādjjis*, vol. VII, p. 870.

Uno dei primi pareri espressi al proposito è stato quello dello *šayḥ* egiziano Yusuf Al-Qaradawi, uno dei più noti e controversi giuristi islamici contemporanei, recentemente assunto all'onore delle cronache per le polemiche suscitate da una sua *fatwà* con cui ha giustificato il rapimento e l'uccisione dei civili americani in Iraq.

Ecco il testo della *fatwà* sugli xenotrapianti.<sup>114</sup>

Fondamentalmente, non si deve ricorrere al trapianto di un organo da un animale impuro, per esempio un maiale, a un corpo umano se non in caso di necessità. Va considerato che si può determinare quel che è reso permissibile dalla necessità solo in base a ciò che, in ogni singolo caso, allevia la sofferenza. Dunque, questa valutazione dovrebbe essere fatta da medici musulmani affidabili e degni di fede.

In tal caso, si può argomentare che quel che è proibito rispetto ai maiali è di consumarne la carne, come afferma il Corano. Tuttavia, trapiantarne una parte in un corpo umano non è consumo, ma cade nella categoria del far uso di questa parte. Il Profeta ne ha consentito l'uso di alcune parti, per esempio la pelle. La proibizione di mangiare la carne dei maiali ha seguito la proibizione della carne degli animali morti. Dunque, se è consentito fare uso di talune parti degli animali morti, è anche ammissibile, per analogia, fare uso degli animali in cose diverse dal consumo. Al-Buḥārī e Muslim riferiscono, sull'autorità di 'Abd Allāh Ibn 'Abbās, che una volta l'Inviato di Dio passò accanto a una pecora morta e disse alla gente che si trovava nei pressi "Non utilizzereste la sua pelle?" I presenti replicarono che era morta. Allora il Profeta rispose "Ma solo mangiarne è illegale".

Inoltre, dato che si può argomentare che i maiali sono impuri (*nāğis*), come potremmo impiantarne parte nel corpo di un musulmano? A questo proposito, affermo che secondo la *šarī'a* è proibito che le impurità vengano in contatto con il proprio corpo visibile, e che questo ne sia contaminato esternamente. Per quanto riguarda quel che è all'interno del corpo, non c'è evidenza che lo

---

<sup>114</sup> Y.I.M. El-Shahat, "Islamic Viewpoint of Organ Transplantation", *Transplantation Proceedings*, 31/8, 1999, pp. 3271-3274. Il testo completo della *fatwà* di Qaradawi e delle due che seguono è riportato nel sito [www.islamonline.net](http://www.islamonline.net).

impedisca. Questo perché ci sono molte impurità — come urina, feci, sangue e altre — che si scaricano all'interno del corpo umano, eppure all'uomo è consentito pregare, recitare il Corano, fare il *tawāf* intorno alla Ka'ba, e così via, con queste impurità all'interno. Queste impurità non intaccano i suoi atti di adorazione, perché le norme relative alle impurità non sono applicabili a quelle all'interno del corpo umano.

Con sottilissima argomentazione, tutta nello spirito della metodologia del diritto islamico, si aggira il tabù del maiale limitandolo al solo consumo a scopo alimentare, e distinguendo abilmente tra contaminazione esterna, proibita, e interna, consentita.<sup>115</sup>

Il *muftī* Ebrahim Desai, a sua volta, afferma che “Se c'è paura quasi certa di perdita della vita o di pericolo di perdere un arto od organo e la sostituzione si può trovare solo in animali *ḥarām* o in animali leciti che non sono stati uccisi secondo i riti islamici, l'uso di un simile componente sarà lecito. Tuttavia, se non c'è immediato pericolo di vita non sarà lecito usare alcunché del maiale.”

A sua volta, nel 1985 lo *ṣayḥ* Ibn Baz, all'epoca *muftī* dell'Arabia Saudita, affermò che “trapiantare un organo da un animale lecito per il consumo islamico e che è stato ucciso, oppure da un animale illecito per il consumo islamico [in specie, il maiale], quest'ultimo in stato di necessità, è ammissibile”.<sup>116</sup>

## 8. *Islam e cellule staminali*

I recenti progressi nell'impiego delle cellule staminali a fini terapeutici e di ricerca hanno sollevato complesse questioni bioetiche, soprattutto rispetto all'uso di cellule staminali embrionali. In ambito islamico, l'esame della questione ha assunto,

---

<sup>115</sup> Anche all'interno dell'ebraismo gli xenotrapianti da maiale sarebbero consentiti: cfr. A.S. Daar, “Xenotransplantation: Recent Scientific Developments and Continuing Ethical Discourse”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2821-2822.

<sup>116</sup> AA.VV., *Muqarrarāt al-Mağlis al-Fiqhī al-Islāmī*, Makka, 1405/1985, p. 147.

al solito, la forma di un parere (*fatwà*) espresso dall'Accademia di Giurisprudenza Islamica (*al-mağma‘ al-fiqhī*) annessa all'Organizzazione della Conferenza Islamica,<sup>117</sup> che ha agito come una sorta di *muftī* collettivo nell'offrire opinioni sulla liceità dal punto di vista del diritto islamico delle diverse pratiche rese possibili dal progresso della scienza.<sup>118</sup>

Ecco il testo del quesito e della risposta data dai giureconsulti:

DECISIONE DELL'ACCADEMIA DI GIURISPRUDENZA SUL  
TRAPIANTO DI CELLULE STAMINALI

9/8/2005

2005/08/09

-

*Testo del quesito:*

Egregi *šayḥ*,

Vi interpello sulla liceità di condurre ricerche per giungere a cure efficaci per le malattie croniche e permanenti utilizzando le cellule staminali, sapendo che queste cellule si trovano in due forme principali:

1. le cellule staminali adulte — le cui fonti più conosciute sono il sangue del cordone ombelicale oppure la placenta dei neonati, ma che si trovano, in numero limitato, anche nel corpo dell'uomo

---

<sup>117</sup> Cfr. la n. 88.

<sup>118</sup> Sul ruolo delle assemblee di dotti, cfr. sopra a p. 21.

adulto — per lo più non ancora investigate;

2. le cellule staminali embrionali, che si raccolgono nella fase iniziale di divisione dell'embrione (da 50 a 150 cellule); queste cellule sono ottenute dagli scienziati:

- dai feti fecondati in soprannumero dai procedimenti [per generare] i bambini in provetta — dato che durante queste operazioni sono fecondati 6 o 7 ovociti [lett. embrioni], ma non se ne impiantano nell'utero della madre che 3 o 4, e se il primo tentativo ha successo e ha luogo la gravidanza, abitualmente gli altri sono distrutti;
- mediante fecondazione di feti esplicitamente per farvi ricerche o clonarli.

Qual è il parere (*fatwà*) sull'impiego di queste fonti per ottenere cellule staminali, che potrebbero consentire un grande balzo nell'ambito della cura di molte malattie terminali?

*Testo della risposta:*

In nome di Dio, lode a Dio, preghiera e pace sull'Inviato di Dio.

L'Accademia Giuridica annessa all'Organizzazione della Conferenza Islamica, ha esaminato questa questione nella sua diciassettesima sessione alla Mecca nel 2003. Dopo aver passato in rassegna le precedenti ricerche sull'argomento e le raccomandazioni emanate dall'organizzazione medica ha deciso la liceità dell'utilizzo di cellule staminali prese dagli adulti maggiorenni dietro esplicito consenso di questi, e dai minorenni dietro esplicito consenso dei loro tutori, o prese dalla placenta o

50 )

( 150

4 7 6  
3

-:

2003

dal cordone ombelicale, o prese dal feto abortito spontaneamente e non artificialmente, o per aborto terapeutico consentito dalla Legge, con il consenso dei genitori, o prese dagli embrioni (*laqā'ih*, lett. i 'fecondati') in soprannumero dai progetti di bambini in provetta, a condizione che il seme e l'ovulo appartengano a un uomo e una donna sposati tra loro.

La donazione da parte di estranei di seme e ovulo, non è ammessa, quand'anche l'ovulo fecondato fosse completamente danneggiato dopo averne preso le cellule staminali.

Ecco il testo della decisione del congresso:

Le "cellule staminali", cioè le cellule-fonte dalle quali è creato il feto, e che hanno la possibilità — col permesso di Dio — di formare i diversi tipi di cellule del corpo umano, e che gli scienziati hanno recentemente imparato a riconoscere, sviluppare e coltivare, a scopo di cura o per condurre diversi esperimenti scientifici... per cui sarà possibile utilizzarle nella cura di alcune malattie, e potrebbero avere un futuro e un grande effetto nella cura di molte malattie e alterazioni congenite, fra cui alcuni tipi di cancro, il diabete, l'insufficienza renale ed epatica, ecc.

È possibile ricavare queste cellule da diverse fonti, fra cui:

1. Il feto prematuro nella fase della sfera germinale (blastula), cioè la sfera cellulare creatrice da cui si originano le diverse cellule del corpo; se ne considerano fonte principale i fecondati che derivano dai progetti di bambini in provetta, come pure è possibile far accoppiare intenzionalmente un ovulo di una donatrice e lo spermatozoo di un donatore per ottenere un embrione e farlo crescere fino allo stadio di blastula, per poi estrarne le cellule staminali.
2. I feti abortiti in ogni stadio della gravidanza.

3. La placenta o il cordone ombelicale.
4. I bambini formati.
5. La clonazione terapeutica, prendendo una cellula corporea di una persona adulta, estraendone il nucleo e inserendolo in un ovulo privato del nucleo, allo scopo di farlo giungere allo stato di blastula per poi ottenerne le cellule staminali.

- 2

- 3

- 4

- 5

Dopo aver esaminato le ricerche precedenti del campo e le opinioni dei componenti, degli esperti e degli specialisti, riconosciuto questo tipo di cellule, la loro origine e i modi di utilizzarle, il consiglio ha preso la decisione seguente:

1. è lecito raccogliere le cellule staminali, coltivarle e utilizzarle a scopo terapeutico o per compiere ricerche scientifiche legittime, se ne è legittima la fonte, e cioè — a scopo esemplificativo — le fonti seguenti:
  - a. gli adulti che ne danno il consenso, se la cosa non reca loro danno;
  - b. i bambini, se ne danno il consenso i loro tutori, a scopo lecito (*li-maṣlaḥa šaraʿiyya*, ‘per un’utilità sciaraitica, legale’) e senza danno per loro;
  - c. la placenta o il cordone ombelicale, con il consenso dei genitori;
  - d. il feto abortito naturalmente o a causa terapeutica in accordo con la Legge, con il consenso dei genitori (con riferimento al contenuto della settima risoluzione della 12<sup>a</sup> sessione della Conferenza, in merito ai casi in cui è lecito porre

-1

- 2

- 3

termine alla gravidanza)	- 4
e. gli embrioni in soprannumero da progetti di bambini in provetta, donati dai genitori con l'assicurazione che non è possibile servirsene per una gravidanza indesiderata.	- 5
2. Non è lecito ottenere le cellule staminali e servirsene se la loro fonte è impura ( <i>maḥram</i> ), per esempio:	
a. Il feto abortito deliberatamente senza alcuna ragione medica consentita dalla Legge.	
b. La fecondazione deliberata dall'ovulo di una donatrice e lo spermatozoo di un donatore.	- 1
c. La "clonazione terapeutica".	- 2
Dio ne sa di più.	" - 3

Questo documento — una delibera ufficiale dell'Accademia di Giurisprudenza Islamica dell'Organizzazione della Conferenza Islamica — mostra una relativa apertura dei giureconsulti musulmani rispetto ai criteri di raccolta delle cellule staminali. In specie, non v'è alcuna obiezione all'utilizzo di embrioni in soprannumero derivanti da procreazione medicalmente assistita così come da aborti spontanei e terapeutici, una pratica duramente avversata dai bioeticisti cattolici, che

hanno ufficialmente condannato l'uso delle cellule staminali embrionali a scopo di ricerca, consentendo l'impiego delle sole cellule staminali adulte.<sup>119</sup>

Il differente atteggiamento di Cristianesimo e Islam, rispetto a questa come ad altre questioni bioetiche, deriva dalle diverse fonti delle rispettive dottrine etiche. Nel Cristianesimo, che non si basa su una legge rivelata, ma su principi morali derivati dall'*exemplum Christi*, una volta stabilito un principio — in questo caso l'intangibilità della vita umana fin dal concepimento — si tende a estenderlo fino alle estreme conseguenze.

Al contrario, l'Islam, religione di Legge per eccellenza, non basa la propria etica su principi universali, ma la deduce dai testi normativi (Corano e Tradizione) e sulla prassi esegetica che si è accumulata a partire da questi. Ne consegue una relativa apertura ogni qual volta sia possibile trovare un fondamento scritturale a sostegno di una pratica; d'altro canto, per l'Islam le prescrizioni direttamente affermate nel Corano o nella Tradizione — si pensi alle così dette pene *ḥadd*, cioè prescritte esplicitamente nel Libro, come il taglio della mano per i ladri o la lapidazione o fustigazione per gli adulteri<sup>120</sup> — possono essere tutt'al più aggirate (come nella prassi avviene) ma mai abolite in principio, mentre il Cristianesimo, e in specie il Cattolicesimo, con l'autorità docente del Papa e della Chiesa, può più facilmente rivedere le proprie posizioni — esemplare il caso della odierna opposizione alla pena di morte, un tempo approvata e persino praticata dalla Chiesa — alla luce di una diversa interpretazione dei principi evangelici.

Nell'Islam dunque la norma fissata definitivamente nel secolo X è granitica e intangibile, benché nella prassi possano intervenire cavilli ed espedienti (*ḥīla*, pl. *ḥiyal*) che la svuotano di senso, non intaccandola però nella forma.

Riassumendo, si potrebbe affermare che l'etica islamica si basa su una miriade di disposizioni particolari da cui emerge come un mosaico il quadro generale,

---

<sup>119</sup> Pontificia Accademia per la Vita, *Dichiarazione sulla produzione e sull'uso scientifico e terapeutico delle cellule staminali embrionali umane*, 24 agosto 2000.

<sup>120</sup> Cfr. n. 22.

mentre il Cristianesimo deriva le sue norme etiche da principi generali che illuminano i dettagli di una luce potente ma cangiante.

IMPIEGO DEGLI EMBRIONI COME FONTE  
PER IL TRAPIANTO DI ORGANI

*Testo del quesito:*

In alcuni paesi si è diffusa la pratica da parte di alcuni medici di trapiantare organi utilizzando embrioni, e questo facendo abortire gli embrioni per utilizzarne gli organi. Tutto questo è ammissibile per la Legge?

Data  
4/8/2005

2005/08/04

*Muftī*  
Conferenza giuridica islamica

*Testo della risposta*

In nome di Dio, lode a Dio, il saluto e la benedizione sull'Inviato di Dio...

..

L'Accademia Giuridica Islamica, riunita nella sessione della sua VI conferenza a Gedda, nel Regno dell'Arabia Saudita, ha deciso, dopo aver esaminato attentamente gli studi e i suggerimenti relativi alla questione e in cooperazione fra questa Accademia e l'Organizzazione Islamica per le Scienze Mediche (IOMS), che non è lecito l'impiego degli embrioni come fonte per gli organi di



precauzionale legale, e non si faccia ricorso a operazione chirurgica per estrarre l'embrione se non quando sia necessario per salvare la vita della madre;

- b. se l'embrione è in grado di continuare a vivere, è necessario rivolgere le cure mediche per mantenerlo in vita e preservarlo, non per sfruttarlo per trapiantarne gli organi; se non è in grado di continuare a vivere, non è lecito servirsene se non dopo la sua morte secondo le condizioni stabilite nella decisione n. 1 della quarta sessione di questa Accademia.

(1)

2. Non è lecito in modo assoluto sottoporre le operazioni di trapianto d'organo a scopi commerciali.
3. È necessario affidare la supervisione delle operazioni di trapianto di organi a un comitato specializzato degno di fede.

Dio ne sa di più

- 2

- 3

Anche in questo caso, l'approccio islamico si segnala per una certa liberalità: in particolare è considerato lecito l'utilizzo del feto abortito spontaneamente o nato morto.

## 9. La donazione e la vendita degli organi, l'etica del dono e il problema del consenso.

Secondo il diritto islamico gli organi sono soggetti alle norme che governano la vendita e la donazione dei beni; la questione fondamentale, come in ogni caso analogo, è se il bene rientri fra ciò che è lecito sottoporre a transazione e, in caso affermativo, chi abbia titolo a esercitarla.

Questa prassi è, non sorprendentemente, in contraddizione col principio islamico, di cui già s'è detto, secondo cui nessuno è proprietario del suo corpo, la cui integrità non va quindi violata, dacché questo appartiene esclusivamente a Dio. Al proposito, un'opinione autorevole è quella dello *šayḥ* al-Ša'rāwī, che sostiene, su basi rigorosamente giuridiche, prescindendo da qualsiasi argomentazione medica ed etica, che la donazione presuppone la condizione necessaria del possesso: si può dunque donare solo quel che si possiede interamente o almeno in parte, non qualcosa che non si possiede, sicché la donazione di organi (che appartengono a Dio) è atto da considerarsi giuridicamente illecito.<sup>121</sup>

La peculiarità di un dibattito bioetico che prende le mosse da considerazioni meramente giuridiche è evidente in questo caso: la donazione non è considerata nelle sue implicazioni etiche, ma esclusivamente come negozio giuridico, dunque nel quadro più generale dei rapporti di compravendita.<sup>122</sup> È bene ricordare che lo

---

<sup>121</sup> Muhammad Sayed Tantawi, "Judgement on sale or donation of human organs", in AA.VV., *Human Life Its Inception and End as Viewed by Islam*. The Full Minutes of the Seminar on Human Life: Its Inception and End as Viewed by Islam, Held on January 15, 1985 A.D. (Rabi Al-Akhar 14, 1405 H.), Supervised and with an Introduction by Dr. Abd El-Rahman Abdulla Al-Awadhi Minister of Public Health and of Planning Chairman of the Islamic Organization for Medical Sciences. Edited by Dr. Khaled Al-Mazkur, Dr. Alii Al-Saif, Dr. Ahmad Raja'ii Al-Gindi, Dr. Abd Al-Sattar Abu Ghuddah, translated by M. Muneer S. Asbahi, Ph. D., edizione elettronica: [http://www.islamset.com/bioethics/vision/dr\\_mstantawi.html](http://www.islamset.com/bioethics/vision/dr_mstantawi.html).

<sup>122</sup> Tanto la Tradizione che il Corano benedicono l'attività economica, il commercio e la ricerca del profitto: un *ḥadīṭ* recita "nel giorno del Giudizio, il mercante onesto siederà all'ombra del trono di Dio"; citato da Maxime Rodinson, *Islam et capitalisme*, Seuil, Paris, 1966, tr. it. *Islam e*

stesso lessico coranico è pregno di espressioni e metafore legate al commercio e alle transazioni mercantili. Come conclude alla fine dell'Ottocento Charles C. Torrey, autore di un accurato studio sul vocabolario del Corano:

Le relazioni che intercorrono tra Dio e l'uomo sono di natura strettamente commerciale. Allah è il mercante ideale. Egli include l'intero universo nei suoi estratti di conto. Ogni cosa è calcolata, misurata. Allah ha istituito il registro dei conti e le bilance, e si è posto come modello per gli affari onesti. La vita è un affare, in essa si vince o si perde. Chi compie un'opera buona, o cattiva (chi "vince" il bene o il male), è pagato secondo il merito, anche in questa vita. Ma Allah non è un creditore implacabile, e taluni debiti vengono rimessi. Il musulmano fa un prestito ad Allah, paga in anticipo per il Paradiso, gli vende l'anima: ed è un affare vantaggioso. L'incredulo ha venduto la verità divina per un prezzo miserabile: fallisce. Ogni anima è trattenuta in garanzia del debito contratto. Nel giorno della Resurrezione, Allah regola con gli uomini gli ultimi conti. Le azioni che essi compirono vengono lette nel Gran Libro dei conti e pesate sulle bilance.<sup>123</sup> A ciascuno è dato esattamente ciò che gli spetta, nessuno viene truffato. Il credente e

---

*capitalismo*, a c. di Patrizio Tucci, Einaudi, Torino, 1968, pp. 36-37. Non bisogna dimenticare che l'ambiente in cui visse il Profeta, egli stesso mercante carovaniero, era dedito alle attività mercantili; invero tutta l'economia dell'Arabia preislamica e protoislamica ruotava attorno al commercio, imperniato sullo sfruttamento del santuario della Ka'ba, polo d'attrazione per le tribù arabe che in occasione del pellegrinaggio (rito pagano culturalizzato dall'Islam) partecipavano a maestose fiere, accompagnate da tornei.

<sup>123</sup> Il musulmano ortodosso ammette alcune verità riguardanti questioni escatologiche — verità che, seppur trascendenti, non sono inconciliabili con la ragione — che accetta solo per fede, cui deve credere in base al principio noto come *balkafiyya* 'senza come', per cui si accettano i dati della Rivelazione come reali, senza porsi domande, che condurrebbero al rischio di introdurre un'innovazione (*bid'a*), pura eresia nell'Islam. Tra queste verità vi è la bilancia escatologica nella quale, nel Giorno del Giudizio, saranno pesate le azioni degli uomini (Cor. VII 8-9, *passim*). Sulla bilancia, simbolico oggetto dell'attività mercantile, saranno pesati i fogli sui quali gli angeli hanno annotato gli atti compiuti dagli uomini sulla terra. Cfr. Alessandro Bausani, *op. cit.*, p. 31.

l'incredulo riscuotono i loro salari. Il musulmano (al quale è stata data una paga *multipla* per ogni buona azione) riceve inoltre un premio speciale. [...] È difficile immaginare una somma di teologia più puramente matematica.<sup>124</sup>

La conseguenza di questo punto di vista così ostinatamente pragmatico e razionale, eccentrico almeno per la nostra idea di religione, legata a una concezione diremmo quasi eterea del sacro, è che anche la questione dei trapianti si pone necessariamente in questi termini. Il problema, tutto sommato marginale, della vendita di organi da trapiantare occupa il centro della discussione, proprio perché per il diritto islamico la donazione di un bene qualsiasi è una fattispecie della vendita. Si ha la conseguenza, ai nostri occhi paradossale, che rendere lecita la donazione di organi ne rende anche parzialmente consentita la vendita, che nei paesi occidentali è invece per lo più severamente riprovata dal sentire comune e proibita dalle leggi. Nella prospettiva esclusiva del diritto islamico, quel che si può donare dunque si può anche vendere.<sup>125</sup>

Il percorso mediante il quale i giuristi musulmani legittimano la donazione di organi manifesta i tratti tipici della reinterpretazione di istanze originariamente estranee alla cultura islamica alla luce dei principi sciaraitici.

L'etica del dono applicata ai trapianti d'organo discende dall'etica cristiana, che ovviamente costituisce il sistema di valori di riferimento nei paesi in cui la pratica dei trapianti è nata e si è sviluppata. Questo quadro di riferimento etico fa implicitamente da cornice alle norme che regolano la donazione di organi; i paesi islamici, arrivati relativamente tardi all'applicazione di queste tecniche rispetto

---

<sup>124</sup> Charles C. Torrey, *The Commercial-Theological Terms in the Koran*, Brill, Leiden, 1892, vol. IV, pp. 48-51, ripreso da Rodinson, *op. cit.*, pp. 103-104.

<sup>125</sup> Di fatto, la vendita di organi è proibita dalle leggi di molti paesi arabi (segnatamente in Giordania, Iraq, Sudan): in questo, come in molti altri casi, le moderne legislazioni mantengono il loro originario impianto laicista nonostante le concessioni che negli ultimi anni sono state fatte — soprattutto nell'ambito del diritto di famiglia e dello statuto personale — alla crescente domanda di reislamizzazione della società.

all'Occidente, hanno adottato i principi ormai internazionalmente riconosciuti come standard scientifici di fatto, inestricabilmente legati alle pratiche che sottendono: le norme che, con lievi varianti, regolano le donazioni, l'espianto di organi, il trapianto, la definizione di morte cerebrale, sono percepite come prescrizioni scientifiche oggettive, senza che se ne colgano gli strettissimi legami con l'etica cristiana nel cui ambito sono state elaborate.

I giuristi islamici, di fronte alla necessità di conciliare i principi scientifici e l'Islam — che per definizione non possono essere in contrasto fra loro dal momento che per i musulmani il Corano è l'archetipo della scienza<sup>126</sup> — reinterpretano analogicamente e creativamente uno dei concetti cardinali dell'etica islamica, la *ṣadaqa* o elemosina volontaria, distinta dalla *zakāt* — uno dei cinque pilastri dell'Islam — ovvero l'elemosina canonica, sancita come obbligatoria dalla Legge islamica.<sup>127</sup> In questa prospettiva, la donazione dell'organo, distaccata dalla sua origine nell'etica cristiana, è considerata alla stregua dell'elemosina o del dono che un musulmano fa volontariamente di un bene in suo possesso.

Possono aiutarci a dar forma ai termini del problema gli atti del seminario *Human Life: Its Inception and End as Viewed by Islam*, che si è tenuto nel gennaio del 1985 in Kuwait, sotto gli auspici della IOMS. Al seminario hanno partecipato medici di formazione occidentale, direttamente coinvolti nella pratica dei trapianti, ed esperti di diritto islamico.

Esemplare del punto di vista di questi ultimi è l'argomentazione — certamente favorevole ai trapianti, ma con argomenti tutti interni alla Legge — del *muftī* d'Egitto, lo *ṣayḥ* Tantawi.<sup>128</sup> Nello svolgere la sua esposizione, Tantawi prende avvio dal dato coranico e dai precetti della Sunna (che in un caso del genere

---

<sup>126</sup> Al proposito, cfr. alla n. 91 l'esempio paradossale della reinterpretazione dei *ḡinn* come microbi nell'ambito del modernismo islamico: non è possibile un dissidio fra Islam e scienza, può essere solo una lettura erronea del testo sacro — che contiene *in nuce* tutte le conoscenze — a generarlo.

<sup>127</sup> Sui pilastri dell'Islam cfr. n. 76.

<sup>128</sup> Tantawi, *op. cit.*

ovviamente forniscono direttive di carattere molto generale), per poi sforzarsi di applicarne i metodi al caso in questione, in base al principio giuridico dell'analogia. Ecco come procede per sommi capi l'argomentazione:

- a) la *šarī'a* considera sacro il corpo dell'uomo, vivo o morto che sia, e proibisce ogni abuso contro di esso o contro una delle sue parti;
- b) è proibita all'uomo la vendita di una parte del suo corpo, eccezion fatta per i rari casi in cui medici competenti considerino la vendita dell'organo assolutamente necessaria per la sopravvivenza di un paziente;<sup>129</sup>
- c) la donazione da parte dell'uomo di uno dei suoi organi è considerata lecita dai giuristi, ma solo se strettamente necessaria;
- d) è lecito procurarsi un organo da cadavere per salvare la vita a un individuo, o per guarirlo da malattia altrimenti incurabile;

La liceità almeno parziale delle donazioni di organi è generalmente accettata dai giuristi islamici. Il dibattito verte su una serie di questioni connesse all'estensione di applicabilità dei trapianti, alla questione della vendita degli organi, e così via.

---

<sup>129</sup> Nella sua argomentazione Tantawi si muove su uno strettissimo crinale fra obbligo alla conservazione del corpo e principio di necessità. Respingendo — pur senza menzionarle esplicitamente — le posizioni modernistiche di chi estende oltremodo il principio di necessità per legittimare qualsiasi cosa, il *muftī* restringe l'effetto sospensivo della necessità ai soli casi di evidente pericolo di vita, notando che il diritto islamico consente sì di violare ad esempio i tabù alimentari, ma solo in assenza di possibilità alternative di sussistenza e in caso di rischio reale di morte d'inedia: non si può dunque invocare la necessità allo scopo di nutrirsi di carne di maiale per soddisfare un mero piacere senza che un bisogno estremo e senza alternativa lo imponga.

I principali punti controversi sono di seguito riassunti.<sup>130</sup>

1. La scarsità di donatori di organi può legittimarne la compravendita? La questione si articola su due piani distinti ma non opposti: diritto del malato a procacciarsi l'organo di cui ha bisogno, diritto del sano o dei parenti di un defunto di alienarlo.<sup>131</sup> Da un punto di vista islamico, come abbiamo visto, non è possibile impedire la vendita di ciò di cui è lecito il dono, perché in entrambi i casi si ha una alienazione, e vendita e donazione sono giuridicamente assimilate.<sup>132</sup>
2. Nel caso in cui la compravendita degli organi sia considerata lecita, può trattarsi di un commercio come ogni altro (con intermediari che acquistano organi e li rivendono) oppure deve essere una attività controllata o direttamente gestita dallo stato, analogamente alle banche del sangue?
3. Se lecita, la compravendita può essere praticata in ogni caso oppure va considerata un'*extrema ratio* applicabile solo in mancanza di alternative? In caso di disponibilità di organi artificiali o animali, è lecito praticare comunque il trapianto di organi umani?
4. In che misura è lecito a un musulmano acquistare organi in altri paesi — un traffico di organi abbastanza intenso e non clandestino è

---

<sup>130</sup> Seguiamo il dibattito riportato in AA.VV., "Discussion of Transplantation and Sale of Organs Legal Papers", in *Human Life Its Inception... cit.*, edizione elettronica: [http://www.islamset.com/bioethics/vision/dis\\_legal.html](http://www.islamset.com/bioethics/vision/dis_legal.html).

<sup>131</sup> Non si tratta di un semplice caso di scuola, dato che il Ministero dei Waqf e degli Affari Religiosi del Kuwait ha dichiarato la pratica ammissibile nel 1985, non escludendo neppure l'eventualità che donatore e ricevente appartengano a religioni diverse.

<sup>132</sup> Tuttavia, secondo alcuni giuristi, l'assimilazione non è transitiva: ciò che è lecito vendere si può donare, ma non necessariamente viceversa. Ad esempio, gli oggetti di cui non si conosce il proprietario possono essere donati ma non venduti; taluni giureconsulti ritengono che il divieto di vendita, ma non di dono, si applichi anche alle copie del Corano.

attivo dai paesi più poveri dell'Asia meridionale (Sri Lanka, India) agli stati arabi del Golfo — laddove donazione e compravendita non siano leciti nel proprio stato?

5. Per alcuni giuristi — segnatamente gli aderenti al rito hanbalita, ufficiale in Arabia Saudita — non è lecito sottrarre organi ai morti, laddove può esserlo sottrarlo ai vivi. In questo caso, è lecito prelevare organi ai condannati a morte?
6. Nel caso in cui donatore e ricevente appartengano a religioni diverse, è lecito che un musulmano riceva un organo da un non musulmano, o viceversa?<sup>133</sup>
7. Il diritto islamico proibisce rigorosamente l'usura, intesa in senso lato come profitto non basato sul rischio del commercio; in che misura la vendita di un organo può rientrare in questa categoria?<sup>134</sup>
8. Nel caso di prelievo di organi da cadaveri, è necessario il consenso dei parenti, oppure il principio di utilità è sufficiente a legittimare l'espianto, senza che si richieda il beneplacito dei familiari?

---

<sup>133</sup> Uno dei partecipanti al dibattito, il dottor Abdullah Basalamah, dichiara che “quando prendiamo un rene dal corpo di un infedele [per trapiantarlo] nel corpo di un musulmano che elogia, esalta e prega Dio, possiamo contribuire, a Dio piacendo, a salvare un uomo dal fuoco [dell'Inferno]”. Per fortuna, non tutti i musulmani condividono questa opinione: il dottor Hassan Hathout, nel respingere questa dichiarazione, afferma che “c'è una sorta di pietà comune a tutta l'umanità, senza discriminazioni. I cosiddetti infedeli ci hanno insegnato il trapianto di rene: sono stati loro a istruirci su come eseguire le operazioni. [...] per Dio tutte le anime sono anime, credo che agli occhi di Dio siano tutte uguali”.

<sup>134</sup> In teoria, il diritto islamico bandisce il prestito a interesse in tutte le sue forme, incluse le modalità praticate da banche e istituzioni finanziarie. Esiste un sistema bancario parallelo in progressiva espansione che pratica soltanto operazioni lecite da un punto di vista islamico (qualcosa di analogo alle nostre “banche etiche”). Cfr. Gian Maria Piccinelli, *Banche islamiche in contesto non islamico*, Istituto per l'Oriente, Roma, 1996.

9. Il diritto islamico contempla il pagamento del “prezzo del sangue” come compensazione per la rinuncia a esercitare il diritto del taglione; dato che asportare un organo da un vivente può essere considerata una forma di mutilazione, è pensabile considerare il prezzo pagato per la vendita dell’organo un equivalente del prezzo del sangue cui avrebbe diritto la vittima, seppur consenziente, dunque una forma di indennizzo legale dal punto di vista della logica giuridica islamica?<sup>135</sup>
10. È possibile parlare di donazione per gli organi? I Compagni del Profeta hanno più volte offerto la propria vita all’Inviato di Dio, ma il sacrificio presuppone reciprocità, il che non si verifica con la donazione di organi.
11. La presenza permanente di un innesto ritualmente impuro — ad esempio un organo espantato a un maiale o ad altro animale che la Legge non considera puro — può rendere un musulmano incapace di rispettare le regole di purezza rituale, in particolare l’abluzione, impedendogli di fatto l’esercizio dei suoi doveri religiosi?
12. Nei casi in cui la Legge islamica prevede una punizione mediante mutilazione (taglio della mano o del piede), è lecito utilizzare la parte tagliata per un trapianto?
13. La vendita degli organi senza controlli può contribuire alla diffusione del vizio, per un uso distorto e proibito dalla Legge del guadagno che si

---

<sup>135</sup> Questo ragionamento esemplifica assai bene l’impiego delle *ḥilā* (‘stratagemma’, pl. *ḥiyal*) nel diritto islamico: per la *ṣarīʿa* non importa lo spirito della Legge, ma la sua osservanza formale; se attraverso l’applicazione di una serie di passaggi, considerati nella loro singolarità come leciti, si ottiene un risultato che di fatto contraddice un divieto legale, l’operazione è perfettamente legittima. Sull’argomento cfr. Joseph Schacht, a c. di, *Das kitāb al-ḥiyal fīl-fiqh* (Buch der Rechtskniffe) des abū Ḥātim Maḥmūd ibn al-Ḥasan al-Qazūīnī, Heinz Lafaire, Hannover, 1924 (rist. anastatica, Olms, Hildesheim, 1968). Sul problema del “prezzo del sangue”, cfr. la vigente legge iraniana che esonera esplicitamente i medici che asportano gli organi da trapiantare dal pagamento dell’indennizzo (p. 70 sopra).

è ottenuto, come ad esempio per l'acquisto di alcool o di sostanze stupefacenti?

14. È legittimo che in paesi islamici nei quali povertà e malattie sono diffuse, lo stato dia priorità a operazioni costose come i trapianti, sottraendo risorse altrimenti destinabili a beneficio di un maggior numero di bisognosi?

Tra i partecipanti al dibattito si può notare la presenza di due approcci distinti che con qualche semplificazione possiamo collegare rispettivamente ai giuristi e ai medici. Entrambi i gruppi sono concordi nell'accettare la cornice comune di riferimento: la ricerca di una soluzione a una questione inedita posta dalla modernità, nel rispetto dei principi sempiterni saldamente stabiliti della Legge in tempi medievali. Ma è proprio sulla natura della Legge che, come s'è visto, sorge un'oggettiva divergenza: per i giuristi che si sforzano di restare sordi al richiamo delle sirene della modernità, la Legge è un'entità atemporale e metafisica, che ci si deve sforzare di applicare senza nessuna concessione allo *Zeitgeist*; per i medici legati sì alla propria identità culturale, ma formati sui modelli scientifici occidentali, la Legge è vista in modo molto più vicino al concetto cristiano di religione, come un insieme di valori di riferimento che interessano primariamente determinati aspetti della vita sociale, senza farsene supremo criterio regolativo.

Lo stesso dovere del musulmano — cui era chiamato *in primis* il capo della comunità, il califfo appunto — cristallizzato nell'espressione di “invitare al Bene e sconsigliare il Male” ovvero “*al-amr bi'l ma'rūf wa'l-nahy 'an al-munkar*” va inteso nel senso di agire sempre nel rispetto dei limiti che Dio impone (*ḥudūd Allāh*), termini che hanno una valenza esclusivamente giuridica, non morale, e che non bisogna trasgredire. Il Bene nell'Islam è quel che è stato giuridicamente definito, ciò che si conosce ed è di conseguenza approvato dalla Legge; il Male è invece l'ignoto, l'innovazione (*bid'a*) di ogni genere, pericolosa perché allontana dal modello originario e costituisce eresia, dunque disapprovata.<sup>136</sup> Ma tutto questo

---

<sup>136</sup> L'Islam vive e si nutre di un atteggiamento nostalgico verso l'età dell'oro del Profeta Muḥammad e del governo dei primi califfi, sicché “la Storia è indietreggiamento, allontanamento

nulla ha a che vedere con un ordine morale e col peccato, bensì con un supremo ordine di Legge, pura emanazione divina, che detta i termini invalicabili del lecito e dell'illecito.

Questa differenza di approccio è stata ben colta da Olivier Roy nel suo tentativo di caratterizzare le mutazioni che l'Islam ha subito nel contatto con la cultura occidentale:

La novità dell'Islam in Occidente è l'insistenza sulla nozione di valore, a sfavore della Legge: si cercherà per esempio di definire la propria fede in rapporto a un discorso etico e non solo in base al rispetto di norme giuridiche. Insomma anche quando il discorso è molto conservatore (opposizione all'omosessualità, all'aborto), l'Islam in Occidente lo definirà in termini di valori più che di stretta osservanza della *shari'a*. Questo è evidente per esempio nel caso dell'aborto, che nel mondo musulmano tradizionale non è mai oggetto di dibattito sul piano sociale, ma viene ripreso in Europa come tema comune di difesa dei valori religiosi da parte dei musulmani e dei cattolici conservatori [...] L'improvvisa impennata dei processi contro gli omosessuali in Egitto è, paradossalmente, un segno dell'occidentalizzazione del discorso sui valori; ciò che era vietato, ma vissuto nel non detto, diviene improvvisamente un importante problema sociale, perché, per affermarsi di fronte all'Occidente, bisogna tenere un discorso al tempo stesso esplicito

---

progressivo in rapporto al Modello originale, che per forza di cose sarà viepiù in un alone, ingigantito, mitizzato. Storia, profezia, leggenda e mito finiscono per confondersi [...]. Il comportamento esemplare sarà sempre di restituzione e di restaurazione, mentre ogni creazione originale posteriore alla Profezia sarà sentita come innovazione e talora perfino come innovazione da condannarsi. Al contrario lo sforzo autentico sarà rivolto verso un adeguamento di se stessi all'esempio perfetto, sarà cioè ri-creazione". Abdelwahab Bouhdiba, *La sexualité en Islam*, PUF, Paris, 1982<sup>3</sup>, pp. 13-14, citato da Giorgio Vercellin, *op. cit.* In questa prospettiva, il modernismo nell'Islam assume le forme del passatismo, del movimento a ritroso della *salafīyya* — femminile del nome di relazione, con funzione di astratto, di *salaf* 'antenati, predecessori', soprattutto riferito alle prime generazioni di credenti più vicine al Profeta e dunque considerate più pie. Sul salafismo cfr. n. 220 sotto.

e simmetrico, dunque riprendere in prima persona le categorie dell'altro, anche se per attribuire loro un segno negativo.<sup>137</sup>

Uno dei partecipanti al colloquio, lo *šayḥ* omanita Ezzuddeen Al-Khateeb [‘Izz al-dīn al-Ḥaṭīb], esprime con limpida chiarezza la differenza dei punti di vista:

I dottori pongono questioni cercando l'opinione legale formale dei *muftī* nel modo che loro considerano giusto ed esigono risposte in tempi rapidi senza dare la possibilità di considerare attentamente le cose. Il *muftī* ha una bilancia, quella del lecito e dell'illecito. Il dottore è un uomo specializzato nella carne umana contenuta all'interno di un *muftī* che si occupa di religione, legge e dottrina [...] Il *muftī* può avere torto o ragione, tuttavia non si piega alle opinioni della gente, ma soltanto a ciò che Dio ha ordinato.<sup>138</sup>

Gli interlocutori sono tutti musulmani e sinceramente intenzionati a risolvere la questione secondo i principi e i limiti che la Legge islamica impone, ma con ogni verisimiglianza assistiamo a un dibattito tra sordi: i giuristi, il cui sapere è coltivato in una sorta di sempiterno medioevo del diritto, continuano a utilizzare le categorie che la Legge ha disposto nella sua definitiva sistematizzazione; i medici, pur condividendo lo stesso universo culturale di riferimento, tuttavia guardano il mondo attraverso le griglie sfalsate delle loro inconciliabili formazioni professionali.

Non bisogna dimenticare che in tutti i paesi arabi — con la sola eccezione della Siria che, anche per i problemi di legittimazione di un regime basato sul governo di una minoranza sciita estrema, gli Alawiti,<sup>139</sup> che molti musulmani considerano estranei all'Islam, ha sposato la causa di un rigoroso nazionalismo, anche linguistico e culturale — gli insegnamenti universitari di materie scientifiche, dunque anche di medicina, si svolgono in lingue occidentali (francese nel Maghreb,

---

<sup>137</sup> Olivier Roy, *op. cit.*, pp. 13-14.

<sup>138</sup> AA.VV., "Discussion of Transplantation...", *cit.* (traduzione mia).

<sup>139</sup> Vedi al proposito Bausani, *op. cit.*, pp. 122-124.

inglese negli altri paesi). Questa circostanza contribuisce largamente ad accentuare la scissione fra identità culturale di partenza e sovrastruttura formativa: paradossalmente, la distinzione linguistica concorre pure a mantenere separate le due componenti, che corrono su un binario parallelo, senza quasi che gli interessati se ne avvedano.

Avviene così che un medico musulmano possa essere sinceramente convinto che non esistano particolari contrasti fra il suo patrimonio identitario e le nozioni scientifiche e tecniche che costituiscono la base della sua attività professionale, laddove i due mondi convivono giustapposti senza entrare in comunicazione tra loro: di fatto, non c'è conflitto perché non c'è dialogo.

Nel dibattito si avverte più volte lo sbigottimento dei trapiantologi di fede islamica che non riescono a comprendere perché nozioni scientifiche che danno per universali e neutrali, ma che sono profondamente permeate dei dati culturali del mondo occidentale che le ha prodotte, siano così difficili da conciliare con la visione islamica del mondo.

Dopotutto, come i giuristi non si stancano di ripetere, l'Islam è religione razionale: donde possono sorgere problemi di conciliazione fra le esigenze della scienza e i requisiti giuridico-legali della *šarī'a*?

Una volta risolti sul piano teorico i problemi relativi all'accettazione dei trapianti dal punto di vista giuridico-religioso — non nuoce rammentare ancora una volta che nelle società islamiche si tratta pur sempre dell'orizzonte comune e assoluto di riferimento che regola la condotta di tutti i musulmani — è necessario riformulare le procedure pratiche relative alla donazione di organi nel quadro più generale del diritto islamico.

L'esempio più comune è che il donatore tramite testamento (*waṣīyya*) metta a disposizione dopo la morte una certa parte del proprio corpo, o tutto il corpo, perché lo si impieghi come fonte di organi da trapiantare. Anche i parenti più intimi (*awliyā'*, letteralmente i suoi 'prossimi', chi gli è vicino, gli eredi o tutori legali) del defunto, su richiesta del medico, possono autorizzare l'espianto di un organo dal cadavere dello scomparso.

Evidentemente, non tutti gli organi si possono donare. La donazione in vita di un organo non-doppio (cuore, fegato, pancreas...) equivale ovviamente a suicidarsi,

sicché è severamente proibita; per contro, la donazione degli organi doppi (cornee, reni, polmoni...) è generalmente considerata, dalla gran parte dei giuristi, atto nobile e filantropico, poiché lede solo limitatamente l'integrità del corpo del donatore, non ne mette a repentaglio la vita, procurandogli un danno piccolo e comunque in certa misura tollerabile.<sup>140</sup>

Secondo un'altra prospettiva, il fatto che nel corpo vi siano due organi uguali non permette all'individuo che li possiede di cederne uno, poiché l'organo in più non va in alcun modo considerato alla stregua di pezzo di ricambio: se così fosse, Dio ne avrebbe creati tre o più. La presenza di organi doppi costituirebbe parte integrante del progetto del Creatore, progetto che quindi non può in alcun modo essere modificato dalla mano dell'uomo, nemmeno a fin di bene. Nessun problema si pone invece per ciò che concerne l'espianto di parti del corpo da reimpiantare in parti diverse del corpo dello stesso individuo donatore, come nel caso di porzioni di vene o di pelle, capelli.

Un importante differenziazione riguarda i tessuti del corpo: sono classificati in rigenerativi (pelle, midollo osseo, sangue, fegato) e non-rigenerativi, ovvero la

---

<sup>140</sup> Cfr. Babu Sahib, Moulavi M.H., *op. cit.* Questa opinione, pur maggioritaria, non è unanime: Mokhtar Sellami, gran *mufti* della Repubblica di Tunisia, considerando che l'espianto di un organo doppio reca comunque danno al donatore, minandone l'integrità fisica e determinandogli un certo grado di invalidità, non lo considera lecito. È significativo notare che l'organizzazione policentrica dei giuristi musulmani lascia notevole spazio agli orientamenti individuali, anche in contrasto con le tendenze politiche prevalenti: in questo caso specifico, l'impronta laicista e filoccidentale — si vedano al proposito l'abolizione della poligamia e l'adozione di un codice civile di fortissima impronta francese — del regime tunisino lascerebbe supporre un orientamento ben più favorevole alla pratica dei trapianti da parte della massima autorità religiosa del paese, per di più di nomina governativa. La posizione del *mufti* non ha peraltro impedito la promulgazione nel 1991 di una legge abbastanza liberale in materia di donazione: cfr. la scheda a p. 130. Cfr. anche Atighetchi, *op. cit.* pp. 1194-1196.

maggioranza degli organi che, se amputati, non possono rigenerarsi, di conseguenza donabili solo *post mortem*, fatta eccezione per gli organi doppi.<sup>141</sup>

Negli ultimi anni, l'introduzione esplicita e programmatica in Iran di un sistema di donazione retribuita da non consanguinei sotto rigoroso controllo pubblico — un modello che elimina molti fra gli inconvenienti associati al traffico di organi, che sono però piuttosto frutto dell'illegalità in cui si svolgono acquisto dell'organo e successivo trapianto — ha promosso un acceso dibattito, soprattutto entro i paesi islamici.

Paradossalmente, l'iraniano Ahad J. Ghods, del reparto di nefrologia e trapianti del Hamadi Nejad Kidney Hospital di Tehran, suggerisce che anche paesi come gli Stati Uniti dovrebbero introdurre la donazione da non consanguinei secondo il modello iraniano, dato che pur vietando in patria simili pratiche lasciano ipocritamente che migliaia di malati viaggino nei paesi del Terzo Mondo. Tra l'altro, l'autore nota che alcuni centri negli Stati Uniti hanno di fatto cominciato ad accettare donatori non consanguinei, purché non retribuiti, e quindi su base altruistica (amici stretti del ricevente), ma che esiste di fatto un dibattito sull'introduzione di forme di retribuzione, eventualmente indirette (ad esempio, esenzioni fiscali).<sup>142</sup>

Ghods dichiara “I believe we should have a legalized, well-controlled, living unrelated donor (LURD) renal transplantation (RTx) program in the MESOT countries”. Ghods passa in rassegna l'attività di trapianto renale negli Stati Uniti, dimostrando da un lato l'insufficienza cronica degli organi disponibili a fronte delle richieste di trapianto, con conseguenti liste di attesa e morte di pazienti ESRD<sup>143</sup>, dall'altro la progressiva apertura dei centri di trapianto verso donatori non

---

<sup>141</sup> È la sua natura di organo doppio, non la capacità rigenerativa, che rende donabile il rene, che certo non si rigenera, al contrario di quel che sostiene erroneamente Atighetchi, *op. cit.* p. 1194.

<sup>142</sup> A.J. Ghods, “Changing Ethics in Renal Transplantation: Presentation of Iran Model”, *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 11-13.

<sup>143</sup> ESRD sta per *End-Stage Renal Disease* ‘malattia renale allo stato terminale’, e i pazienti ESRD sono i dializzati che possono essere riportati a una vita normale solo tramite trapianto di rene.

consanguinei — amici ed “estranei altruisti” — pur mantenendo il bando sulle donazioni ricompensate su base monetaria, sancito dal National Organ Transplant Act. L'autore rileva due nette tendenze complementari: la maggior apertura dei centri di trapianto verso i donatori non consanguinei (uno studio d'insieme mostra un aumento della disponibilità da parte dei centri ad accettare come donatori amici intimi del ricevente dal 48% del 1987 al 93% del 1999 ed estranei altruisti dall'8% al 38%) e un ammorbidimento delle reazioni dell'opinione pubblica rispetto alla prospettiva di legalizzare forme di donazione non consanguinea compensata.

Nell'esaminare la situazione nei paesi membri della Middle East Society for Organ Transplantation (MESOT)<sup>144</sup> — 29 paesi con una popolazione totale di 635 milioni di abitanti e livelli di vita diversissimi, dai 100\$ pro-capite annui di prodotto interno lordo dell'Afghanistan ai 29.100\$ del Qatar — Ghods li ripartisce in tre gruppi:

1. 12 paesi poverissimi con 296 milioni di abitanti (ad esempio, Afghanistan, Pakistan, Yemen) e circa 30.000 pazienti ESRD annui, di cui il 95% muore, solo il 5% accede alla dialisi, e un numero ancor più ristretto di questi ai trapianti;
2. 9 paesi di reddito medio-basso (ad esempio, Egitto, Turchia, Siria), con 302 milioni di abitanti e circa 30.000 pazienti ESRD annui, di cui il 50% accede alla dialisi, che però tende ad essere permanente, per la ristretta disponibilità di trapianti;
3. 8 paesi ricchi (i paesi del Golfo, ad esempio Arabia Saudita, Kuwait), con 36 milioni di abitanti e 4000 pazienti ESRD annui, che possono tutti accedere a dialisi; tuttavia le strutture locali per i trapianti sono ancora limitate e molti pazienti si sottopongono a trapianti all'estero.

A parere dell'autore, l'adozione di un programma di trapianti legalizzato, statalizzato e ben controllato da donatore non consanguineo consentirebbe di ottenere benefici in tutti e tre i gruppi di paesi: per i più poveri, che non sono in

---

<sup>144</sup> Sulla MESOT, cfr. la discussione alle pp. 211-213.

grado di fornire dialisi a lungo termine, consentirebbe un più vasto accesso ai trapianti e quindi ridurrebbe il numero dei decessi; per gli intermedi, ridurrebbe il peso delle spese per il mantenimento di pazienti dializzati, che grava pesantemente sui bilanci di questi paesi; per i più ricchi, consentirebbe di risolvere la quasi totalità dei casi in loco.

Ghods sostiene che la scelta prevalente, che adotta il modello occidentale di trapianto cadaverico, è inefficace: deficienze infrastrutturali e barriere culturali impediscono la diffusione su larga scala dei programmi di donazione cadaverica. L'autore nota anche che incentivare le donazioni da consanguinei sarebbe una scelta ancor meno etica della legalizzazione della donazione da estranei, perché equivarrebbe a esercitare una pressione coercitiva su parenti e congiunti non disposti a donare.

Elenca poi i principali argomenti addotti dagli oppositori della donazione compensata:

1. i donatori di organi sono poveri e illetterati, e donano solo a causa della povertà;
2. i donatori sono sfruttati dai mediatori e dalle équipe dei trapianti (che lucrerebbero sulla pelle dei malcapitati);
3. solo i pazienti ricchi accedono ai trapianti;
4. il livello di cura di donatori e riceventi è inadeguato;
5. i trapianti da donatori non consanguinei scoraggiano le donazioni da consanguinei e da cadavere;
6. l'adozione della possibilità di ricevere organi da non consanguinei alimenta un traffico incontrollato.

Ghods sostiene che il modello iraniano — adottato nel 1988, e che nel 1999 ha condotto all'eliminazione delle liste d'attesa per i trapianti di rene in Iran — evita la maggior parte di questi problemi. Innanzitutto, i medici in base alla legge iraniana sono tenuti a incoraggiare i pazienti a ricevere l'organo da un consanguineo, illustrandone i vantaggi (meno rigetti e maggior sopravvivenza del trapianto), e a

passare a un non consanguineo solo in assenza di alternative (5). Non esistono mediatori, i contatti fra donatore e ricevente sono gestiti dalla Dialysis and Transplant Patient Association (DATPA), un'organizzazione composta esclusivamente da pazienti ESRD, che non riceve alcun incentivo finanziario, come pure le équipe mediche; inoltre non possono accedere al trapianto pazienti stranieri (2; 6). Tutti i trapianti sono eseguiti presso ospedali pubblici, e lo stato si fa carico di tutte le spese, inclusa una ricompensa per il donatore; infine, oltre il 50% dei riceventi proviene dalle classi economiche più disagiate (3; 4).

In specie, un precedente studio cui ha collaborato lo stesso Ghods offre questi dati nella comparazione di un campione di 500 donatori e altrettanti riceventi di trapianto di rene da donatore non consanguineo tra il 1988 e il 2000.<sup>145</sup>

---

<sup>145</sup> A.J. Ghods, S. Ossareh, P. Khosravani, "Comparison of Some Socioeconomic Characteristics of Donors and Recipients in a Controlled Living Unrelated Donor Renal Transplantation Program", *Transplantation Proceedings*, 33/5, 2001, pp. 2626-2627.

		<i>Donatore %</i>	<i>Ricevente %</i>
LIVELLO DI EDUCAZIONE	illetterato	6	18
	elementare	24,4	20
	secondaria	63,4	50,8
	università	6,2	11,2
STATUS ECONOMICO	povero	84	50,4
	classe media	16	36,2
	ricco	—	13,4
SESSO	maschio	90,2	63
	femmina	9,8	37

*Tabella 4: livello di educazione, status economico e sesso di donatori e riceventi di trapianto di rene da donatore non consanguineo in Iran, 1988–2000*

Secondo questi dati, nonostante i riceventi tendano ovviamente ad essere più ricchi dei donatori, ai poveri è ampiamente possibile accedere ai trapianti, e i donatori non possono genericamente essere etichettati come “ignoranti”: il loro livello di scolarizzazione, presumibilmente per motivi generazionali (i donatori sono mediamente più giovani dei riceventi e sono quindi vissuti in un contesto di maggiore diffusione dell’istruzione), è addirittura superiore a quello dei riceventi.

In base a queste considerazioni, Ghods propone l’estensione di un modello iraniano rivisto — anche se l’unica revisione suggerita è di accogliere il suggerimento di Susan Hou, secondo cui “because the donor kidney changes the recipient’s life, regardless of the form of compensation, the reward should be of similar life-changing potential” — per tutti i paesi della MESOT.<sup>146</sup>

---

<sup>146</sup> A.J. Ghods, “Should We Have Live Unrelated Donor Renal Transplantation in MESOT Countries?”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2542–2544.

Il rovescio della medaglia è presentato da Y. Boobes e N.M. Al Daker, che dopo aver rigettato come non etica, anche da un punto di vista islamico, la donazione da non consanguinei — scartando la possibilità della vendita di organi perché il Profeta vieta esplicitamente di vendere un uomo libero e perché “quel che si applica all’intero, si applica anche alle parti”, ma anche della donazione in base all’altro principio secondo cui “ciò che è apparentemente consentito, ma porta spesso a quel che non lo è [il donatore che è di fatto venditore], deve essere proibito per questo”, oltre all’altra massima della giurisprudenza per cui “evitare i danni ha la precedenza sull’apportare benefici”, versione islamica dell’ippocratico *primum non nocere* — mettono in dubbio il quadro roseo di Ghods: il numero di donatori consanguinei in Iran è inferiore a quello di paesi socialmente e culturalmente simili; un’indagine indipendente sui donatori ha rivelato che solo 1 su 32 dichiara di averlo fatto per altruismo, gli altri per denaro; inoltre, il 95% non riceverebbe alcun follow-up clinico dopo la donazione. Inoltre, un altro studio citato dagli autori mostra che il 51% dei donatori iraniani esprime odio/rabbia per i riceventi, il 65% sostiene che le promesse dei riceventi (presumibilmente di sostegno economico) non sono state mantenute, il 76% si dichiara favorevole all’abolizione della pratica e il 97% dichiara di non considerarsi donatore ma venditore.<sup>147</sup>

Nel tentativo di riportare la discussione su un piano più pragmatico, seppure aperto alla compravendita degli organi, il dottor Abdallah S. Daar, professore di chirurgia all’Università “Sultan Qaboos” dell’Oman, evidenzia i punti seguenti.

1. Le istituzioni sanitarie internazionali hanno condannato l’acquisto e la vendita di organi. In specie, la Transplantation Society ha ripetutamente dichiarato — nel Position Statement del 1985, in diverse dichiarazioni dell’Ethics Committee, e da ultimo nel suo congresso internazionale in Florida nell’agosto 2002 — di considerare la compravendita eticamente inaccettabile, ha stabilito l’espulsione dei

---

<sup>147</sup> Y. Boobes, N.M. Al Daker, “Should We Have Live Unrelated Donor Transplantation in the MESOT Countries? Islamic Perspective”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2539–2541. Gli aspetti più specifici e locali della pratica della donazione retribuita di organi in Iran sono discussi nella sezione dedicata ai trapianti in Iran alle pp. 195 sgg.

membri che prendono parte a tali attività e ha incoraggiato tutti i paesi ad approvare legislazioni che mettono al bando questa pratica. Analogamente, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha rigettato la compravendita nel 1993.<sup>148</sup>

2. Nonostante queste posizioni nette, “le complessità della cultura, il bisogno umano, l’avidità dei mediatori, e il potenziale di criminalizzazione della pratica clinica quando gli atteggiamenti incoraggiano un mercato nero” fanno sì che in molti paesi — India, Pakistan, Filippine, Iran, Iraq, Egitto, Israele (esportando i pazienti), Moldova, Romania, Turchia, Sudafrica, financo gli Stati Uniti — sia diffusa una pratica che tutti gli indizi danno in crescita e anche con risultati migliori che in passato.
3. La discrepanza fra teoria e pratica ha favorito una ripresa del dibattito etico, con interventi che si propongono di demolire gli argomenti tradizionali a favore del bando, e che riesaminano la questione dell’ “altruismo”, introducendo concetti come l’ “estraneo altruista” o l’altruismo indiretto, che consentono la vendita dell’organo, o sforzandosi di ridurre i danni di una situazione comunque esistente. Come dice il nefrologo israeliano M.M. Friedlaender, rifiutarsi anche solo di considerare possibili alternative legali equivale ad abbandonare i pazienti alla “libera impresa” senza regole, e quindi è un comportamento non-etico.
4. È possibile pensare a soluzioni innovative alternative al modello iraniano: un sistema di compensazione dei donatori introdotto nelle Filippine (la Transplantation Society of the Philippines ha ufficialmente affermato che “la donazione dietro regalo o compenso è eticamente e moralmente accettabile e non è in conflitto con i principi cristiani/cattolici”), la proposta dell’American Society of Transplant Surgeons di offrire incentivi ai donatori per i giorni di lavoro perduti,

---

148 World Health Organization, *World Health Organization legislative response to organ transplantation*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1993.

l'offerta da parte di detenuti dello stato di New York di donare i propri organi in cambio di riduzioni di pena. Anche nell'ambito della donazione cadaverica, si possono segnalare lo studio promosso dall'American Medical Association per valutare l'eventualità di incentivare il consenso dei parenti dei pazienti in morte cerebrale, offrendo incentivi finanziari (rimborsi delle spese del funerale, un espediente che Daar giustamente considera un eufemismo per non parlare di "pagamenti"), e il progetto "Life Shares" che crea una rete internet di donatori i cui organi andranno solo ad altri donatori.

5. Riassumendo, Daar invita la Transplantation Society a rivedere i bandi assoluti, valutando piuttosto quali forme di pagamento sono accettabili, partendo dall'esame delle situazioni reali e da esperimenti come quello iraniano, anche con valutazioni rischi/benefici dell'opportunità di tenere un gran numero di pazienti in dialisi.<sup>149</sup>

La complessità del problema delle donazioni è mostrata da uno studio condotto in India fra i donatori consanguinei: nonostante in questo contesto "consanguineo" sia normalmente considerato sinonimo di "altruista", gli autori evidenziano come la dipendenza finanziaria che spesso lega il donatore al ricevente — nel campione in esame, il 64% dei donatori era finanziariamente dipendente, contro il 41,5% del totale dei consanguinei idonei al trapianto, — unitamente alle "donazioni" che anche nel caso di consanguinei sono state spesso rilevate in letteratura, fa sì che il confine fra "altruistico" e "remunerato" sia molto più sottile di quanto si pensi abitualmente.<sup>150</sup>

Un altro studio condotto in India segnala che fino all'applicazione della legge del 1994 che ha regolato i trapianti ed escluso i donatori non consanguinei —

---

<sup>149</sup> A.S. Daar, "Paid Organ Donation and Organ Commerce: Continuing the Ethical Discourse", *Transplantation Proceedings*, 35/3, 2003, pp. 1207-1209.

<sup>150</sup> K. Mahawar, A. Sharma, R. Angral, M. Minz, "Altruism and Living-Related Renal Transplantation in India", *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 24-25.

inclusi zii e cugini — ma ha ammesso le donazioni da coniuge, molti centri di trapianti rifiutavano i coniugi, perché “in the prevailing socioeconomic conditions, wives could be coerced into becoming donors”. Nonostante i risultati positivi segnalati dopo l’applicazione della nuova legge, c’è una sproporzione fra numero di mogli e numero di mariti donatori, un chiaro riflesso della discriminazione antifemminile ancora molto forte in India.<sup>151</sup>

### *10. Critica dell’etica dei trapianti: la Bellagio Task Force*

Nel settembre 1995, un gruppo di trapiantologi, studiosi di scienze sociali e attivisti dei diritti umani, organizzati dallo storico della società David Rothman, costituì a Bellagio, sul Lago di Como, un’associazione che ha preso il nome di “Bellagio Task Force on Organ Transplantation, Bodily Integrity, and the International Traffic in Organs”.<sup>152</sup> Il gruppo, conosciuto come “Bellagio Task Force”, si proponeva esplicitamente di intraprendere una riflessione critica sull’etica dei trapianti alla luce degli sviluppi connessi con la crescente commercializzazione degli organi umani e la progressiva perdita dell’originario afflato umanitario e altruistico che ha a lungo accompagnato nell’immaginario collettivo la pratica del trapianto di organi.

A partire da questi temi, alcuni membri della “Bellagio Task Force” si sono interrogati sulle più vaste implicazioni antropologiche ed etiche del trapianto di organi, in vista di un ripensamento complessivo dell’intero apparato concettuale che avvolge la materia. Particolarmente interessante da questo punto di vista è il

---

<sup>151</sup> D. Bhowmik, S.C. Dash, S. Guleria, A. Panigrahi, S. Gupta, S. Agarwal, S.C. Tiwari, S.N. Mehta, N.K. Mehra, “Spousal Renal Transplants: Implications in Developing Countries”, *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 26-27.

<sup>152</sup> D.J. Rothman, E. Rose, T. Awaya, B. Cohen, A. Daar, S.L. Dzemeshevich, C.J. Lee, R. Munro, H. Reyes, S.M. Rothman, K.F. Schoen, N. Scheper-Hughes, Z. Shapira, H. Smit, “The Bellagio Task Force report on transplantation, bodily integrity, and the International Traffic in Organs”, *Transplantation Proceedings*, 29/6, 1997, pp. 2739-2745.

contributo di Nancy Scheper-Hughes,<sup>153</sup> professoressa di antropologia alla University of California, Berkeley, dove dirige un importante programma di dottorato in antropologia medica dedicato agli “studi critici su medicina, scienza e corpo”.

Attraverso un lungo e spesso difficoltoso lavoro sul campo, condotto nei paesi più implicati nel traffico di organi (Brasile, Sud Africa, India), la Scheper-Hughes ha messo a punto una completa rivisitazione dell’universo dei trapianti. A suo avviso, la chirurgia dei trapianti, con le nuove possibilità che ha aperto, ha “riconcettualizzato le relazioni sociali fra il sé e l’altro, fra l’individuo e la società, e fra «i tre corpi» — il corpo-sé, vissuto esistenzialmente, il corpo sociale, il corpo politico”. Il punto centrale deriva dalla trasformazione che i trapianti hanno subito con l’economia globale, portando a quella che l’autrice definisce “commodification of the body” ‘mercificazione del corpo’ — ma la resa italiana perde il gioco di parole fra *commodity* ‘merce’ e *modification* ‘modificazione’.

La virtuale abolizione delle restrizioni al commercio mondiale ha radicalmente trasformato il concetto di merce: con la diffusione della pratica dei trapianti — fino a qualche anno fa procedimenti sperimentali limitati a pochi centri di eccellenza, quasi sempre in ambito universitario, dei paesi più avanzati — in paesi del sud (Argentina, Cile, Brasile) e dell’est del mondo (Cina, Taiwan, India), gli organi sono divenuti una merce da scambiare come ogni altra, con un “movimento di corpi malati in una direzione e di organi sani [...] nell’altra”.<sup>154</sup> Il flusso di organi scorre parallelo al flusso di capitali, con i ricchi malati che acquistano organi di poveri sani; restrizioni culturali e religiose si intersecano con le disponibilità economiche, spingendo i pazienti di paesi ricchi che però accettano con riluttanza il concetto di morte cerebrale e di donazione (paesi del Golfo, Giappone) verso mete di “turismo medico” più economiche e tolleranti (Subcontinente indiano, Cina e Taiwan, Sud-est asiatico).

---

<sup>153</sup> Nancy Scheper-Hughes, “The Global Traffic in Human Organs”, *Current Anthropology*, 41/2, 2000, pp. 191-224.

<sup>154</sup> Nancy Scheper-Hughes, *op. cit.*, p. 193.

I grandi capitali coinvolti in questo processo hanno creato pratiche inumane precedentemente sconosciute: i corpi dei condannati a morte sono “riciclati” nel trapianto di organi, una pratica diffusa a Taiwan fino al 1994 — quando fu messa al bando in seguito alla condanna da parte della World Medical Association — e oggi fiorente nella Cina comunista.<sup>155</sup>

Queste aberrazioni hanno condotto molti studiosi a vere e proprie reazioni di rigetto, che per la prima volta hanno messo in discussione l'accettazione pressoché automatica dei mutamenti spesso sconvolgenti che la tecnica dei trapianti ha provocato in visioni del corpo tradizionali e millenarie.

Nancy Scheper-Hughes nota come nessun papa dell'età moderna, a partire da Pio XII, abbia sollevato alcuna seria obiezione etica alle esigenze, così nuove e intricate per la Chiesa cattolica, della trapiantologia, con un evidente contrasto con le posizioni tutt'altro che concilianti che il magistero pontificio ha assunto verso altre biotecnologie: da oltre trent'anni, la dottrina ufficiale della Chiesa di Roma ha di fatto devoluto ai medici la definizione di morte, come morte cerebrale, ma non quella di vita, come dimostra il dibattito fervido sulla fecondazione medicalmente assistita.

---

<sup>155</sup> Nancy Scheper-Hughes, *op. cit.* pp. 5-7, nella sezione “China: The State's Body” riporta ed esamina criticamente le accuse mosse al governo cinese di praticare la vendita di organi asportati ai prigionieri giustiziati per trapiantarli su pazienti per lo più stranieri, ma anche cinesi legati al regime. Le accuse, mosse da organizzazioni indipendenti di monitoraggio del rispetto dei diritti umani (Human Rights Watch/Asia, Laogai Research Foundation), sono state respinte ufficialmente dal governo cinese, che tuttavia ha rifiutato di ammettere osservatori indipendenti alle esecuzioni o di dar loro accesso ai registri medici relativi ai trapianti. Secondo il report del 1995 del Human Rights Watch/Asia, circa 2000 prigionieri giustiziati ogni anno, su un totale di 4367, sono stati oggetto di prelievo di organi. Secondo Amnesty International, l'inasprimento delle misure anticrimine da parte del governo cinese sarebbe almeno in parte giustificato dal desiderio di rispondere alla crescente domanda di organi da trapiantare. In generale, la prassi di utilizzare organi prelevati da condannati a morte risulta abbastanza diffusa in Asia, dove “l'uso degli organi dei prigionieri è visto come un bene sociale, una forma di servizio pubblico e un'opportunità per redimere l'onore delle loro famiglie”.

La straordinaria capacità del sistema dei trapianti di far accettare la propria ideologia anche in culture tradizionali, con consuetudini rispettate in merito al corpo, alla morte, e alle relazioni sociali è dimostrata da lunghe ricerche compiute da Lawrence Cohen, un collaboratore del gruppo di Bellagio, in diverse aree rurali dell'India nel corso degli anni Novanta. Inizialmente, le prime notizie sulla pratica del commercio di reni nelle grandi e lontane metropoli come Madras e Bombay suscitavano in questi ambienti reazioni allarmate. Nel giro di un decennio, la vendita di un rene in queste stesse comunità è diventata una strategia socialmente accettata, in specie per ottenere i soldi necessari per una dote. L'immaginario collettivo ha accolto completamente il punto di vista del mercato di organi: gli organi doppi sono visti sempre più come una risorsa, pezzi di ricambio da impiegare in caso di bisogno.<sup>156</sup>

La forza delle esigenze del mercato e l'incapacità dei governi locali di imporre il rispetto di elementari esigenze etiche è dimostrato proprio dal caso dell'India. L'estrema povertà delle sterminate periferie urbane, unita all'assenza di una legge in materia di trapianti, aveva trasformato aree del paese in un "bazar" di organi, meta prediletta per i ricchi malati dei paesi del Golfo, in quello che l'urologo e trapiantologo K.C. Reddy definiva cinicamente "un matrimonio di convenienza fra compratori disperatamente malati e venditori disperatamente poveri". Lo scandalo suscitato da continue frequenti notizie di stampa in merito alle conseguenze terribili di questo traffico spinse il Parlamento indiano nel 1994 a varare una legge che bandisce il traffico di organi e regola per la prima volta il trapianto cadaverico, stabilendo criteri legali per la determinazione della morte cerebrale (Human Organ

---

<sup>156</sup> Nancy Scheper-Hughes, *op.cit.* p. 194, cita un eloquente annuncio pubblicato da un giornale brasiliano, il *Diario de Pernambuco*, nel 1981: "ho intenzione di vendere ogni organo del mio corpo che non sia vitale alla mia sopravvivenza e che possa aiutare a salvare la vita di un'altra persona, in cambio di una somma di denaro che mi permetterà di nutrire la mia famiglia." In questo caso, retorica umanitaria e pratica commerciale si fondono mirabilmente si da farsi accettare l'un l'altra.

Transplantation Act, promulgato dal governo il 4 febbraio 1995).<sup>157</sup> Anche se autori pakistani sostengono che questa innovazione legislativa avrebbe trasferito gran parte del traffico internazionale di organi dall'India al Pakistan — paese vicino ancora privo di una regolamentazione in materia — osservatori più distaccati hanno rilevato addirittura un ampliamento del traffico, che l'illegalità ha reso attraente per la malavita, che ha investito nel settore parte dei proventi derivante dal traffico di eroina: il mercato globale di organi è più forte degli sforzi progressisti dei governi del Terzo Mondo.

La *pars construens* dell'analisi del gruppo di Bellagio è nel ripensamento dei dogmi che circondano il trapianto di organi: la vulgata corrente contrappone una teoria altruistica e umanitaria (l'etica del dono) e una prassi spesso cinicamente spietata (il traffico di organi). La discussione interna al gruppo si è sforzata di evitare preconcetti e di affrontare apertamente anche questioni controverse.

Se su alcuni elementi non è stato difficile trovare un consenso — per esempio sull'inaccettabilità della rimozione forzata degli organi ai condannati a morte<sup>158</sup> — la discussione di altri aspetti controversi è molto più complessa. In specie, la vendita di organi, ipocrita tabù della medicina ufficiale e condannata dalla World Medical Association e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, presenta aspetti negativi e

---

<sup>157</sup> A.V.R. Reddy, S. Guleria, R.K. Khazanchi, M. Bhardwaj, S. Aggarwal, S. Mandal, "Attitude of Patients, the Public, Doctors, and Nurses Toward Organ Donation", *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, p. 18; S. Shroff, S. Navin, G. Abraham, P.S. Rajan, S. Suresh, S. Rao, P. Thomas, "Cadaver Organ Donation and Transplantation—An Indian Perspective", *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 15–17.

<sup>158</sup> Ovviamente, il bando sulla prassi della rimozione coatta degli organi dei condannati è oggi così condiviso che lo stesso governo cinese smentisce, come s'è detto sopra, di servirsi di questa pratica. Tuttavia, non va dimenticato che l'idea che sia lecito servirsi dei criminali a scopi di utilità sociale è stata considerata accettabile in altri tempi, anche in ambiti di elevata civiltà, si pensi all'esperienza, che si compì sotto i Tolomei, della Scuola di Alessandria, dove operarono Erofilo ed Erasistrato cui, secondo la tradizione, i governanti consentirono di svolgere ricerche sui condannati a morte. Cfr. al proposito Mario Vegetti, "Tra il sapere e la pratica: la medicina ellenistica", in Mirko D. Grmek, a c. di, *Storia del pensiero medico occidentale*, Bari, Laterza, 1993, vol. I, pp. 73–120.

positivi a un tempo, soprattutto nel contesto dei paesi del Terzo Mondo. La vendita di organi può essere condannata sulla base di una serie di validissime obiezioni sul piano dell'etica medica, della giustizia sociale e dell'equità. Infatti, l'asportazione di un organo a una persona sana contravviene palesamente al principio ippocratico del *primum non nocere*, anche se lo stesso principio passa in secondo piano nel caso di donazione spontanea da parte di un consanguineo o coniuge. Quindi, anche per l'etica medica dominante, esiste in questo caso una gerarchia di principi ove il principio di beneficenza supera quello di non maleficenza.

Inoltre, i contesti sociali in cui avviene abitualmente la vendita di organi sono proprio quelli in cui più forte è lo squilibrio fra le due parti del contratto: chi vende un organo ha spesso ridottissima capacità di scelta, e inoltre dalla medicina riceve esclusivamente un danno e mai potrebbe ottenerne un vantaggio, visto che in caso di necessità, l'accesso a una terapia adeguata o a un trapianto, gli sarebbe quasi certamente precluso.

Abdallah S. Daar si appella ai diritti individuali che includerebbero il diritto di vendere i prodotti del proprio corpo, accusando l'attuale standard scientifico di paternalismo: la scienza violerebbe la libertà individuale imponendo ai singoli di rinunciare a un proprio diritto e decidendo dunque al loro posto. Daar adotta una posizione pragmatica, non priva di ragionevolezza: il commercio di organi è una realtà in molte parti del mondo; piuttosto che proibirlo sulla base di principi morali, sarebbe preferibile regolamentarlo, con una rigorosa supervisione e un programma di informazione e protezione dei potenziali "donatori-venditori". Si tratta in tutta evidenza di una posizione analoga all'antiproibizionismo sulle tossicodipendenze: si nega il diritto dello stato di entrare nelle libere scelte dei cittadini, argomentando che in ogni caso in regime proibizionistico il traffico non fa che aumentare, come si è visto nell'esempio indiano. Tuttavia, il punto debole di questa argomentazione è nell'applicare un concetto tipico delle società occidentali — la libertà di scelta dell'individuo, la sua autodeterminazione e la sua autonomia — in un contesto in cui all'opposto gli individui non hanno scelta.

Un argomento spesso sollevato dagli oppositori della commerciabilità degli organi è l'elevato tasso di insuccesso dei trapianti eseguiti a partire da donatori retribuiti. Una recente inchiesta realizzata da un gruppo di studiosi di Birmingham su 23 pazienti britannici di origine indo-asiatica che hanno ricevuto un trapianto, a

pagamento (stimato 9900–23000 \$), nel paese d'origine (nel 73% dei casi in India) ha mostrato preoccupanti tassi di insuccesso, con il 35% dei pazienti morti poco dopo il loro rientro in Gran Bretagna, e il 21% che ha rigettato il rene trapiantato, con un tasso di sopravvivenza del trapianto di appena il 44%. Gli autori della ricerca concludono che “nonostante gli argomenti a favore della donazione di rene da estraneo retribuito, questi risultati rafforzano l'opinione tradizionale secondo cui il traffico di organi è associato con risultati variabili ed è basato sullo sfruttamento dei pazienti, selezionati su criteri monetari piuttosto che clinici (non conosciamo casi di pazienti respinti perché considerati inadatti al trapianto) e aspettative irrealistiche. [...] questa pratica non può essere sostenuta e i pazienti che valutino di procurarsi un rene da donatore estraneo a pagamento dovrebbero essere sconsigliati nei termini più risoluti.”<sup>159</sup> Tuttavia, il successo del modello iraniano — in cui i trapianti da donatore “compensato” mostrano percentuali di successo paragonabili a quelli da donatori consanguinei — dimostra che in una disamina equanime della questione è necessario separare gli aspetti di deficienza sanitaria, tecnica, igienica legati alla illegalità di molti centri del Terzo Mondo dalla prassi di compensare i donatori non consanguinei.

Le teorie contrattualistiche hanno comunque ottenuto una certa diffusione, talvolta con adeguamenti fantasiosi che ne rimuovono gli aspetti più scioccanti: Lloyd R. Cohen ha proposto l'introduzione di un “mercato dei *futures*” degli organi: l'aspirante donatore venderebbe in anticipo il proprio organo che sarebbe poi espantato dopo la propria morte. Proposte di questo tipo sono state prese in considerazione dalla American Medical Association.

In un paradossale capovolgimento dell'opinione corrente, Nancy Scheper-Hughes parla di “scarsità inventate” a proposito dei trapianti: un bene in origine privo di valore (fino a pochi decenni fa un organo espantato sarebbe stato un oggetto del tutto inutile) viene trasformato in bene prezioso di cui c'è

---

<sup>159</sup> N.G. Inston, D. Gill, A. Al-Hakim, A.R. Ready, “Living Paid Organ Transplantation Results in Unacceptably High Recipient Morbidity and Mortality”, *Transplantation Proceedings*, 37/2, 2005, pp. 560–562.

intrinsecamente scarsità. L'aspetto paradossale è che ci sarà sempre scarsità di organi, perché la possibilità di prolungare la vita utilizzando organi espianati e il miglioramento delle tecniche relative ai trapianti produrranno liste d'attesa che si allungano sempre più, in una rincorsa senza fine di fronte all'ineluttabilità della mortalità umana. A parere dell'autrice, c'è una fondamentale insincerità nel linguaggio relativo ai trapianti: termini connotati positivamente, come "dono", rendono spesso lecite pratiche discutibili nel procurarsi gli organi — la natura paradossale dell'estensione del concetto di dono si vede chiaramente nell'uso del termine "donatore" anche per riferirsi a chi vende un organo. Ma anche l'idea di "salvare una vita" è spesso una sorta di operazione di marketing — le statistiche sulla sopravvivenza dopo un trapianto celano lunghi periodi di sofferenza: in molti casi, i pazienti "non scambiano una pena di morte con una nuova vita ma scambiano piuttosto una malattia cronica e mortale con un'altra."<sup>160</sup>

### *11. Islam e trapianti nei paesi occidentali: uno studio di caso.*

Il dottor Abdallah S. Daar ha ipotizzato — sulla base delle esperienze maturate durante un soggiorno nel 1998–99 in qualità di visiting professor presso il Dipartimento di Chirurgia e il Centro Interfacoltà per la Bioetica (Joint Centre for Bioethics) dell'Università di Toronto, — alcuni casi di studio per illustrare concretamente alcuni problemi bioetici che si pongono di fronte ai medici occidentali, in questo caso canadesi, che si trovano ad assistere pazienti musulmani.

Particolarmente interessante si rivela un caso proposto in un articolo del 2001 scritto in collaborazione con Binsumeit Al Khitamy, del Dipartimento di Microbiologia dell'ospedale universitario "Sultan Qaboos" dell'Oman. I due autori presentano il caso di un giovane musulmano di diciotto anni che, a seguito di un incidente stradale, subisce un grave trauma che gli procura una diagnosi di morte cerebrale. In questa situazione, il coordinatore dell'unità dello staff predisposto ai trapianti si trova di fronte non solo al compito ordinariamente gravoso di ottenere il consenso dei familiari, ma anche di comunicare tale richiesta di consenso all'espianto in termini accettabili agli occhi di una famiglia musulmana.

---

<sup>160</sup> Nancy Scheper-Hughes, *op.cit.* p. 198.

Nel caso in questione, in ospedale è presente la madre del ragazzo, che non si aspetta una richiesta di questo tipo in tempi così rapidi — non bisogna dimenticare peraltro che l'accettazione del concetto di morte cerebrale in ambito islamico è piuttosto recente e in parte ancora controversa — e chiede dunque tempo per consultarsi con gli altri familiari prima di prendere una decisione. Il problema non riguarda tanto l'accettazione della morte, che per i musulmani — data l'assoluta trascendenza di Dio e la predeterminazione assoluta dei destini umani, — è scritta nei disegni divini, quanto la liceità dell'espianto dal punto di vista del diritto islamico. A questo punto interviene come un *deus ex machina* a risolvere il dilemma un amico di famiglia docente di islamistica all'università, che scioglie i dubbi confermando l'opinione prevalente, ovvero il consenso dei giuristi (*iğmā'*), a favore della donazione di organi. A questo punto, la famiglia supera le proprie perplessità e concede il suo assenso all'espianto. L'équipe chirurgica, in accordo con le pratiche funerarie islamiche, programma l'espianto per il pomeriggio per consentire di seppellire il corpo nello stesso giorno del decesso.<sup>161</sup>

---

<sup>161</sup> Abdallah S. Daar, Binsumeit Al Khitamy, "Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics", *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, 164 (1), 9 gennaio 2001, pp. 60-63.

### III. LA SITUAZIONE DEI TRAPIANTI NEI PAESI ARABI E ISLAMICI

#### 1. *La situazione nelle diverse aree*

Il mondo arabo-islamico è molto composito, comprendendo una vastissima area geografica e popolazioni assai diverse fra loro. Nel passare in rassegna la situazione relativa alla pratica dei trapianti nei diversi paesi, è opportuno suddividere questi ultimi in aree relativamente omogenee dal punto di vista storico e culturale.<sup>162</sup>

Nella cartina che segue sono evidenziati i paesi di cui ci occuperemo.<sup>163</sup>

---

<sup>162</sup> Fra i paesi membri della Lega Araba (cfr. n. 277), abbiamo escluso dalla nostra disamina Mauritania, Sudan, Somalia, Gibuti, Isole Comore, perché non esiste alcun dato in letteratura su un'attività relativa ai trapianti passata o presente. Si tratta di paesi che hanno condizioni economiche molto difficili e non possono godere di sistemi sanitari sufficientemente sviluppati da consentire lo sviluppo di programmi di trapianto foss'anche a livello pionieristico.

<sup>163</sup> Per motivi di spazio, nella cartina non è rappresentato il Bangladesh, che si trova a est del subcontinente indiano, ed è quindi separato dal Pakistan dall'immensa estensione dell'India settentrionale.



Figura 1: mappa dei paesi arabo-islamici in Nordafrica e Medio Oriente

Nel complesso, i principali punti che caratterizzano in materia di trapianti il mondo arabo-islamico possono essere così riassunti:<sup>164</sup>

- con l’eccezione delle sole Arabia Saudita e Turchia (oltre che di Israele), che hanno attivato un importante e sistematico programma di donazione da cadavere, i paesi della regione dipendono quasi esclusivamente da donatori viventi — data l’assoluta prevalenza dei trapianti di rene; trapianti più complessi (fegato, cuore) sono ancora in fase pionieristica, quantitativamente limitati, e praticati solo in Arabia Saudita, Giordania, Turchia, Israele;
- è molto diffuso, attraverso la prassi dei “viaggi della speranza” all’estero, il ricorso a donatori estranei a pagamento, laddove in Iran è stato istituzionalizzato un sistema interno di donazione retribuita —

<sup>164</sup> Cfr. Abdallah S. Daar, “Organ donation—world experience; the Middle East”, *Transplantation Proceedings*, 23/5, 1991, pp. 2505-2507; “An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent”, *Transplantation Proceedings*, 29/1-2, 1997, pp. 1577-1579.

questo aspetto dà alla donazione da non consanguineo un rilievo del tutto eccezionale rispetto ai paesi occidentali e pone rilevanti questioni etiche e sociali;

- nonostante alcune esitazioni, le autorità religiose islamiche hanno approvato la liceità delle donazioni, sia da vivente sia da cadavere;
- dati i suoi legami con l'Europa e gli Stati Uniti, in Israele il concetto di morte cerebrale ha ottenuto ampia accettazione presso l'opinione pubblica e non è in generale messo in discussione; nei paesi islamici, la situazione è invece più complessa per il tentativo dei giuristi di far coincidere la morte con il concetto islamico della separazione dell'anima dal corpo.

### 1.1. MAGHREB

I paesi del Nordafrica Occidentale sono collettivamente designati con il termine *mağrib* 'il luogo ove il sole tramonta, ponente', dunque Occidente; manteniamo il termine — che in arabo si contrappone a *mašriq* 'il luogo ove il sole sorge, levante', dunque Oriente — nella forma francesizzata Maghreb, ormai abituale anche in Italia.<sup>165</sup>

Il Maghreb costituisce un'entità geopolitica e storico-culturale distinta all'interno del mondo arabo. Nonostante il Nordafrica sia stato occupato dagli Arabi fin dal primo periodo di espansione dell'Islam, alla fine del secolo VII, l'arabizzazione linguistica e culturale della popolazione, in prevalenza di etnia berbera latinizzata e cristianizzata solo superficialmente,<sup>166</sup> è proceduta molto

---

<sup>165</sup> In francese si usa anche Machrek, adattamento di *mašriq*, per designare la parte orientale del mondo arabo; useremo tuttavia il termine Medio Oriente, al di là della sua imprecisione — indicando originariamente l'India e l'Asia Centrale, laddove l'Oriente Arabo sarebbe piuttosto da chiamarsi Vicino Oriente, — perché ormai familiare al pubblico italiano e adottato dagli stessi arabi: uno dei più diffusi quotidiani arabofoni si chiama *al-Šarq al-Awsat*, 'Medio Oriente' appunto.

<sup>166</sup> Sulla storia del Maghreb prima dell'Islam, cfr. François Decret, Mhamed Fantar, *L'Afrique du nord dans l'antiquité. Des origines au V<sup>e</sup> siècle*, Payot, Paris, 1981, soprattutto il capitolo "De l'Afrique romaine au Maghreb arabe", pp. 342-349.

lentamente e in modo incompleto, a dispetto di una quasi totale islamizzazione, che ha lasciato come uniche minoranze importanti numerose comunità ebraiche, oggi ridotte nella loro consistenza per un massiccio flusso di emigrazione in Israele. Ancora oggi, gran parte della popolazione del Marocco e dell'Algeria, ma anche aree isolate della Tunisia (Isola di Gerba) e della Libia, sono berberofone o bilingui.

A questa differenza strutturale si aggiunge una storia politica originale. Pur rimasto a lungo sotto la sovranità nominale del califfato omayyade prima, abbaside poi, il Maghreb si è presto organizzato in entità di fatto indipendenti, sotto dinastie locali, non di rado di origine berbera. Fin dai primordi si è creata una divisione regionale abbastanza netta che prefigura gli odierni stati di Marocco, Algeria e Tunisia. Nel periodo coloniale, questi paesi sono caduti sotto la sfera di influenza francese — il Marocco, con una compresenza spagnola, che ha lasciato le *enclaves* di Ceuta e Melilla, — come vera e propria colonia l'Algeria, come protettorati gli altri, e questo processo ha portato a una notevole francesizzazione linguistica e culturale.

Questi fattori originali influenzano anche lo sviluppo della cultura medica, profondamente legata a modelli e istituzioni francesi: ospedali e sezioni dell'Institut Pasteur in Algeria, Tunisia e Marocco. Risulta invece marginale lo status della Mauritania (paese membro della Lega Araba, ma etnicamente molto composito e storicamente legato al Sahel) e della Libia — paese di confine fra Maghreb e Medio Oriente, poco popolato e con una storia moderna originale: è stato l'unico paese arabo divenuto colonia italiana.

Passiamo quindi in rassegna la situazione dei trapianti nei singoli paesi dell'area maghrebina. Va notato in generale che, a dispetto della marcata occidentalizzazione di questi paesi e quindi della disponibilità di personale sanitario formato secondo standard europei, la carenza di risorse economiche ha impedito lo sviluppo di programmi di trapianti significativi.

## Marocco

In Marocco l'attività relativa ai trapianti è meno sviluppata rispetto ad altri paesi dell'area, e di conseguenza esiste un notevole flusso di pazienti che preferiscono operarsi in Francia.<sup>167</sup>

La pratica dei trapianti in Marocco, di fatto limitata a quelli renali, è decisamente recente: il primo intervento è stato infatti eseguito nel 1986 presso il Centro Ospedaliero Universitario Ibn Rochd (Ibn Rušd, il nostro Averroè) di Casablanca.

Il quadro legislativo è assicurato dal decreto reale (*dahir*, arabo classico *ḡahīr*) n° 1-99-208 del 25 agosto 1999 — pubblicato nel Bollettino ufficiale n° 4726 del 16 settembre 1999 — che promulga la legge n° 16-98 relativa alla donazione, al prelievo e al trapianto di organi e tessuti umani. Ecco il testo del decreto:<sup>168</sup>

La donazione, il prelievo e il trapianto di organi umani (definiti come elementi del corpo umano rigenerabili o no, come pure i tessuti umani, a esclusione di quelli legati alla riproduzione) possono solo avere scopo terapeutico o scientifico. Il prelievo di organi non può esser praticato senza previo consenso del donatore, revocabile in ogni momento. **La donazione o il lascito di un organo umano è gratuita e non può, in alcun caso e sotto alcuna forma, essere remunerato o essere oggetto di una transazione (al di fuori del pagamento delle spese sostenute).** Il donatore e i membri della sua famiglia non possono conoscere l'identità del ricevente. Il donatore deve essere completamente informato dei rischi inerenti il prelievo e delle possibili conseguenze. Il prelievo su una persona vivente che ne fa dono può solo essere effettuato nell'interesse terapeutico di un ricevente che presenti un legame di parentela provato (o a favore del coniuge del donatore, a condizione che il matrimonio sia stato contratto da almeno un anno). Un prelievo in vista di un trapianto non può

---

<sup>167</sup> Cfr. Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1578.

<sup>168</sup> Enfasi nostra.

assolutamente avere luogo su un minore in vita o su un vivente maggiorenne che sia oggetto di una misura di protezione legale. Ogni persona maggiorenne nel godimento delle sue piene capacità può, in vita e nelle forme preferite, far conoscere la sua volontà di autorizzare o negare prelievi degli organi, o solo di alcuni di essi, sulla sua persona dopo la sua morte. Negli ospedali pubblici autorizzati, i prelievi di organi possono essere effettuati a fini terapeutici o scientifici su persone decedute che non hanno fatto conoscere in vita il rifiuto di tali prelievi [silenzio/assenso], salvo nel caso di opposizione del coniuge o, in mancanza, degli ascendenti o, in mancanza di questi, dei discendenti. Il prelievo può essere effettuato solo dopo che è stata stabilita la constatazione medica della morte cerebrale del donatore e l'assenza di ogni sospetto sulle origini del decesso. Preliminarmente al trapianto d'organo, il medico responsabile deve assicurarsi del consenso del ricevente. È istituito un consiglio consultivo dei trapianti di organi umani.

La normativa marocchina è analoga a quella in vigore in Tunisia, con qualche lieve differenza in merito all'ordine di consultazione dei parenti del potenziale donatore per l'eventuale ritiro del consenso. In Marocco, infatti, si dà priorità al coniuge, poi agli ascendenti, infine ai discendenti, laddove la normativa tunisina conferisce priorità decisionale ai figli.<sup>169</sup>

Il trapianto di organi in Marocco è tuttora poco diffuso: per sensibilizzare l'opinione pubblica in materia è nata l'associazione REINS (Associaton de lutte contre les maladies rénales) — in arabo *al-Kilà (al-Ġam'yya al-maġribiyya li-muḥārabat amrāḍ al-kilà)*.

L'associazione REINS, fondata a Casablanca, mira a informare l'opinione pubblica sulla malattia, contribuire alla formazione e all'informazione su dialisi e trapianto renale, aiutare il reinserimento dei pazienti, fornendo loro anche un sostegno economico. Ne è presidente Amal Bourquia: professoressa di nefrologia, appartiene alla prima generazione di nefrologi marocchini. Formata alla Facoltà di

---

<sup>169</sup> Cfr. n. 175 sotto.

Medicina “René Descartes” di Parigi, ha operato presso il Centro Ospedaliero Universitario Ibn Rochd di Casablanca, e scritto molti lavori sul tema dell’insufficienza renale; ha inoltre partecipato all’istituzione e allo sviluppo della dialisi periodica e alla pratica del trapianto renale in Marocco. REINS conta un centinaio di membri, ed è guidata da un comitato direttivo misto, composto da nove membri fra medici e malati.

Secondo la dottoressa Bourquia “l’insufficienza renale cronica rappresenta un problema di salute pubblica la cui risoluzione necessita di risorse sempre maggiori. Questo rende il compito arduo per paesi come il Marocco, che mancano di mezzi.” A suo parere, per ottenere risultati, è necessaria la collaborazione di tutta la comunità: operatori della salute pubblica, malati, personalità della società civile.

Un sondaggio commissionato dall’associazione REINS è stato condotto su un campione di popolazione urbana marocchina tra il gennaio e il febbraio 2005. I risultati, pubblicati sul bollettino dell’associazione, sono stati così sintetizzati dalla rivista *al-Aḥdāṭ al-Maġribiyya* ‘Eventi marocchini’ del 4 marzo 2005:<sup>170</sup>

UN QUARTO DEGLI INTERPELLATI  
CONSIDERA IL TRAPIANTO DI ORGANI  
ILLECITO (*ḥarām*)

Venerdì 4 marzo 2005

2005 4

*In un sondaggio d’opinione sul  
trapianto di rene in Marocco*

Un sondaggio d’opinione sulle idee dell’opinione pubblica marocchina in merito alle operazioni di prelievo e trapianto di organi in Marocco, realizzato dalla Associazione Marocchina per la

---

<sup>170</sup> Citiamo dall’edizione elettronica del giornale: [www.ahdath.info](http://www.ahdath.info).

Lotta contro le Malattie Renali (REINS), ha evidenziato l'esistenza di una grave carenza di dati, informazioni e sensibilizzazione per quanto riguarda il trapianto di organi umani in generale, e il trapianto di rene in particolare. Sebbene il primo intervento di trapianto renale in Marocco sia stato effettuato fin dal 1986, la comunità continua a guardare a questo tipo di operazioni con qualche perplessità, dato che un terzo degli interpellati ha dichiarato che i rischi connessi a questa pratica, l'insufficiente precisione a livello delle tecniche e la mancanza di competenza pongono un grave ostacolo innanzi alla pratica del trapianto di organi. Il 19% del campione che ha partecipato al sondaggio di opinione ha dichiarato di credere che il trapianto di organi non esista affatto in Marocco. Il 25% delle persone incluse nel sondaggio ritiene che gli interventi di trapianto siano proibiti dal punto di vista della religione islamica, laddove l'Islam incoraggia i musulmani a salvare le vite umane in tutti i modi possibili. Ma il sondaggio ha rivelato una serie di elementi positivi, il primo dei quali è che l'85% degli intervistati ha detto di considerare importanti gli interventi di trapianto, anche se il 74% ha affermato di non aver mai affrontato questo argomento nel corso di conversazioni scambiate con amici o conoscenti.

1986

% 19

% 25

85

% 74

%

L'aspetto umano, i rapporti familiari e la solidarietà sono in testa agli stimoli che spingono le persone a offrire un loro rene per salvare la vita di un malato. Per quanto riguarda gli obiettivi del trapianto di organi, il 64% degli interpellati ha detto che lo scopo è guarire il malato, prolungarne la vita e alleviarne il dolore, mentre solo il 19% degli intervistati ritiene che l'obiettivo dell'intervento sia di ottenere un miglioramento della qualità della vita, che va invece considerato il risultato principale dopo l'effettuazione di un intervento riuscito di trapianto renale. Questo sondaggio d'opinione è stato realizzato da parte della Associazione Marocchina per la Lotta contro le Malattie Renali (REINS) nel periodo che va da gennaio a febbraio 2005 e ha compreso un campione di 360 persone che rappresentano tutti gli strati sociali urbani. È bene notare che il Marocco è impegnato in esperienze importanti nel campo dei trapianti di rene, avendovi consacrato quattro centri autorizzati che sarebbero in grado di effettuare diverse operazioni di trapianto di rene alla settimana, ma una serie di ostacoli frenano questa possibilità, ostacoli legati alla burocrazia e alla grave carenza di specialisti in questo settore. Il Marocco possiede una cornice legale che regola questo tipo di interventi, ma a causa della mancata promulgazione di

**% 64**

**% 19**

**360**

**2005**

decreti applicativi i malati, dopo aver effettuato le analisi e i preparativi necessari prima di sottoporsi all'operazione, si trovano di fronte a responsabili che rifiutano di autorizzare l'intervento, invocando proprio l'assenza di decreti applicativi, il che significa negare a centinaia di malati di sottoporsi a questo tipo di operazioni che la medicina è ora in grado di portare in gran parte a buon fine e che sarebbero in grado di salvar loro la vita. Attraverso i risultati forniti dal sondaggio di opinione è necessario lavorare per gestire le opinioni che il pubblico ha nei confronti di queste operazioni e incoraggiare la loro accettazione e la rimozione degli ostacoli che stanno di fronte al loro sviluppo. La Società presenterà i risultati completi nel primo numero del suo bollettino di cui è prevista la pubblicazione nel mese di marzo 2005. Questo rapporto apparirà anche nel sito internet dell'associazione ([www.reins.ma](http://www.reins.ma)) che è stato recentemente organizzato, allo scopo di offrire ai malati che soffrono di malattie renali uno spazio di discussione che fornisca informazioni specifiche sul trapianto di rene.

*al-Aḥdāt al-Maġribiyya* [Notizie marocchine]

.2005

([www.reins.ma](http://www.reins.ma))

Il sito internet dell'associazione ([www.reins.ma](http://www.reins.ma)), ancora in corso di organizzazione, fornisce informazioni sulla pratica dei trapianti di rene in modo analogo al CNPTO tunisino.<sup>171</sup>

### *Algeria*

La complessa situazione politica dell'Algeria, con le tensioni che hanno portato alla lunga guerra civile, ha di fatto interrotto lo sviluppo delle attività, ancora in fase iniziale, relative ai trapianti.

Fino al 1992 erano infatti stati eseguiti appena una settantina di trapianti di rene, da donatori viventi, sia consanguinei, sia estranei.<sup>172</sup>

D'altra parte, l'impronta nettamente occidentale del regime algerino ha consentito l'adozione di una serie di strumenti importanti per la gestione delle questioni bioetiche. In specie, il 6 luglio 1992 è stato varato un Codice di Deontologia Medica. Tra l'altro, già nel 1990 la legge 90-17 aveva introdotto il concetto di consenso informato in relazione alla sperimentazione medica; secondo questa legge, la sperimentazione è sottoposta "al consenso libero ed informato dell'individuo o, in sua assenza, a quello del suo rappresentante legale. Tale consenso è sempre necessario".

Nel 1996 il decreto 96-122 ha istituito un Conseil National de l'Éthique des Sciences de la Santé, composto di venti membri, di cui ben quindici medici: si tratta di una distribuzione sorprendente in ambito islamico, perché attribuisce il peso preponderante nella definizione delle questioni bioetiche ai medici piuttosto che ai giuristi. La legge non specifica le competenze del Consiglio, che sembrano essere di natura prevalentemente consultiva.<sup>173</sup>

---

<sup>171</sup> Cfr. la discussione a p. 130.

<sup>172</sup> Cfr. Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1578.

<sup>173</sup> Cfr. Atighetchi, *Islam, musulmani e bioetica*, *cit.*, pp. 19, 43.

## *Tunisia*

Fino al 1997, in Tunisia erano stati eseguiti oltre 150 trapianti di rene, di cui appena il 10% da donatore cadaverico: di fatto, la legge sul consenso/assenso che avrebbe dovuto diffondere le donazioni da cadavere non ha ancora trovato applicazione pratica.<sup>174</sup>

La Tunisia, con una popolazione di 9,9 milioni di abitanti, ha molti centri per dialisi: dal giugno del 2000 sono stati trattati 4104 pazienti in 84 centri di emodialisi e tre unità di Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD). Nell'ambito del programma di trapianti in funzione da quattordici anni, che coinvolge quattro centri, sono stati eseguiti 323 trapianti (70% riceventi maschi; 25.8% donatori cadaverici). Sono stati effettuati 15 trapianti di cuore dal 1992 e 5 di fegato dal 1997.

In particolare, un'unità specializzata presso l'Ospedale delle Forze Armate di Tunisi, sotto la direzione del dottor Mena, ha attivato un nuovo programma che, oltre a 40 trapianti di rene per lo più da cadavere, ha realizzato anche 6 trapianti di cuore.

La Tunisia ha istituito con la legge 95-49 del 12 giugno 1995 un centro nazionale per la promozione dei trapianti, il "Centre National pour la Promotion de la Transplantation d'Organes" (CNPTO) sotto la tutela del Ministero della Sanità Pubblica, con il compito di seguire i pazienti in attesa di trapianto e di promuovere la donazione di organi; quest'ultima è regolata dalla legge 91-22 del 25 marzo 1991.

Secondo la legge, si possono effettuare a fini terapeutici prelievi sul cadavere di una persona, a meno che quest'ultima non abbia reso noto in vita il suo rifiuto e che dopo il decesso non ci sia opposizione dei membri della famiglia (art. 3).<sup>175</sup> Si tratta dunque di una forma di silenzio/assenso che, a differenza di quanto previsto dalla normativa italiana, conferisce un ruolo di primo piano anche ai familiari del

---

<sup>174</sup> Cfr. Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1578.

<sup>175</sup> I parenti sono abilitati a ritirare il consenso in questo ordine: figli, padre, madre, coniuge, fratelli, sorelle, tutore.

potenziale donatore, che hanno la facoltà di invalidare l'eventuale consenso all'espianto da parte del congiunto deceduto.

Per quanto riguarda i donatori viventi, la legge richiede la maggiore età e la capacità di intendere e volere. Il consenso deve essere espresso in modo formale e liberamente di fronte al presidente del tribunale di prima istanza del luogo di residenza o dell'istituzione ospedaliera, e sarà trasmesso in copia a tutti gli ospedali autorizzati a praticare il trapianto di organi (art. 8); tale consenso può essere ritirato in qualsiasi momento prima dell'operazione senza particolare formalità (art. 9). Il prelievo dell'organo è possibile solo dopo l'attestazione di morte da parte di due medici diversi da quelli che realizzeranno il prelievo e il trapianto (art. 15).

Dal punto di vista dell'informazione, l'opinione pubblica tunisina è stata sensibilizzata al tema dei trapianti da programmi radiotelevisivi e da articoli di stampa. Inoltre, è stata istituita una giornata nazionale per la donazione degli organi, la "Journée Nationale de Sensibilisation au Don d'Organes" organizzata un sabato d'ottobre d'ogni anno.

Per sottolineare il riconoscimento del ruolo sociale della donazione di organi, dal 1° marzo del 1999 è in vigore una legge che autorizza il cittadino a far riportare sulla carta d'identità la dicitura "donatore". Lo stesso presidente Ben Ali ha pubblicamente dichiarato di aver scelto la donazione e di aver fatto riportare la scelta sulla carta d'identità.

La legge sui trapianti rispecchia lo spirito laico che impregna di sé tutta la legislazione tunisina, dalla proclamazione della Repubblica nel 1957: significativamente, la legge non contiene alcun riferimento all'Islam, religione della totalità della popolazione. In ogni caso, l'Alto Consiglio Islamico tunisino ha pubblicato una risoluzione che autorizza i trapianti di organi. Anche il Comitato Nazionale di Etica Medica del paese si è espresso a favore dei trapianti d'organo.

Il CNPTO completa l'offerta di informazione con un sito moderno e ben organizzato ([www.dons-organes.tn](http://www.dons-organes.tn)) che include una sezione di risposte alle domande più frequenti degli utenti.

A livello di strutture specializzate, la Tunisia possiede un Centro Nazionale per il Trapianto di Midollo Osseo, una banca dei tessuti e degli occhi, una "Unità

centrale della Trasfusione Sanguigna e delle Banche del Sangue”, e laboratori di immunologia (tipizzazione HLA).

Le ultime statistiche disponibili, pubblicate dal CNPTO nel 2001, sfortunatamente fanno riferimento all’anno 2000: nelle strutture ospedaliere pubbliche sono stati realizzati 669 trapianti (39 di reni, 1 di cuore, 3 di fegato, 578 di cornea e 48 di midollo osseo).<sup>176</sup>

Sul piano della bioetica, nel 1993 è stato emanato un Codice Deontologico, che contempla esplicitamente il consenso informato (il medico “deve, nella misura del possibile e tenuto conto della psicologia del paziente, procurare il suo consenso libero ed informato e, in caso di incapacità giuridica, il consenso del rappresentante legale rimpiazza quello del malato”).

Il Comité National d’Éthique Médical è stato istituito nel 1994 con il decreto 94-1939. Il Comitato ha una composizione eterogenea — accanto ai presidi delle facoltà di medicina e a tre rappresentanti dei medici, annovera giuristi, filosofi, sociologi e un membro del Consiglio Superiore Islamico — ed è stato molto attivo nell’accogliere le raccomandazioni dell’OMS in merito all’istituzione di comitati etici locali presso numerosi ospedali universitari.<sup>177</sup>

### *Libia*

I trapianti in Libia sono ancora in una fase piuttosto primordiale di sviluppo: fino al 1992, le fonti libiche riportavano un totale di 266 trapianti di rene (135 da consanguinei, 113 da non consanguinei, 18 da cadavere) per lo più eseguiti all’estero: fino al 1996 appena 62 trapianti erano stati eseguiti nell’ambito del programma locale, che interessa esclusivamente donatori consanguinei viventi. Non va

---

<sup>176</sup> Cfr. Fethi Tebourski, Amel Ben Ammar-Elgaaied, “The Developing Country Reactions to Biomedical Techniques and Plant Biotechnology: The Tunisian Experience”, *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, 3, 2004, pp. 124-129.

<sup>177</sup> Cfr. Atighetci, *op. cit.* pp. 19-20, 43.

dimenticato che la popolazione libica è esigua, contando meno di due milioni di abitanti.<sup>178</sup>

Nel 1986, il governo libico ha emanato la legge n. 17 che stabilisce le responsabilità del medico; questa legge stabilisce fra l'altro che il medico non può ledere l'integrità fisica del cittadino — tranne che la legge non stabilisca diversamente, un presumibile riferimento alle mutilazioni legali, che il regime libico ha introdotto alcuni anni fa, pur non avendole, a quanto si sa, mai praticate — e che non è lecito obbligare il paziente a essere curato, anche se in quest'ultimo caso è previsto che motivi di salute pubblica, come nel caso di epidemie, o il giudizio di un comitato medico che indichi il rischio di complicanze possano obbligare il paziente alla cura.<sup>179</sup>

## 1.2. MEDIO ORIENTE

Sotto questa sezione raccogliamo i dati relativi ai paesi della parte orientale del mondo arabo, escludendo i paesi islamici dell'area con diversa composizione etnica. Si è scelto di includere qui anche lo Stato di Israele, per diverse ragioni: innanzitutto, almeno sul piano formale Israele è uno stato binazionale e bilingue — diviso nelle componenti ebraica e araba; inoltre, il territorio israeliano è completamente circondato da stati arabi; infine, l'ormai quasi quarantennale occupazione israeliana della Cisgiordania e della Striscia di Gaza<sup>180</sup> ha di fatto posto sotto amministrazione israeliana diversi altri milioni di palestinesi, che dipendono per molti aspetti, inclusa la gestione dei servizi sanitari, dalla potenza occupante.

Quest'area, nonostante i molti tratti in comune, si presenta tutt'altro che omogenea dal punto di vista dei programmi di trapianti, *in primis* per la grande

---

<sup>178</sup> Cfr. Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1578.

<sup>179</sup> Cfr. Atighetchi, *op. cit.*, p. 43.

<sup>180</sup> L'occupazione israeliana, iniziata all'indomani della Guerra dei Sei Giorni nel 1967, ha avuto termine a Gaza il 12 settembre 2005, con il ritiro delle ultime truppe d'Israele, mentre parte della Cisgiordania rimane tuttora occupata, anche se a partire dagli Accordi di Oslo del 1993 importanti porzioni del territorio sono state poste sotto l'amministrazione dell'autorità palestinese.

disparità di mezzi economici fra un paese e l'altro: abbiamo da un lato paesi come l'Arabia Saudita e quasi tutti gli stati del Golfo, cui la grande ricchezza fornita dallo sfruttamento dei giacimenti petroliferi ha consentito di sviluppare programmi di tipo occidentale, a dispetto dell'arretratezza che regnava in campo sanitario fino a pochi decenni fa; d'altra parte, paesi importanti e popolati, ma relativamente poveri, come l'Egitto, la Siria, la Giordania, non sono riusciti a ottenere progressi significativi in un ambito in cui le risorse finanziarie giocano un ruolo di primo ordine. Anche paesi potenzialmente ricchi e con buoni livelli di formazione, come il Libano, la "Svizzera del Medio Oriente" degli anni Sessanta, e l'Iraq — che fino alla lunga guerra con l'Iran, dal 1981 al 1989, aveva ottenuto importanti risultati nello sviluppo scolastico e delle infrastrutture, grazie ai proventi delle estrazioni di petrolio, — sono stati di fatto tagliati fuori da ogni serio sviluppo dei loro sistemi sanitari dai conflitti interni ed esterni che li hanno coinvolti.

### *Egitto*

L'Egitto ha un serio problema di patologie renali, con oltre 7000 pazienti in dialisi in circa 200 centri specializzati. In assenza di leggi che regolino i trapianti, si era sviluppata negli anni passati una fiorente industria sommersa, ma di fatto non proibita, di trapianto di rene da donatore a pagamento, combattuta con qualche risultato dall'organizzazione locale di nefrologia e trapianti. Parallelamente, si è ampliata un'attività di trapianti di rene da consanguinei, condotta alla luce del sole.

Nonostante la maggioranza dei giuristi musulmani egiziani si sia espressa a favore dell'adozione dei criteri di morte cerebrale, una sorda ma diffusa opposizione ha di fatto impedito la nascita di qualsiasi organizzazione per la raccolta di organi da cadavere. Questa circostanza, oltre a ridurre il numero di reni disponibili per trapianti, ha di fatto impedito la nascita di programmi di trapianto di cuore e fegato. Quest'ultimo aspetto è particolarmente preoccupante per l'elevata diffusione nel paese di malattie epatiche, in specie la schistosomiasi o bilharziosi.<sup>181</sup>

---

<sup>181</sup> Cfr. Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1577-1578.

Per questi ostacoli, i trapianti di fegato sono, anche in questo paese, a un livello del tutto pionieristico: fra l'ottobre 2001 e il maggio 2002 sono stati eseguiti i primi 11 trapianti, tutti da donatore vivente: come lamentano gli autori del primo report sul programma, l'assenza di una legge sulla donazione cadaverica in Egitto, oltre a impedire del tutto questa modalità di trapianto, costringe le équipes di medici a esercitare un'estrema cautela. In specie, la necessità di incoraggiare il più possibile i donatori viventi spinge a minimizzare all'estremo i rischi per loro, per l'impatto estremamente negativo che anche un solo caso di seria complicanza avrebbe sui potenziali donatori. Proprio per questo, è stato richiesto l'appoggio di una équipe straniera per ridurre i rischi dovuti a inesperienza dei medici egiziani, con l'obiettivo di riuscire gradualmente a costituire un gruppo completamente autoctono.<sup>182</sup>

Paradossalmente, paesi dichiaratamente conservatori come l'Arabia Saudita hanno introdotto legislazioni moderne in tema di trapianti, laddove l'Egitto, generalmente considerato cuore culturale del mondo arabo, continua a non disporre di una legge che regolamenti i trapianti di organi. Il trapianto di rene è tuttora praticato, in un totale vuoto legislativo, sulla base di un semplice regolamento, peraltro assai restrittivo (che esclude il trapianto *post mortem* e limita i potenziali donatori ai parenti fino al secondo grado, giungendo al massimo al quarto in casi eccezionali) dell'Associazione dei medici egiziani, Doctors Syndicate, che, al pari di molte associazioni professionali, consta di una nutrita presenza di figure legate ai Fratelli Musulmani;<sup>183</sup> nel 1995 sette membri dell'associazione, fra cui il vice

---

<sup>182</sup> M. El-Meteini, A. Fayez, M. Fathy, A. Abdalaal, H. Safaan, I. Mostafa, M. Abdalaal, M. Syam, R. Refay, F. Abou-Alfetouh, H. Khedr, Y. El-Halafawy, Y. Taher, H. Hamed, S. Badawy, A. Ryad, H. Awad, A. Abdallah, T.A. Ghafar, M. El-Monayeri, A. Hoballah, A. El-Dorry, M. Adham, O. Boillot, "Living Related Liver Transplantation in Egypt: An Emerging Program", *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2783-2786.

<sup>183</sup> I Fratelli Musulmani (*al-Iḥwān al-Muslimūn*) sono la più antica manifestazione dell'islamismo politico; fondata in Egitto nel 1928 da Hassan al-Banna (1906-1949), l'associazione, talvolta tollerata a seconda dei paesi e dei periodi (in Siria è tuttora in vigore la condanna a morte per gli appartenenti all'organizzazione, che agli inizi degli anni Ottanta lanciò una rivolta contro il

segretario generale Issam al-Iryan e il segretario generale del collegio di Alessandria, Ibrahim al-Zafarani, sono stati condannati a pene che vanno dai tre ai cinque anni di lavori forzati.<sup>184</sup>

L'unica eccezione al vuoto legislativo è costituita dai trapianti di cornea, anche da cadavere, dietro consenso espresso per iscritto o verbalmente dal donatore, per i quali è in vigore una legge, l'unica in materia, fin dal 1962. In Egitto, tutti gli altri trapianti sono praticati al di fuori di qualsiasi cornice legale: in molti casi, ai pazienti non resta altra scelta che rinunciare o rivolgersi all'estero, un'opzione che le condizioni economiche del paese riservano a una ristretta élite. Tuttavia, la situazione sul campo sta lentamente evolvendo: presso il Menoufiya National Liver Institute (MNLI), fondato dal dottor Yassin Abdel-Ghaffar, sono stati eseguiti diversi trapianti di fegato, e il 28 aprile 2003 il professor Ibrahim Marwan, direttore del reparto di chirurgia epatica dell'istituto, ha eseguito il primo trapianto di fegato su un bambino. Lo sviluppo della trapiantologia presso istituzioni pubbliche, pur in attesa di una legge, consente a un maggior numero di pazienti di accedere a terapie comunque costose: nel 2003, il costo di un trapianto presso l'MNLI si stimava

---

regime alawita ancora oggi al potere, che scatenò a sua volta una violenta repressione culminata nel massacro di Hama), è stata periodicamente sottoposta a repressioni anche dure: il leader Sayyid Qutb (1906-1966) fu condannato a morte e impiccato sotto il governo di Gamal Abdel Nasser (1918-1970). Dai Fratelli Musulmani sono derivate per gemmazione molte delle organizzazioni islamiste attuali, inclusa *al-Qā'ida*: il numero due dell'organizzazione, Ayman Al-Zawahiri, medico personale di Osama Bin Laden, proviene direttamente dalla Fratellanza; lo stesso Bin Laden è stato allievo di Muhammad Qutb, fratello di Sayyid, fuggito in Arabia Saudita per sottrarsi alle persecuzioni nasseriane. Sui Fratelli Musulmani cfr. Gilles Kepel, *Jihad: expansion et déclin de l'islamisme*, Gallimard, Paris, 2000, trad. it. *Jihad: ascesa e declino. Storia del fondamentalismo islamico*, Carocci, Roma, 2004.

<sup>184</sup> Harold Phillipson, "Egyptian doctors held as prisoners of conscience", *British Medical Journal*, 312/7040, 11 maggio 1996, p. 1231.

attorno alle 70.000 lire egiziane (circa 12.000 dollari) contro le 500.000 (oltre 86.000 dollari) dei centri privati.<sup>185</sup>

I motivi che spiegano il perdurare di questa situazione di *interim* sono diversi. Al di là delle lungaggini parlamentari — l'iter legislativo, con quattro progetti di legge (rispettivamente proposti dal ministro della salute, da un gruppo di docenti dell'Università Mansoura, e da due parlamentari), già falliti, per regolamentare i trapianti, si trascina inutilmente dal 1996<sup>186</sup> — esiste un reale dibattito sia all'interno dell'establishment religioso, sia fra i medici, e questo è ben più sorprendente e denuncia la reale portata del problema financo nella comunità scientifica di taluni paesi islamici.

A livello di giuristi islamici, la contrapposizione è esemplificata dalle distinte posizioni delle due massime autorità dell'Islam egiziano, lo *šayḥ* di al-Azhar Muhammad Sayyid Tantawi, in carica dal 1996, e il gran *muftī* della Repubblica Araba d'Egitto, lo *šayḥ* Nasr Farid Wassel, in carica dal 1996 al 2002 — sostituito per decisione del presidente Mubarak da Muhammed Ahmed Al-Tayeb, professore di al-Azhar,<sup>187</sup> a sua volta avvicinato alla fine del 2003, dopo soli diciotto mesi in carica, da Ali Gomaa.

---

<sup>185</sup> Cfr. “Liver transplant makes history in Egypt”, *The Egyptian State Information Service*, 20 maggio 2003.

<sup>186</sup> Shaden Shehab, “Between life and death”, *Al-Ahram Weekly*, 528, 5-11 aprile 2001.

<sup>187</sup> Wassel è stato un *muftī* particolarmente controverso, per la sua rigidità sia nelle questioni etiche, sia in politica internazionale: ha emesso *fatwà* che equiparano il fumo al consumo di alcool, proibito ai musulmani, vietano la partecipazione ai giochi televisivi con premi in denaro, considerano la speculazione finanziaria equivalente alla frode; d'altro canto, ha rifiutato qualsiasi contatto con esponenti israeliani (Egitto e Israele hanno rapporti diplomatici dagli Accordi di Camp David del 1978) e ha ripetutamente legittimato il *ḡihād* contro i Sionisti. La sostituzione, il primo caso dal 1970 di un gran *muftī* rimosso dal presidente, è stata da taluni osservatori attribuita a pressioni americane: in effetti il *muftī* Al-Tayeb ha dichiarato di preferire un'interpretazione più moderata dell'Islam pur senza varcare i limiti della *šarī'a*.

La posizione di Wassel è più restrittiva: a suo parere, “i trapianti da persone ‘cl clinicamente morte’ sono contro la *šarī‘a*” e “un paziente che esala l’ultimo respiro ha gli stessi diritti di un campione di sollevamento pesi”; di conseguenza, “commettere un’aggressione contro una persona clinicamente morta è come commetterla contro una persona perfettamente sana”. Per queste ragioni, Wassel, consultato dalla commissione che stava esaminando il progetto di legge non ancora approvato sui trapianti, ha proposto emendamenti molto restrittivi: trapianti solo da donatori non oltre il quarto grado di parentela con il paziente, che abbiano acconsentito per iscritto alla donazione, con l’aggiunta di un documento scritto del medico che accerti che l’operazione non danneggerà seriamente il donatore. L’elemento di apertura è dato dal fatto che Wassel ammette, sia pure solo in caso di assoluta necessità, trapianti da individui “legalmente morti”, sempre che il donatore abbia lasciato un consenso scritto e che sia parente del paziente.<sup>188</sup>

La diatriba si colloca sulla sottile distinzione fra morte cerebrale e morte legale: per il diritto islamico, come s’è già detto, la morte coincide con la separazione dell’anima dal corpo, momento di difficile precisazione, che però, pur non coincidendo necessariamente con la morte cardiovascolare, è in tensione con il concetto medico di morte cerebrale. Piano legale e piano medico non coincidono, e hanno difficoltà a intersecarsi.<sup>189</sup>

Tantawi, fra le massime autorità spirituali del mondo islamico, ha una posizione meno rigida. Pur accogliendo il principio generale — tutt’altro che universalmente accettato in ambito islamico, come s’è visto,<sup>190</sup> — che un organo non può essere venduto, considera tuttavia eccessiva la limitazione dei donatori ai soli parenti stretti del paziente: “una persona ha diritto di disporre del suo corpo in modo da recar beneficio a se stesso o alla società”, aggiungendo — con la classica

---

<sup>188</sup> In una *fatwà* del 1999, Wassel ha comunque autorizzato i trapianti di organo; analoga liberatoria è stata emessa dalla massima autorità della chiesa copta, il patriarca di Alessandria, Shenouda III. Cfr. “Liver transplant makes history in Egypt” *cit.*

<sup>189</sup> Cfr. la discussione al § II.5.

<sup>190</sup> Cfr. il § II.9, “La donazione e la vendita degli organi, l’etica del dono e il problema del consenso.”

passione del diritto islamico per le metafore computistiche — che “la donazione è dunque legittima quando un dottore determina che il beneficio per il paziente è superiore al danno per il donatore”.

La contrapposizione fra le due posizioni è particolarmente stridente se si pensa che entrambi i giurisperiti sono pubblici ufficiali nominati dalle autorità egiziane. La netta separazione dei piani legale e medico, e il fatto che gli esperti di diritto islamico considerino le questioni propriamente mediche estranee al loro ambito, è dimostrato da un'altra dichiarazione di Wassel: “è responsabilità dei medici decidere se quel che chiamano morte clinica sia conforme con la definizione religiosa della completa separazione dell'anima dal corpo e da tutti i suoi organi. Se c'è anche la minima possibilità che una persona recuperi, questa possibilità gli deve essere concessa, altrimenti la rimozione di un organo sarebbe considerata omicidio”. Il giureconsulto parla soltanto con il linguaggio del diritto: la responsabilità di identificare a cosa la morte “legale” corrisponda sul piano clinico ricade completamente sulle spalle del povero medico.

L'aspetto più inquietante della discussione è che la contrapposizione si estende anche ai medici: se il dottor Omar Mansi, professore di neurologia all'Università del Cairo, considera insensato ritenere che la morte cerebrale lasci in vita il paziente, attribuendo l'errore a una confusione fra coma e morte cerebrale, per contro il dottor Safwat Hassan Lutfi, professore di anesthesiologia presso lo stesso ateneo e presidente della Società Egiziana di Etica Medica, definisce la morte cerebrale un concetto, non un fatto. A suo parere, la permanenza di riflessi vitali nei pazienti colti da morte cerebrale proverebbe che “un paziente clinicamente morto non è morto, ma sta solo morendo. Perciò, l'espianto di organi è una violazione sia dei diritti umani, che della religione”.<sup>191</sup>

Comunque, un nuovo disegno di legge è stato presentato nel 2001 dal ministro della salute sulla base dei suggerimenti di Wassel e Tantawi, che lo hanno esplicitamente approvato. Rispetto ai progetti precedenti, questo elimina il problema più controverso: invece di definire esplicitamente il concetto di morte

---

<sup>191</sup> Cfr. il resoconto della discussione in Gihan Shahine, “When does the soul depart?”, *Al-Ahram Weekly*, 420, 11-17 marzo 1999.

cerebrale — una questione su cui si sono incagliati i precedenti tentativi — la soluzione trasferisce tutte le responsabilità ai medici: il testo prevede che il trapianto da cadavere sarà possibile solo dopo che una commissione di tre medici specialisti, nominati dal ministero, verifichi la morte del donatore, accertando che “la sua anima sia dipartita oltre ogni dubbio”. Anche in questo caso, la commissione deve produrre una relazione scritta che autorizza il trapianto, trasmessa in copia ai parenti del donatore e al centro medico che eseguirà l'intervento. Il legislatore civile, non meno del giurista islamico, non si occupa della questione della morte cerebrale, anzi se ne lava esplicitamente le mani.

Questa soluzione di compromesso ha ottenuto l'approvazione sia del presidente dell'Associazione dei medici egiziani, Hamdi al-Sayed, che ha ribadito, a dispetto del presunto legame dell'associazione con i Fratelli Musulmani, che si tratta “di un dibattito scientifico, non religioso”, sia delle due supreme autorità islamiche, Wassel e Tantawi.

Nel 1996 un'ordinanza del Ministero dell'Educazione ha istituito un Comitato Nazionale di Bioetica, presieduto dal 1997 dal professor J. Badran. Il Comitato, che organizza ogni anno giornate nazionali di etica, è composto da membri della comunità scientifica, da professori universitari e da rappresentanti della società.<sup>192</sup>

### *Israele*

Come s'è detto, pur non essendo un paese a maggioranza araba né islamica, è necessario considerare Israele, seppur concisamente, in questa panoramica, a motivo della sua posizione geografica e della presenza di un'importante minoranza araba, costituita dai discendenti dei palestinesi che non hanno abbandonato la loro terra dopo la sconfitta degli eserciti arabi nel primo conflitto arabo-israeliano (1948).

Israele ha un programma di trapianti molto attivo, con diversi centri fra i quali principale è il Rabin Medical Center del Beilinson Campus di Petah-Tikva presso Tel Aviv, dove si pratica l'85% dei trapianti di rene del paese, prevalentemente di origine cadaverica. A partire dal 1992, dopo un'esperienza di oltre 500 trapianti di rene, è stato avviato un programma di trapianti di fegato,

---

<sup>192</sup> Atighetchi, *op. cit.*, p. 20.

nonostante il ridotto numero di donatori in un paese dalla popolazione limitata impedisse di raggiungere l'obiettivo minimo di 12 trapianti annui, suggerito da istituzioni come l'americana Medicare come presupposto di un livello qualitativo accettabile. Dal 1992 al 1997, è stato possibile effettuare 48 trapianti, 42 su adulti e 6 su bambini, con buoni risultati (38 pazienti in vita dopo 21 mesi di follow-up, con sopravvivenza di pazienti e trapianti dell'84% a 1 anno e 78% a 3 anni). Tuttavia, l'insufficiente numero di donatori nel 1997 creava ancora lunghe liste d'attesa con alta mortalità e trasferimento all'estero di un terzo dei pazienti.<sup>193</sup>

Trapianti di fegato sono praticati presso il Hadassah Medical Center di Gerusalemme. Nonostante la generale accettazione del criterio di morte cerebrale, ostacoli religiosi hanno impedito la compiuta realizzazione di trapianti di cuore. A metà degli anni Novanta, è sorta una polemica in merito alle “donazioni dirette”: ambienti religiosi volevano introdurre il concetto di “destinazione mirata” degli organi, riservandoli agli appartenenti a un determinato gruppo religioso. Questo progetto ha incontrato l'opposizione decisa delle équipes di trapianti operanti nel paese.<sup>194</sup>

Israele ha attivi sei programmi di trapianto renale. Sono poi eseguiti trapianti di cuore presso il Rabin Medical Center, trapianti di fegato presso il Hadassah Medical Center, e trapianti di polmone presso lo Sheba Medical Center, dove sono state eseguite 27 operazioni.

---

<sup>193</sup> E. Shaharabani, E. Mor, N. Bar Nathan, D. Shmueli, A. Yussim, R. Nakache, Z. Ben-Ari, H. Or, O. Konikof, B. Sobolev, R. Tur-Kaspa, Z. Shapira, “A 5-year experience in liver transplantation at Rabin Medical Center, Israel”, *Transplantation Proceedings*, 29/6, 1997, pp. 2642-2643; E. Mor, N. Bar-Nathan, D. Shmueli D, E. Shaharabani, A. Yussim, I. Zehavi, R. Shapira, T. Sheinfeld, Y. Ben-Ari, G. Dinari, Z. Shapira, “Initial experience with living-related donor liver transplantation in Rabin Medical Center, Israel”, *Transplantation Proceedings*, 29/6, 1997, pp. 2633-2634.

<sup>194</sup> Abdallah S. Daar, “An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent”, *cit.*, p. 1579.

In una sezione successiva saranno esaminate una serie di questioni relative alle implicazioni culturali, ideologiche e politiche dei trapianti in relazione al conflitto arabo-israeliano.<sup>195</sup>

### *Giordania*

Oltre a un imponente programma di trapianto di rene, quasi esclusivamente da vivente, che nel 1997 aveva raggiunto gli 800 interventi, la Giordania è uno dei pochi paesi della regione ad aver eseguito trapianti di cuore.<sup>196</sup>

Il regno hashemita di Giordania pratica trapianti di rene fin dal 1968 — il primo medico a praticarli, Tareq Suheimat (n. 1936), specializzato alla London University in nefrologia, ha avuto anche un'importante carriera politica culminata, dopo essere già stato direttore dei Royal Medical Services dal 1983 al 1987, nella nomina nel 2000 alla carica di ministro della sanità.<sup>197</sup>

Suheimat ha subito lanciato una campagna per favorire la diffusione della donazione cadaverica, ma l'iniziativa si è rivelata un totale fallimento: nel libretto di famiglia — una sorta di carta d'identità collettiva ove sono registrati i dati anagrafici dei membri di una stessa famiglia — è stata aggiunta una pagina apposita per notificare l'intenzione di donare i propri organi dopo la morte, ma a un anno dall'introduzione di questa norma neppure una famiglia si era iscritta come potenziale donatrice. La situazione è particolarmente grave, perché in Giordania ci sono 1500–2500 persone in lista d'attesa per un trapianto di cornea e 1000–1200 per un trapianto di rene. L'obiettivo della fallita campagna di sensibilizzazione era di fornire una base legale per la donazione *post mortem*, dato che mancava finora un documento ufficiale con cui l'aspirante donatore potesse manifestare la sua volontà, con il risultato che, anche in casi in cui una persona deceduta aveva chiaramente indicato il suo desiderio di donare gli organi, spesso l'opposizione della

---

<sup>195</sup> Cfr. il § III.3.3, “Discriminazioni e pregiudizi: il trapianto di organi e il conflitto arabo-israeliano”, pp. 216 sgg.

<sup>196</sup> Abdallah S. Daar, “An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent”, *cit.*, p. 1578.

<sup>197</sup> “Biographies of Jordan’s new ministers”, *Jordan Times*, 20 giugno 2000.

famiglia impediva di eseguire il trapianto. L'insuccesso è stato spiegato con l'insufficiente informazione; attualmente, solo il 2% delle donazioni in Giordania provengono da cadavere.<sup>198</sup>

Nello stesso periodo, la regina Rania ha promosso la formazione di un comitato incaricato di mettere in contatto donatori e riceventi; questa iniziativa ha condotto alla costituzione di un registro nazionale della donazione di organi e di un database relativo ai trapianti presso il centro a lei intitolato, il “Queen Rania Urology and Organ Transplant Centre”, specializzato in chirurgia renale, urologia e trapianti.<sup>199</sup>

Ha suscitato vivo interesse nell'opinione pubblica giordana la vicenda di Rania Odat, che nel 2001 ha finalmente ottenuto il secondo trapianto di cornea, dopo essere stata la prima ricevente di questo tipo di trapianto nel paese due anni prima, nel 1999, su iniziativa dell'allora re Hussein, padre dell'attuale re Abdallah.

Tuttavia, le donazioni *post mortem*, nonostante l'approvazione delle autorità religiose, restano piuttosto scarse, sebbene più di 600 persone l'anno muoiano vittime di incidente stradale, rendendo potenzialmente disponibili organi da trapiantare.

L'atteggiamento piuttosto negativo nei confronti della donazione di organi è stato confermato da un sondaggio condotto fra 816 studenti, sotto la direzione di Mohammad Maani, dell'University of Jordan, che ha rivelato che il 53% del campione teme rischi per la propria salute, anche se il 96% si è dichiarato bendisposto alla donazione a favore di un parente stretto.<sup>200</sup>

---

<sup>198</sup> “Innovative organ donation scheme proves unsuccessful”, *Middle East Health*, settembre 2001.

<sup>199</sup> “Queen chairs meeting of welfare association”, *Jordan Times*, 9 giugno 2005.

<sup>200</sup> Dina Al Wakeel, “New committee will help make matches between organ donors, recipients”, *Jordan Times*, 11 giugno 2001.

Anche grazie ai legami storici fra Giordania e Regno Unito,<sup>201</sup> è stato possibile sviluppare nel paese alcuni progetti pionieristici, incluso il primo trapianto di cuore nella regione, portato a termine il 9 agosto 1985 presso il Queen Alia Centre for Hearth Surgery and Treatment.

### *Libano*

Nonostante la guerra civile, che ha infuriato in Libano dal 1975 al 1990, un importante centro di trapianto di rene ha continuato a operare presso l'ospedale Rizk di Beirut, eseguendo 121 trapianti di rene (83 da donatori consanguinei, 26 da estranei e 12 da cadavere).<sup>202</sup>

È stato proprio il Libano il secondo paese arabo a effettuare un trapianto di cuore: nel 1999, Mohammed Saab e Fayez Abu Jawdeh hanno eseguito un trapianto su un paziente trentasettenne presso l'ospedale Hammoud di Sidone.

Il Libano, in ragione della sua particolarissima condizione socio-economica — grazie all'importante comunità cristiana, che costituisce quasi la metà della popolazione, ha tradizionalmente intrattenuto rapporti intensi con i paesi occidentali, primi fra tutti Francia e Stati Uniti,— ha avuto la possibilità di sviluppare precocemente importanti attività chirurgiche, inclusi i trapianti. In specie, già nel 1946 ha avuto luogo il primo trapianto di cornea nel paese, presso

---

<sup>201</sup> L'emirato di Transgiordania fu costituito a favore dell'hashemita Abdallah (bisnonno dell'attuale re Abdallah) nel 1921, su pressione di Thomas Edward Lawrence (1888-1935), per onorare almeno in parte l'impegno di creare un regno arabo che i britannici si erano assunti nei confronti del padre, lo sceriffo della Mecca Hussein. Dal 1921 al 1946 la Transgiordania fu uno stato a sovranità limitata sotto mandato britannico. Nel 1946, con la partenza degli inglesi, fu costituito il Regno di Transgiordania, trasformato nel 1949 in Regno Hashemita di Giordania, dopo l'annessione della Cisgiordania a seguito della prima guerra arabo-israeliana (1947-1948). Dopo la sconfitta nella Guerra dei Sei Giorni (1967) e la successiva rinuncia di re Hussein alla Cisgiordania a favore dell'autorità palestinese, la Giordania si è ridotta di fatto alla sola Transgiordania, pur mantenendo il nome.

<sup>202</sup> Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1578.

l'Ospedale dell'Università Americana di Beirut, con l'uso di cornee importate dagli Stati Uniti; tre anni dopo, anche l'Hôtel-Dieu de France iniziava un programma di trapianti. Bisognerà aspettare però il 1972 per la registrazione ufficiale delle prime donazioni di cornea e i primi trapianti di cornea effettuati presso istituzioni mediche libanesi non legate a paesi stranieri. Già nel 1984, nel pieno della guerra civile libanese, l'associazione Terre des Hommes — organizzazione caritatevole legata alla comunità cristiana maronita (cattolici di rito siriano uniti alla Chiesa di Roma dal 1584) — costituì un primo nucleo per una banca degli occhi, che si sarebbe costituita ufficialmente nel 1995 come “Banque Nationale des Yeux”; quest'ultima è tuttavia un'associazione privata di benefattori e oftalmologi, che si basa unicamente su donazioni e non gode di finanziamenti pubblici. Nel periodo di attività, iniziata informalmente nel 1980, e fino al 1998, erano stati eseguiti da medici legati all'associazione 977 trapianti di cornea.

La banca degli occhi libanese garantisce la gratuità del prelievo, essendo a carico del ricevente le sole spese di conservazione. Nondimeno, il numero di donazioni è del tutto insufficiente per la necessità, per cui numerosi pazienti benestanti preferiscono ricorrere all'acquisto di cornee importate dagli USA, per un prezzo stimato intorno ai mille dollari.

In base alla normativa libanese, il donatore deve aver espresso in vita, a voce o per iscritto, la sua intenzione di donare le cornee. Alla morte del donatore, prima dell'eventuale prelievo, ha luogo un controllo preliminare delle cornee per assicurarsi che siano di qualità soddisfacente. Il ricevente sarà scelto da una lista in base alla priorità cronologica, pur tenendo conto di alcune eccezioni (ad esempio, la precedenza accordata ai pazienti monoftalmi).<sup>203</sup>

Per quanto riguarda i trapianti di rene, i primi tentativi in Libano sono stati eseguiti nel 1970 mediante reni importati di scarsa qualità, che hanno determinato l'esito negativo delle operazioni. Solo dopo la fine della guerra civile, sono stati aperti diversi centri specializzati; la massima parte dei reni trapiantati proviene da donatori consanguinei, data la scarsità di organi donati *post mortem*.

---

<sup>203</sup> Lina Asfar, “Don et greffe de cornées”, *La Revue du Liban*, 3650, 22-29 agosto 1998.

La legge libanese (decreto n. 109) stabilisce che “il prelievo di organo o tessuto deve compiersi sotto forma di donazione gratuita e senza condizioni”. Il donatore può essere una persona in vita, apparentata al ricevente geneticamente (padre, madre, figlio/a, nonno/a, fratello, sorella) o affettivamente (marito/moglie), oppure a un donatore in stato di morte cerebrale. L’articolo 2 del decreto prevede un doppio livello di autorizzazione: il consenso accordato in vita per iscritto dal donatore, mediante testamento o altro atto notarile, e il consenso al prelievo da parte della famiglia.

Quest’ultimo requisito riduce notevolmente il numero di organi a disposizione, per il frequente rifiuto dell’espianto da parte dei familiari per vari motivi: ignoranza della distinzione fra coma e morte cerebrale, sfiducia verso i medici per timore di contribuire al traffico d’organi, dubbi di natura religiosa relativi al possibile conflitto fra resurrezione e ablazione degli organi, rispetto della sacralità del corpo del defunto — il trapianto è percepito alla stregua di una mutilazione.

A queste difficoltà nel reperimento di organi si aggiunge il boicottaggio sovente praticato da parte degli ospedali che non effettuano trapianti che — per pigrizia o negligenza — non comunicano sempre e prontamente i casi di morte cerebrale ai centri specializzati nei trapianti. La morte cerebrale è stata accolta nella legislazione libanese con il decreto n. 1442, che ha sostanzialmente adottato i criteri di Harvard.<sup>204</sup>

Anche se la legislazione libanese esclude esplicitamente il traffico di organi, adottando le risoluzioni dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (WHA 40.13 e 42.5, direttive 5, 6, 7), nel paese è in atto un traffico fiorente e quasi esplicito — come si deduce dai numerosi annunci di acquisto e vendita pubblicati sui giornali locali — che negli anni dell’embargo all’Iraq si è servito soprattutto di organi provenienti da questo paese, ma anche da altri paesi poveri dell’area, come l’India, a un prezzo stimato attorno ai 300-400 dollari per un rene. Ovviamente, l’inosservanza degli standard di conservazione e l’impreparazione dei centri clandestini di trapianti hanno provocato diffuse complicazioni post-operatorie. Va

---

<sup>204</sup> Ad hoc Committee of the Harvard Medical School, “A Definition of Irreversible Coma”, *Jama*, 1968, 205, 85.

ricordato che la normativa libanese copre tutte le spese legate all'intervento e rifonde parzialmente le cure e i medicinali post-operatori, anche se le spese dei test preoperatori sono a carico del paziente.

Recentemente, presso il centro ospedaliero dell'Hôtel-Dieu de France è stata organizzata un'équipe per la realizzazione di trapianti di fegato, unica nella regione al di fuori dell'Arabia Saudita. Tuttavia, le elevatissime spese comportate da questo tipo di trapianto (valutate in 75.000 dollari) rendono l'operazione, non ancora coperta dall'assistenza sanitaria pubblica, inaccessibile alla maggior parte dei potenziali beneficiari.<sup>205</sup>

Nel 1998 l'Ordine dei Medici libanese ha creato un Comitato di Bioetica, composto in prevalenza di medici e incaricato di fornire opinioni su questioni etiche relative alla pratica clinica. Lo statuto del Comitato prevede esplicitamente di tener conto delle differenze religiosi e culturali presenti nel paese.<sup>206</sup>

### *Siria*

Nella Repubblica Araba Siriana (*al-Ġumhūriyya al-'arabiyya al-sūriyya*) si esegue un ristretto numero di trapianti di rene.<sup>207</sup>

Sebbene manchino statistiche accurate, si valuta che la Siria abbia un'incidenza di malati ESRD di circa 80 nuovi casi per milione di abitanti per anno, su una popolazione di circa 17 milioni di abitanti ( $80 \times 17 = \text{ca. } 1360$  nuovi casi annui). La causa della malattia è spesso classificata come sconosciuta, perché la maggior parte dei pazienti si presenta tardivamente ai centri specializzati. Il servizio di emodialisi è stato inaugurato nel 1973 presso l'Al-Mouassat University Hospital e l'Harasta Military Hospital, seguiti nel 1975 dall'Aleppo University Hospital; oggi esistono oltre 20 centri pubblici di dialisi distribuiti nel paese.

---

<sup>205</sup> Lina Asfar, "Don et greffe d'organes au Liban — une perspective a encourager: le don posthume", *La Revue du Liban*, 3649, 15-22 agosto 1998.

<sup>206</sup> Atighetchi, *op. cit.*, p. 20.

<sup>207</sup> Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1578.

Il primo trapianto di rene è stato eseguito nel 1978; attualmente esistono due soli centri di trapianto renale nel paese, il già citato Al-Mouassat University Hospital (dal 1985) e il Teshreen Military Hospital (dal 1986), entrambi a Damasco. Attualmente sono praticati solo trapianti da donatore congiunto vivente, perché la legge proibisce la donazione da non congiunto e non è stato ancora avviato un programma di donazione cadaverica. Fino all'aprile 2000, erano già stati eseguiti circa 500 trapianti di rene.

Un monitoraggio dei trapianti eseguiti dal 1985 al 1998 presso l'Al-Mouassat University Hospital ha registrato complessivamente 259 trapianti (80,3% dei riceventi maschi, età dai 14 ai 57 anni), con 51 decessi nel periodo di follow-up. La seguente tabella riassume i livelli di successo dei trapianti:

sopravvivenza %	<i>paziente</i>	<i>trapianto</i>
1 anno	99	98,2
3 anni	97,2	92,1
5 anni	90	85,8

*Tabella 5: livelli di successo dei trapianti di rene presso l'Al-Mouassat University Hospital di Damasco, Siria, 1985-1998*

Presso il Teshreen Military Hospital, dal 1986 al 1999, sono stati eseguiti 190 trapianti (60% dei riceventi maschi, età dagli 11 ai 60 anni), con sopravvivenza a un anno del 98% per i pazienti e del 95% per i trapianti.

L'autore del survey, Riad Al-Asfari, elenca i principali problemi che impediscono un maggiore sviluppo dei trapianti nel paese.

1. Molti potenziali donatori, a parere dell'autore per un difetto di informazione (il livello di educazione sui trapianti in Medio Oriente è molto basso, e un'azione incisiva dei media potrebbe contribuire a sensibilizzare il pubblico e rendere meglio accetta l'idea di donazione) temono danni per la loro salute, sicché il loro numero rimane esiguo; questa penuria spinge i malati a recarsi all'estero alla ricerca dell'organo

da acquistare: nonostante la legge siriana vieti i trapianti da donatore non consanguineo, si stima che più di 200 pazienti si siano recati in India o altrove per ricevere un rene, con risultati ritenuti insoddisfacenti, anche se mancano dati statistici di follow-up.

2. La diffusa trascuratezza nel seguire le prescrizioni relative a terapia e dieta da parte dei riceventi inducono complicanze evitabili.
3. La mancanza di un programma di trapianto renale cadaverico riduce notevolmente il numero di organi disponibili.
4. I farmaci immunosoppressori sono offerti gratuitamente a tutti i pazienti; il loro alto costo rende difficile per un paese in via di sviluppo come la Siria seguire un maggior numero di casi.<sup>208</sup>

### *Iraq*

Il primo trapianto di rene in Iraq è stato realizzato nel 1973 presso l'Ospedale Militare al-Rasheed. In un rapporto su quest'esperienza, che copre l'attività dal 1979 fino al 1999, due medici in servizio presso il Centro per il Trapianto di Rene di questa struttura seguono i casi di 182 pazienti scelti casualmente fra i trapiantati. Il campione è composto da 165 maschi e 17 femmine, di età variabile fra i 18 e i 54 anni, monitorati, dopo l'intervento, per un periodo variabile fra 0 e 240 mesi.<sup>209</sup> I dati sono in linea con quelli tipici di altri paesi della regione:

- la durata media della dialisi prima del trapianto è fra i 4 e i 5 mesi;
- nell'89,6% dei casi, il donatore è un parente vivente;

---

<sup>208</sup> Riad Al-Asfari, "Current Issues and Future Problems of Transplantation in the Middle East: Syria", *Transplantation Proceedings*, 33/5, 2001, pp. 2632-2633 [nel titolo dell'articolo, l'autore è indicato erroneamente come A-A Riad, con evidente scambio di nome e cognome, che risulta, quest'ultimo, abbreviato].

<sup>209</sup> Il range chiaramente incongruo del monitoraggio dimostra evidentemente che non si ha a che fare con una statistica pianificata: al contrario, gli autori hanno raccolto tutti i dati a loro disposizione senza poter fare alcuna selezione.

- i tassi di sopravvivenza dei pazienti e dei trapianti sono mostrati nella tabella seguente:

sopravvivenza %	<i>paziente</i>	<i>trapianto</i>
1 anno	82,9	83,5
5 anni	79,7	64,5
10 anni	71,2	61,6

*Tabella 6: livelli di successo dei trapianti presso il Centro per il Trapianto di Rene dell'Ospedale al-Rasheed di Baghdad, Iraq, 1979-1999*

Dopo il 1999, a parere degli autori, il programma dei trapianti è stato seriamente compromesso dalle sanzioni imposte all'Iraq dalle Nazioni Unite.<sup>210</sup>

In compenso, negli ultimi anni del regime baathista di Saddam Hussein e nel nuovo Iraq occupato dalle truppe anglo-americane e dai loro alleati si è sviluppato un fiorente traffico di organi che alimenta sia il mercato interno sia diversi paesi della regione. Un recente report dell'Integrated Regional Informations Networks (IRIN) — una rete di servizi di informazione sull'Africa Subsahariana e l'Asia Centrale, affiliata al UN Office for the Coordinations of Humanitarian Affairs (OCHA) — rivela che il traffico di organi è svolto direttamente da mediatori che trattano all'ingresso degli ospedali in cui si effettuano trapianti, con l'evidente beneplacito del personale medico. I reni sono venduti a un prezzo di circa 3000\$, con l'intera operazione — acquisto del rene, test clinici, prelievo e trapianto, due settimane di degenza — a circa 10.000 dollari. L'ospedale al-Karama di Baghdad, presso il quale si praticano i trapianti, tiene un regolare registro dei “donatori”, dal quale risulta che il 90% dei trapiantati ha ricevuto l'organo da abitanti dei

---

<sup>210</sup> Iqdam K. Sh. Al-Tae, Ihsan Al-Shamaa, “Long Term Follow-Up of Renal Transplant Patients—a Single Center Experience in Iraq”, *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 16/1, marzo 2005/šafar 1426, pp. 40-45.

sobborghi più poveri della capitale, dove la vendita di un rene può servire a mantenere una famiglia per anni.

La dottoressa Karima Abbas, dell'ospedale al-Khayal di Baghdad, esprime chiaramente l'ambivalenza della situazione in un contesto critico come quello iracheno: se il traffico di organi è in sé riprovevole, un trapianto anche in condizioni così discutibili salva comunque una vita e, in mancanza di un'alternativa, gli oltre 5000 iracheni con urgente bisogno di un trapianto di rene non hanno altra scelta che acquistarlo sul mercato nero.

Nello stesso report, il dottor Zein al-Moswi, chirurgo a Baghdad, indica l'altra faccia della medaglia: la donazione, in assenza di legame biologico fra donatore e ricevente, ha elevato rischio di rigetto, e la necessità di uso massiccio di immunosoppressori rende il ricevente particolarmente sensibile allo sviluppo di numerose patologie. D'altra parte, il donatore deve sopravvivere con l'unico rene sano, in condizioni alimentari e igieniche tutt'altro che ottimali, soprattutto se si tiene conto che chi si risolve a vendere un proprio organo si trova già ben oltre la soglia della povertà, in un paese in cui embargo e guerre hanno notevolmente ridotto il tenore di vita media della popolazione.

Ufficialmente, il debole governo iracheno è impegnato a far rispettare le norme dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che si oppongono al traffico di organi e dà notizia di arresti di aspiranti donatori e malviventi che gestiscono il traffico di organi; tuttavia, l'assoluta incapacità delle autorità di incidere realmente sulla situazione fa dell'Iraq una delle mete preferite per i viaggi della speranza dei malati bisognosi di trapianto provenienti dai paesi dell'area.<sup>211</sup>

### *Kuwait*

Il Kuwait aveva sviluppato un importante programma di trapianti fin dal 1979, bruscamente arrestato dall'invasione irachena nel 1990; l'attività è ripresa nel 1993, ma solo nel 1995 si è ricominciata a organizzare seriamente la rete dei centri

---

<sup>211</sup> Cfr. *IRAQ: Focus on illegal organ trade*, 6 luglio 2005, report dell' Integrated Regional Informations Networks, on-line su [www.irinnews.org](http://www.irinnews.org).

specializzati con la nomina di un coordinatore per la raccolta delle donazioni cadaveriche.<sup>212</sup>

Dal 1979 al 1990 sono stati praticati complessivamente 561 trapianti di rene, 6 di midollo osseo e 3 di pancreas. Nei primi cinque anni a partire dalla ripresa del programma di trapianti, nel novembre 1993, sono stati eseguiti 151 trapianti, 115 (pari al 76,2%) da donatore vivente — 95 imparentati geneticamente, 16 affettivamente (15 mogli e 1 cognato) e 4 “donatori liberi” — 36 (il 23,8%) da donatore cadaverico.

Ecco i risultati complessivi, a livello di sopravvivenza dei pazienti e degli organi trapiantati, del programma dei trapianti:

sopravvivenza %	<i>paziente</i>	<i>trapianto</i>
1 anno	94	88,7
5 anni	91,5	85,4

Tabella 7: livelli di successo dei trapianti di rene in Kuwait, 1993-1998

Gli autori dello studio riportano valutazioni particolarmente rassicuranti, e forse eccessivamente ottimistiche, sul decorso post-operatorio di donatori e riceventi: tutti i donatori e tutti i riceventi con trapianto funzionante sarebbero pienamente tornati alle loro attività.<sup>213</sup>

Accanto a questi risultati, alcuni casi clamorosi hanno recentemente posto la pratica dei trapianti in Kuwait, e in particolare la selezione dei donatori, al centro

---

<sup>212</sup> Abdallah S. Daar, “An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent”, *cit.*, p. 1577.

<sup>213</sup> M. Samhan, M. Lao, M.R.N. Nampoory, I. Al-Muzairai, T. Said, A. Gawish, F. Donia, K.Y. Johny, M. Al-Mousawi, “Results of 151 Renal Transplants in Kuwait”, *Transplantation Proceedings*, 31/8, 1999, pp. 3113-3115.

dell'attenzione internazionale. La peculiare situazione sociale del Kuwait — che si ritrova in qualche misura in tutti i paesi della penisola arabica, ma che in questo paese raggiunge un livello patologico — deriva dalla massiccia presenza di immigrati, soprattutto da paesi del sud-est asiatico, che svolgono per lo più compiti ai margini della scala sociale. L'immigrazione è stata così imponente che gli abitanti del paese che godono di piena cittadinanza sono nettamente meno numerosi dei residenti temporanei stranieri.

I mezzi di comunicazione hanno riportato episodi inquietanti che riflettono questo squilibrio nei rapporti fra cittadini kuwaitiani e stranieri direttamente nel campo dei trapianti. Al di là dei frequenti casi di traffico di organi, sono state riferite vicende di asportazione abusiva di organi, successivamente trapiantati, dai cadaveri di lavoratori stranieri deceduti nel paese. Un episodio specifico riguarda una cittadina di Colombo, Somalatha Satharasinghe, collaboratrice domestica di 41 anni, che ha fatto ritorno nel suo paese d'origine, lo Sri Lanka, in una bara, con parti di cervello mancanti, insieme ad altri organi, quali cistifellea, cornee, reni.

Il paradosso di tutto questo è che il governo kuwaitiano ha dichiarato all'ambasciatore dello Sri Lanka in Kuwait che il trapianto è stato regolarmente effettuato secondo la legge kuwaitiana del 1987: la lavoratrice immigrata era stata dichiarata in stato di morte cerebrale, nell'ospedale in cui era deceduta erano richiesti organi, e quindi — presumibilmente nell'impossibilità di rintracciarne i parenti che offrirono il loro consenso — si è proceduto all'espianto e al conseguente trapianto. Il disagio delle stesse autorità kuwaitiane è stato comunque palesato dal pur modesto risarcimento offerto ai parenti della vittima (l'equivalente di 13000 \$), indizio del desiderio di chiudere una vicenda alquanto imbarazzante.<sup>214</sup>

Situazioni di questo tipo pongono interrogativi importanti per l'etica dei trapianti in generale: l'asportazione di organi da poveri immigrati defunti, senza richiesta di consenso, rappresenta senza dubbio un caso limite, ma non va dimenticato che anche nei paesi occidentali il desiderio di rendere disponibile il maggior numero di organi possibile favorisce la diffusione di prassi legislative che

---

<sup>214</sup> Feizal Samath, "Furor over Dead Worker Shows Migration Risks", IPS news, [www.ipsnews.net](http://www.ipsnews.net).

riducono gli ostacoli alla donazione e ne velocizzano i procedimenti — meccanismi di silenzio/assenso, dispensabilità del consenso dei familiari, — ma che, se applicate senza troppi controlli, possono portare inevitabilmente ad abusi, sostanziali se non formali. Si pensi, ad esempio, alla possibilità che un immigrato, ostile per motivi culturali o religiosi alla donazione dei suoi organi, non esprima, per ignoranza o mancanza di informazione, tale contrarietà in modo esplicito, e che quindi — nell'impossibilità di contattare parenti lontani o irrintracciabili — si proceda all'espianto dei suoi organi: tale prassi, quand'anche risultasse legalmente ineccepibile, costituirebbe senz'altro una violazione sostanziale dei diritti dei cittadini.

D'altra parte, è proprio la cornice legale entro cui dichiarano di essersi mosse le autorità kuwaitiane a risultare inquietante: quando una così palese violazione dell'individuo è consentita dalla legge, sarebbe opportuno interrogarsi sulla validità della stessa, e non sui motivi — sovente frettolosamente reputati egoistici<sup>215</sup> — che spingono un individuo ad opporsi all'espianto dei propri organi. Il fantasma di medici senza scrupoli che sottraggono organi ai malcapitati senza il loro consenso, spesso agitato per ridicolizzare le obiezioni di chi considera troppo poco garantista il sistema del silenzio/assenso, può trasformarsi in realtà in un contesto come quello kuwaitiano, e dei paesi arabi in genere, dove la stratificazione sociale è molto rigida, in cui medico e ricevente appartengono alla stessa élite etnico-religiosa dominante — gli arabi musulmani, unici cittadini a pieno titolo dell'emirato — e non si curano eccessivamente dei diritti dell'immigrato, che si trova ad essere “donatore” suo malgrado.

Nonostante questi problemi, nel complesso esterni all'organizzazione dei trapianti vera e propria, il Kuwait è uno stato relativamente all'avanguardia almeno per quanto riguarda i trapianti di rene: in particolare, l'emirato ha sviluppato un importante programma di trapianti di rene su bambini.

---

<sup>215</sup> Cfr. al proposito Eugenio Lecaldano, *Dizionario di Bioetica*, Laterza, Roma-Bari, 2002, p. 305.

Il primo rapporto completo su dialisi e trapianto renale in pazienti pediatrici<sup>216</sup> nei centri specializzati presenti in Kuwait (tre centri di dialisi, un'unità urologica pediatrica e il Centro per il Trapianto degli Organi) dal 1986 al 1996, a cura di un'équipe medica del Dipartimento di Medicina della Facoltà di Medicina della Kuwait University a Safat, evidenzia, accanto a 61 bambini sottoposti a dialisi, 38 casi di bambini che hanno ricevuto trapianto di rene per un totale di 46 organi (in 8 casi c'è stato evidentemente un secondo trapianto): di questi, 13 sono stati eseguiti su base preventiva. I tassi di sopravvivenza a 12 mesi per i riceventi di primo trapianto sono i seguenti:

		SOPRAVVIVENZA	
		PAZIENTE	ORGANO
DONATORE	<i>vivente</i>	90±5	76±8
	<i>cadavere</i>	85±2	66±2

Tabella 8: sopravvivenza in pazienti pediatrici che hanno subito un trapianto di rene in Kuwait, 1986-1996

Dal 1995 è stata istituita un'unità nefrologica pediatrica, presso la quale è stata centralizzata la gestione di tutti i casi di bambini (il gruppo di età pediatrica raggiunge i 16 anni) con insufficienza renale cronica e ESRD. In tal modo, è stato possibile monitorare l'andamento delle malattie renali pediatriche e l'esito della dialisi e del trapianto, attraverso un registro nazionale dei casi pediatrici di ESRD — in precedenza i bambini erano curati presso i normali reparti nefrologici per adulti, rendendo più difficile l'applicazione di terapie specifiche. Nel 2004 è stato pubblicato un riassunto dell'esperienza dei primi otto anni (gennaio 1995–dicembre 2002). In questo periodo sono stati sottoposti a dialisi 48 bambini (52% maschi), con età media all'inizio della dialisi di 94,4 mesi, con un tasso di mortalità del 16%;

---

<sup>216</sup> K. El-Reshaid, M.M. Kapoor, M.R. Nampoory, W. El-Reshaid, K.V. Johny, "Pediatric dialysis and renal transplantation in Kuwait over the past 11 years", *Pediatric Nephrology*, 13/3, 1999, pp. 259-264.

24 pazienti hanno ricevuto trapianto di rene, in 19 casi da donazione cadaverica. La registrazione di tutte le cartelle cliniche ha fatto emergere importanti specificità statistiche: in specie, il tasso di incidenza dell'ESRD nella popolazione infantile kuwaitiana è alta — 17,5 casi per milione di bambini per anno — se confrontata con le medie dell'Europa e del Nordamerica (fra 4 e 13 casi), ma analoga se confrontata con paesi confinanti come l'Arabia Saudita. Gli autori dello studio attribuiscono questa maggiore incidenza a predisposizione genetica, alle uropatie congenite e alla nefropatia ereditaria — che costituiscono insieme l'87% dell'eziologia dell'ESRD nel campione — presumibilmente determinata dall'alto tasso di matrimoni fra consanguinei, che gli autori definiscono “comuni nella nostra cultura”. Altra differenza rispetto ai paesi occidentali è il più lungo periodo di dialisi prima del trapianto (in media 17,7 mesi), determinata essenzialmente dal fatto che il reparto pediatrico non è attrezzato autonomamente per il trapianto e deve operare congiuntamente all'équipe chirurgica che pratica i trapianti nei soggetti adulti.

Gli autori concludono con l'identificazione di due punti cruciali su cui intervenire per migliorare lo stato delle malattie renali pediatriche in Kuwait: accrescere l'efficienza della gestione dei trapianti pediatrici e, a livello preventivo, introdurre servizi di consulenza genetica per ridurre l'incidenza dei principali fattori eziologici.<sup>217</sup>

La situazione è riassunta da questa tabella:

---

<sup>217</sup> A.A. Al-Eisa, M. Samhan, M. Naseef, “End-Stage Renal Disease in Kuwaiti Children: An 8-Year Experience”, *Transplantation Proceedings*, 36/6, 2004, pp. 1788-1791.

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Numero totale	9	9	5	2	3	6	7	7
Maschi	2	6	3	1	2	4	5	4
Femmine	7	3	2	1	1	2	2	3
Età media (mesi)	128	118	87	72	27	102	53	86
Curati	8	9	3	1	3	6	6	7
Non curati	1	0	2	1	0	0	1	0
Morti	2	2	3	1	3	0	1	0
Emodialisi	5	4	0	1	2	1	4	4
Dialisi Peritoneale	3	5	3	0	1	5	2	3
Trapiantati	7	7	3	1	0	3	2	1

Tabella 9: numero annuale di bambini con ESRD in Kuwait, 1995-2002

Come s'è visto, in Kuwait sono state anche compiuti interessanti studi statistici relativi alla reazione dei pazienti trapiantati al digiuno durante il mese di Ramadan.<sup>218</sup>

### Arabia Saudita

L'Arabia Saudita costituisce un terreno privilegiato di studio: è stata la culla della civiltà islamica, quasi quattordici secoli fa l'Islam ha visto la luce in quest'arida zona del mondo, il suo Profeta era arabo, la lingua in cui è stato trasmesso il Corano era l'arabo più puro (variamente indicato con *al-lisān al-arabī al-mubīn* 'lingua araba chiara', *al-luġa al-'arabiyya al-fuṣḥà* 'la lingua araba più pura', o anche soltanto *al-fuṣḥà* 'la più pura'), la Ka'ba, il santuario venerato da tutti i musulmani, si trova nella città della Mecca, luogo sacro interdetto ai non musulmani, meta del *ḥaġġ*, il pellegrinaggio dei credenti, congresso annuale del mondo islamico.

I luoghi storici dell'Islam, Mecca e Medina — che dopo la morte di Muḥammad (570/571-632 d.C) hanno in realtà perduto ogni ruolo politico, in ragione del fatto che a partire dalla metà del secolo VII l'asse del potere si è spostato prima a Damasco e successivamente a Baghdad, rispettivamente con le dinastie dei califfi Omayyadi (661-750) e Abbasidi (750-1258), — hanno sempre

---

<sup>218</sup> Cfr. la discussione al § II.4, "Problemi etici specifici dei trapianti in ambito islamico", a pp. 60 sgg.

mantenuto nell'immaginario di tutti i musulmani il ruolo di polo religioso di riferimento assoluto, contraddistinto da una inviolabile aura di sacralità: questo è a tal punto vero che lo stesso re saudita ha per titolo quello di “custode dei due luoghi sacri”, ovvero le due città del Profeta.

Non bisogna dimenticare che l'Arabia Saudita<sup>219</sup> — che si è costituita come stato nel 1932 a seguito della vittoriosa campagna militare di 'Abd al-'Azīz al-Sa'ūd, che trasse, unico caso al mondo, il nome del paese dal suo gentilizio — ha strettamente legato fin dall'inizio le sue sorti al movimento salafita e modernista *ante litteram* del wahhabismo, il cui fondatore 'Abd al-Wahhāb propugnò alla fine del secolo XVIII il ritorno a un rigoroso Islam di rito hanbalita, con il decisivo appoggio dell'emiro Muḥammad Ibn Sa'ūd, antenato degli attuali sovrani.<sup>220</sup>

---

<sup>219</sup> Sulla storia dell'Arabia Saudita e il complesso rapporto di questa con il mondo occidentale cfr. gli studi raccolti in Roberto Aliboni e Daniela Pioppi, a c. di, *Arabia Saudita cent'anni*, Franco Angeli, Roma, 2000. I cent'anni del titolo decorrono dall'inizio della guerra intertribale (nel 1900) che dopo oltre un trentennio avrebbe portato alla formazione dello stato, attraverso l'importante parentesi degli emiri hashemiti che, consigliati da Lawrence d'Arabia e nemici storici della famiglia saudita, costituirono uno stato effimero nella Penisola prima di essere insediati come sovrani di Giordania e Iraq.

<sup>220</sup> Con “salafismo” (da *salaf* ‘antenati’) si intende una tendenza politico-religiosa che mira a restaurare un'interpretazione “autentica” dell'Islam, ispirata abitualmente alla comunità, più o meno idealizzata, guidata dal Profeta a Medina a partire dal 622. Si parla in generale di “modernismo” per far riferimento ai movimenti che, a partire dalla fine del secolo XVIII, hanno sviluppato ideologie volte a rendere possibile un confronto dell'Islam con la modernità; in molti casi, tuttavia, i modernisti potrebbero essere qualificati, come ben afferma Bausani, come “passatisti”, perché la loro reazione alla modernità si manifesta sovente in un desiderio di ritorno all'Islam “puro” delle origini, un tratto che li accosta al salafismo. I wahabbiti, uno dei più importanti movimenti del modernismo islamico, traggono ispirazione dalle idee di Ibn Taymiyya (†1328), hanbalita siriano portavoce di un severo tradizionalismo teologico che lo portò a condannare il culto dei santi, e a scagliarsi financo contro la venerazione della figura del Profeta e della sua tomba — che i wahabbiti distruggeranno perché consideravano il suo culto, di cui un uomo per quanto sublime quale è pur sempre il Profeta è indegno, come blasfemo. Cfr Bausani, *op. cit.*, pp. 167-168. Va ricordato che anche la recente

Proprio per la sua natura intrinsecamente “islamica”, l’Arabia Saudita — che è governata dalla sola Legge sciaraitica e manca dunque di una costituzione ‘laica’ parallela di modello occidentale che temperi il rigore dei precetti coranici — si presta in modo del tutto peculiare all’esame del nostro studio.

L’Arabia Saudita è l’unico paese arabo ad aver organizzato un programma sistematico di trapianti, coordinato dal Centro Saudita per i Trapianti di Organo (*al-markaz al-sa’ūdī li-zirā’at al-a’ḍā’*, Saudi Center for Organ Transplantation - SCOT), un’organizzazione governativa fondata nel 1985.

Lo SCOT è sorto per iniziativa del principe Salmān Ibn ‘Abd al-‘Azīz, governatore della provincia di Riyadh [al-Riyāḍ], che nel 1985 — dando corso all’ordinanza (*qarār*) n. 99 del 1982 del Comitato dei Grandi ‘Ulamā’ (*Hay’at Kibār al-‘Ulamā’*) che aveva approvato la liceità della donazione di organi, da vivente e da cadavere, e dei trapianti — decise la costituzione di un centro destinato al coordinamento dei trapianti e delle donazioni di organi da pazienti cerebralmente morti. Inizialmente l’istituzione — promulgata con decreto reale (*amr sāmī*) n. 7/1561/M — prese il nome di Centro Nazionale del Rene (*al-Markaz al-waṭanī lil-kilā*), perché destinata primariamente ai trapianti di quest’organo; la denominazione fu resa più aderente alla realtà nel 1993, quando il decreto reale n. 80 lo trasformò appunto in Centro Saudita per il Trapianto di Organi.

Come s’è visto, nello stesso periodo (nel 1986) l’Accademia di Giurisprudenza Islamica ha adottato la morte cerebrale come definizione di morte accettabile in termini di diritto islamico.<sup>221</sup> Nel 1994 il Ministero della Sanità saudita ha emanato un decreto (n. 10811/29) con cui si adottava una direttiva per la regolazione dei trapianti di organi, elaborata dallo stesso SCOT, che veniva resa vincolante per tutti gli ospedali e i centri di trapianti, pubblici e privati.

Il 28 dicembre 1997 lo stesso principe Salmān Ibn ‘Abd al-‘Azīz ha posto la prima pietra per la nuova sede del SCOT, di cui ha assunto la presidenza onoraria.

---

scomparsa del re Fahd non è stata celebrata da una cerimonia pubblica, e il sovrano è stato sepolto in una tomba senza nome.

<sup>221</sup> Cfr. la discussione a p. 49.

Ecco come lo statuto dello SCOT definisce i compiti del centro.

- Coordinamento delle strutture sanitarie offerte ai pazienti ESRD da varie agenzie sanitarie del Regno, supervisione dei programmi di trapianto di organi e follow-up dell'applicazione delle procedure relative a questi ultimi.
- Coordinamento e controllo di tutti i casi di morte cerebrale nei diversi ospedali del Regno, come pure raccolta e distribuzione degli organi.
- Cura dell'educazione sanitaria pubblica attraverso i mass media e altri mezzi analoghi.
- Preparazione dei programmi di formazione professionale e convocazione di incontri scientifici per tutto il personale impegnato nel campo del trapianto di organi.
- Pubblicazione di bollettini scientifici e scambio di informazioni con i centri internazionali nel campo del trapianto di organi.
- Condurre studi e ricerche sulle malattie che portano a insufficienza terminale di organi per consentire alle autorità di fornire cure mediche più efficaci a questi pazienti.
- Formulazione di criteri relativi all'istituzione di centri di trapianto di organi e valutazione continua di questi centri.

E questo è il testo del regolamento che disciplina attualmente la pratica del trapianto di organi in Arabia Saudita:

Sulla base della lettera del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 7/1561/M del 19/5/1404 dell'Egira [nel calendario cristiano il 21/02/1984] indirizzata al Ministro della Sanità, è stata approvata l'istituzione della Fondazione Nazionale del Rene sotto la supervisione di un Comitato presieduto dal Ministero della Sanità, con la partecipazione di rappresentanti della Presidenza della Guardia Nazionale, dei Ministeri della Difesa, dell'Aviazione, dell'Educazione Superiore e della Sanità così come dell'Ospedale Specialistico e Centro di Ricerca Re Faisal (King Faisal Specialist Hospital and Research Center).

Al comitato è stata affidata la responsabilità di fissare gli obiettivi e le attività della Fondazione Nazionale del Rene e di assumersi le responsabilità e i compiti necessari per avviarlo e mantenerlo in funzione.

Sono stati istituiti diversi comitati scientifici in accordo con la decisione del Viceministro per gli Affari Esecutivi del Ministero della Sanità di assumersi questi compiti. Questi comitati includono il Comitato per la Morte Cerebrale (Brain-Death Committee), il Comitato per il Trapianto di Rene (Kidney Transplant Committee), il Comitato per l'Emodialisi (Hemodialysis Committee), il Comitato per la Dialisi Peritoneale (Peritoneal Dialysis Committee) e il Comitato Informatico (Computer Committee).

Con l'aumento delle attività del centro e la necessità di coordinare la cura di malattie terminali di altri organi (cuore, polmone, pancreas, fegato e cornea), è stata emessa la Delibera del Consiglio dei Ministri n. 80, datata 20/06/1413 dell'Egira [nel calendario cristiano il 15/12/1992], per ribattezzare la Fondazione Nazionale del Rene come Centro Saudita per il Trapianto di Organi (Saudi Center for Organ Transplantation, SCOT).

Sulla base di quella risoluzione sono stati istituiti diversi nuovi comitati, ognuno dei quali include rappresentanti ufficiali delle istituzioni summenzionate. Questi comitati erano il Comitato per i Trapianti Cardiaci (Cardiac Transplant Committee), il Comitato per i Trapianti di Fegato (Liver Transplant Committee), il Comitato per i Trapianti di Polmone (Lung Transplant Committee) e il Comitato per i Trapianti di Cornea (Cornea Transplant Committee).

Dopo numerose riunioni, questi comitati hanno stabilito le norme seguenti:

Il Centro Saudita per il Trapianto di Organi è l'unica autorità responsabile del coordinamento e della supervisione di tutti gli aspetti relativi al trapianto di organi e alla morte cerebrale nel Regno.

Sono state proposte le norme generali che dovrebbero essere seguite da tutti gli ospedali e i centri per il trapianto di organi. Ecco:

- Tutti i casi potenziali di morte cerebrale dovranno essere riportati direttamente allo SCOT.
- Ogni ospedale del Regno dovrà istituire comitati locali responsabili per le questioni relative ai casi di morte cerebrale e al trapianto di organi, nel modo seguente:
  1. **Comitato per la morte cerebrale** (Brain-death Committee), composto da un internista, un direttore amministrativo o figura equivalente, e un coordinatore per la morte cerebrale. Questo comitato ha la responsabilità di monitorare e riferire su tutte le questioni relative a casi di morte cerebrale; il comitato sottopone altresì allo SCOT proposte per lo sviluppo del programma di morte cerebrale nella regione di pertinenza. Il coordinatore per la morte cerebrale ha la responsabilità di riferire allo SCOT i casi di morte cerebrale e di aggiornare continuamente le informazioni su questi casi; dovrà inoltre gestire l'invio di tutti i campioni di sangue necessari ai laboratori per assicurare l'idoneità degli organi in caso di morte cerebrale e di fungere da collegamento fra lo SCOT e il centro per il trapianto di organi cui è assegnato l'ospedale.
  2. **Comitato di persuasione** (Convincing Committee), nominato dal direttore dell'ospedale: è responsabile di contattare la famiglia e i parenti del paziente in stato di morte cerebrale al fine di ottenere il loro consenso alla donazione degli organi.
- La documentazione della morte cerebrale è prodotta in accordo con i punti previsti dal Modulo di Documentazione della Morte Cerebrale e secondo le speciali procedure che sono state stabilite dal Comitato per la Morte Cerebrale dello SCOT. Se il paziente che presenta morte cerebrale è una donna, è necessario assicurarsi che non sia incinta: in caso contrario, la donazione di organi non è presa affatto in considerazione, a meno che non si sia in presenza di morte del feto.

- Inoltre, nessun membro dell'équipe medica coinvolta nel trapianto di organi dovrà partecipare alla diagnosi di morte cerebrale.
- Il consenso per la donazione di organi dovrà essere ottenuto dagli eredi del paziente interessato da morte cerebrale, che si trovino all'interno o all'esterno del Regno, e in accordo con lo speciale modulo di consenso, a meno che il defunto abbia espresso il suo desiderio di donare gli organi in vita in un testamento certificato da un tribunale.
- Se il paziente in stato di morte cerebrale non è stato identificato, si dovrà ottenere il consenso dell'apposita organizzazione ufficiale prima di eseguire la raccolta degli organi.
- Gli ospedali devono coordinarsi con lo SCOT prima di eseguire qualsiasi raccolta di organi per consentire una distribuzione efficace di questi in accordo con le norme stabilite.
- La raccolta degli organi sarà eseguita nello stesso ospedale in cui è stata diagnosticata la morte cerebrale, che pure rilascerà il certificato di morte cerebrale: nessun paziente dovrà essere trasferito in un altro ospedale tranne in caso di assoluta necessità.
- Una volta confermata la morte cerebrale e ottenuto il consenso della famiglia alla donazione degli organi, la distribuzione e il trapianto di questi saranno effettuati secondo quanto stabilito nelle norme relative a ogni organo.
- Prima di eseguire un trapianto da consanguineo vivente dovranno essere realizzate le condizioni seguenti:
  1. Deve esistere parentela di sangue entro il secondo grado, oppure il donatore deve essere la nutrice o i suoi figli, o il coniuge (tranne per il trapianto di midollo osseo).<sup>222</sup> Queste parentele dovranno essere certificate da organizzazioni ufficiali specializzate.

---

<sup>222</sup> In accordo con i principi generali del diritto islamico che equiparano la parentela di latte a quella di sangue, lo SCOT ammette la donazione di organi da vivente in presenza di parentela di

2. Il donatore deve godere di buona salute e ci si dovrà assicurare che la donazione dell'organo non sia nociva per il donatore o per il ricevente: è proibito il trapianto di organi non doppi da cui dipenda la vita del donatore.
  3. La donazione dell'organo deve essere accettata dal donatore senza alcuna pressione sociale o economica.
  4. La donazione dovrà avvenire mediante consenso scritto e controfirmato dal donatore, che ha il diritto di cambiare idea in ogni momento fino all'intervento chirurgico.
  5. Saranno eseguiti gli esami medici opportuni secondo le norme qui stabilite.
  6. Il donatore dovrà essere informato di tutti i rischi possibili e probabili derivanti dalla rimozione dell'organo: tutto ciò dovrà essere documentato nella sua scheda sanitaria.
- In ogni centro per il trapianto di organi dovrà essere nominato un coordinatore per il trapianto, cui saranno affidate le seguenti responsabilità:
    1. fungerà da collegamento fra lo SCOT e il centro locale;
    2. riporterà allo SCOT il nome di tutti i pazienti idonei al trapianto in modo da includerli nella lista di attesa nazionale come pure per preparare una lista di attesa locale per ogni centro, secondo le norme di priorità stabilite per ogni organo;
    3. si coordinerà con lo SCOT ogniqualvolta ci sarà un caso di morte cerebrale in uno degli ospedali affiliati e fornirà la sua assistenza in base alle necessità;

---

latte. L'esclusione del trapianto di midollo rende chiaro che non si è in presenza di un'aberrazione scientifica (non si pretende, in altre parole, che la parentela di latte crei istocompatibilità), ma ci si limita ad estendere la parentela acquisita ai parenti di latte, in rispetto della norma islamica.

4. informerà lo SCOT quando nella lista di attesa locale è disponibile un paziente idoneo al trapianto.
- A ogni ospedale che non includa un centro per il trapianto è assegnato un coordinatore che trasmetta le informazioni relative ai pazienti con insufficienza terminale di un organo (rene, cuore, fegato, polmone ecc.) idonei al trapianto tramite i moduli appositamente preparati. Sarà altresì nominato un sostituto che gli subentri in caso di assenza.
  - Ogni ospedale o centro per il trapianto di organi invierà allo SCOT una lista con il nome dei pazienti con insufficienza terminale di un organo in accordo con le norme di priorità. Questa lista di attesa sarà trasmessa ai centri perché agiscano di conseguenza.
  - Ogni centro fornirà ogni tre mesi allo SCOT resoconti e statistiche sui riceventi, sui donatori consanguinei e sui donatori cadaverici, mediante appositi moduli di monitoraggio.
  - Tutti i centri per il trapianto di rene dovranno svolgere i propri compiti nei confronti dei pazienti delle aree sotto la loro giurisdizione in accordo con le norme fissate.
  - Ogni due anni sarà effettuata la valutazione dei centri per il trapianto di organi da parte di comitati scientifici specializzati in ogni rispettivo campo e in accordo con i criteri fissati dallo SCOT.

E questo è il resoconto della Decisione n. 99 della Commissione Superiore degli 'Ulamā' del 6/11/1402 dell'Egira [25/08/1982]:

La Commissione ha deciso unanimemente la liceità di rimuovere un organo, o una sua parte, di un musulmano o *dimmī*<sup>223</sup> vivente, o di trapiantarli su di lui, posto che ne esista la necessità, non vi

---

<sup>223</sup> Secondo il diritto islamico, si definisce *dimmī* l'aderente a una religione monoteistica altra che l'Islam che, in cambio della sottomissione e del pagamento di una tassa, gode della protezione, *dīmna*, della comunità islamica. In questo contesto, il termine è quasi sinonimo di 'non musulmano'.

sia rischio nella rimozione e il trapianto abbia ragionevoli probabilità di successo.

La Commissione ha anche deciso a maggioranza quanto segue:

- è lecito rimuovere un organo o una sua parte da un defunto a beneficio di un musulmano, posto che ne esista la necessità, la rimozione non causi danno e il trapianto abbia ragionevoli probabilità di successo;
- è lecito a una persona viva donare un organo o una sua parte a beneficio di un musulmano che ne abbia bisogno.

*Commissione Superiore degli 'Ulamā'*

Già nell'anno 1995 erano effettuati 270 trapianti di rene — di cui 131 da cadavere in base a criteri di morte cerebrale, una situazione eccezionale in una regione in cui prevale assolutamente il trapianto da donatore vivente, — 45 di fegato, 7 di cuore e 36 di cornea. Erano attivi anche due centri presso i quali erano praticati programmi di trapianto di midollo osseo.<sup>224</sup>

I dati complessivi relativi ai trapianti fino al 2002 sono i seguenti:<sup>225</sup>

---

<sup>224</sup> Cfr. Abdallah S. Daar, “An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent”, *cit.*, p. 1577.

<sup>225</sup> F.A.M. Shaheen, M.Z. Souqiyyeh, “Current Status of Renal Transplantation in the Kingdom of Saudi Arabia”, *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 125–127; “Increasing Organ Donation Rates From Muslim Donors: Lessons From a Successful Model”, *cit.*

	<i>totale</i>	<i>da cadavere</i>	<i>da vivente</i>
rene	3759	1267	2492
fegato	279	225	54
cuore	92	92	—
cornea	421	421	—
polmone	8	8	—
rene-pancreas	5	5	—
cuore per valvole	264	264	—

*Tabella 10: riassunto del numero di trapianti in Arabia Saudita fino al 2002.*

Il principale problema da superare nel sistema saudita, come ovunque del resto, è la difficoltà di reperire gli organi. Per affrontare in specie la scarsità di fegati cadaverici da trapiantare — dall'avvio del programma di trapianto di fegato nell'aprile 2001, sono stati eseguiti appena 16 trapianti da cadavere presso il King Faisal Specialist Hospital and Research Center di Riyadh — è stato avviato un progetto di trapianto di fegato da donatore vivente. Dal settembre 2002 al maggio 2003 sono stati esaminati 39 potenziali donatori viventi, già selezionati per una serie di criteri: parentela di primo o secondo grado con il ricevente, età fra i 18 e i 50 anni, assenza di malattie conosciute, sincera volontà di donare senza incentivi finanziari. Di questi, appena 3 (il 7,7%) sono effettivamente giunti al trapianto; gli altri sono stati scartati come mostrato dalla seguente tabella:

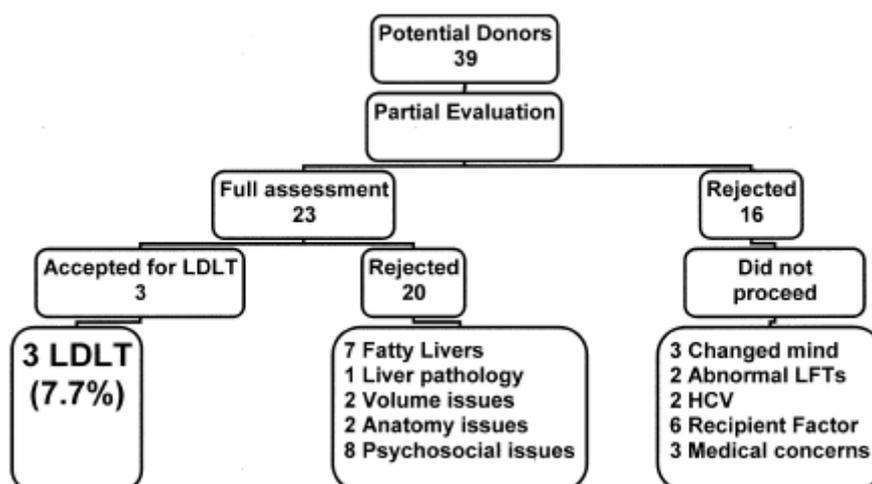


Figura 2: esito della valutazione di 39 donatori per LDLT (living donor liver transplantation — trapianto di fegato da donatore vivente) presso il King Faisal Specialist Hospital, 2002-2003

Come si evince dallo schema, i principali fattori di esclusione sono di natura psico-sociale (potenziali donatori incapaci di valutare correttamente l'importanza e i rischi dell'intervento, 8 casi, pari al 20,5%), problemi di infiltrazione grassa del fegato ('steatosi', 7 casi, pari al 17,9%: patologia molto diffusa in Arabia Saudita, per motivi di cultura alimentare), fattori legati al ricevente (6 casi, pari al 15,4%). I risultati sono evidentemente insoddisfacenti, e gli autori della ricerca convengono sul fatto che la donazione di fegato da vivente non può offrire un contributo decisivo alla scarsità di fegati da trapiantare in Arabia Saudita e che l'unica soluzione realistica è di puntare all'aumento delle donazioni da cadavere che, a dispetto delle campagne di sensibilizzazione, sembrano persino in diminuzione.<sup>226</sup>

I più recenti dati disponibili, disaggregati per centro medico di intervento, sono relativi al 2002.

Ecco i dati relativi ai trapianti di rene:

---

<sup>226</sup> H. Khalaf, R. Jovero, M. Al-Sofayan, M. Al-Sebayel, "The Challenge of Finding Donors for Living Donor Liver Transplantation in Saudi Arabia", *Transplantation Proceedings*, 36/8, 2004, pp. 2222-2223.

CENTRO MEDICO	<i>Donazioni da vivente</i>	<i>Donazioni da cadavere</i>	<i>Totale</i>
Ospedale Specialistico Re Fayṣal (Mustašfà al-Malik Fayṣal al-Taḥaṣṣuṣī), Riyadh	72	19*	91
Ospedale Re Fahd (Mustašfà al-Malik Fahd), Gedda	52	8	60
Ospedale delle Forze Armate Meridionali (Mustašfà al-Quwwāt al-Masliḥa bil-Ġanūb)	19	3	22
Ospedale Re ‘Abd al-‘Azīz (Mustašfà al-Malik ‘Abd al-‘Azīz), Gedda	18	.3	21
Ospedale Re Fahd della Guardia Nazionale (Mustašfà al-Malik Fahd lil-Ḥars al-Waṭanī), Riyadh	9	9	18
Ospedale Specialistico Re Fayṣal (Mustašfà al-Malik Fayṣal al-Taḥaṣṣuṣī), Gedda	17	-	17
Ospedale Re Fahd (Mustašfà al-Malik Fahd), Medina	14	2	16
Complesso Medico Militare Re Fahd (Maġma‘ al-Malik Fahd al-Ṭibbī al-‘Askarī), Dahrān	11	4	15
Ospedale Re Fahd delle Forze Armate (Mustašfà al-Malik Fahd lil-Quwwāt al-Masliḥa), Gedda	8	2	10
Ospedale delle Forze Armate (Mustašfà al-Quwwāt al-Masliḥa), Riyadh	5	3	8
Ospedale delle Forze Armate Nordoccidentali (Mustašfà al-Quwwāt al-Masliḥa bil-Šamāliyya al-Ġarbiyya), Tabuk	6	2	8
Ospedale delle Forze Armate (Mustašfà al-Quwwāt al-Masliḥa), Hada e Taif	4	2	6
Nuovo Ospedale Nazionale di Gedda (Mustašfà Ġudda al-Waṭanī al-Ġadīd)**	8	-	8

Ospedale del Dr. Sulaymān Faqīh (Mustašfà al-Duktūr Sulaymān Faqīh), Gedda**	2	-	5
Ospedale Baqšān (Mustašfà Baqšān), Gedda **	5	-	5
<b>Totale</b>	<b>250</b>	<b>57</b>	<b>307</b>

\* Un'operazione di trapianto di rene all'interno di un trapianto doppio all'Ospedale Specialistico Re Fayṣal (Mustašfà al-Malik Fayṣal al-Taḥaṣṣuṣī), Riyadh.

\*\* Ospedali privati che eseguono operazioni di trapianto di rene da vivente.

*Tabella 11: trapianti di rene in Arabia Saudita, 2002*

Come si evince dalla tabella, relativamente modesto è il numero dei trapianti di rene di origine cadaverica: nel 2002 sono stati raccolti 58 reni, 57 dei quali trapiantati (un rene non è stato utilizzato in seguito a trauma) a beneficio di 56 pazienti. Il tempo di ischemia fredda (*cold ischemic time*, CIT) medio per i reni cadaverici raccolti localmente nel corso del 2002 è stato di  $22,6 \pm 9,3$  ore (con minimo di 5,4 e massimo di 47,6 ore); il trapianto è avvenuto fra donatore e ricevente dello stesso sesso solo nel 48,4% dei casi.

Età del ricevente (anni)	Età del donatore (anni)							Totale	%
	< 5	6 ÷ 15	16 ÷ 29	30 ÷ 50	51 ÷ 65	> 65			
< 5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5 ÷ 15	1	-	3	3	-	-	7	12,3%	
16 ÷ 29	1	3	-	11	-	-	15	26,3%	
30 ÷ 50	2*	4	5	14	-	1	26	45,6%	
51 ÷ 65	-	1	2	4	-	1	8	14%	
> 65	-	-	-	1	-	-	1	1,8%	
Totale	4	8	10	33	-	2	57	100%	
%	7%	14%	17,5%	57,9%	-	3,5%	100%		

\* En-bloc kidney

*Tabella 12: distribuzione per età di riceventi e donatori di reni cadaverici in Arabia Saudita, 2002*

A queste cifre vanno aggiunti i pazienti che hanno subito trapianti all'estero: sulla base dei dati relativi ai pazienti con insufficienza renale, si tratterebbe complessivamente di 436 casi di trapianto renale da vivente effettuati all'esterno del Regno.

Il trapianto di fegato è partito con un certo ritardo, nel 1990, e come s'è visto fino a oggi sono stati eseguiti 279 trapianti (54 dei quali da donatore vivente). I trapianti sono stati eseguiti presso l'Ospedale delle Forze Armate (al-Riyād) per i riceventi pediatrici e l'Ospedale Re Fahd della Guardia Nazionale (al-Riyād) per i riceventi adulti.

Fra il 1986 e il 2002, oltre al trapianto di 92 cuori interi, 264 cuori sono stati espianati per utilizzarli come fonte di valvole cardiache. Di questi, 132 cuori non sono stati recuperati, nel 19% dei casi per mancanza di ricevente, dovuta in primo luogo alla rimozione dei potenziali riceventi dalla lista di attesa, in ragione dei progressi delle terapie alternative al trapianto.

Nonostante la grande diffusione dei trapianti di cornea — si parla di oltre 10.000 interventi effettuati fra il 1983 e il 2002, per lo più con cornee acquistate sul mercato — solo una piccolissima parte delle cornee trapiantate (in tutto 421) è stata raccolta in Arabia Saudita, per difetto di donatori. È quest'ultimo il dato riportato nelle tabelle ufficiali.

Ecco i dati per il 2002:

<i>Nome dell'ospedale</i>	<i>Pazienti in lista di attesa</i>	<i>Raccolte localmente</i>	<i>Raccolte all'estero</i>
Ospedale Oculistico Specialistico Re Khalid (King Khalid Eye Specialist Hospital), Riyadh	123	9	609
Ospedale Oculistico A Maghrabi (A Maghrabi Eye Hospital)	37	-	418
Ospedale Oculistico (Eye Hospital), Gedda	73	7	48
Ospedale Re Fahd della Guardia Nazionale (King Fahd National Guard Hospital), Riyadh	120	-	14
Ospedale delle Forze Armate (Armed Forces Hospital), Regione Meridionale	120	-	0
Ospedale Re 'Abd al-'Aziz (King Abdulaziz Hospital), Riyadh	101	-	4
Ospedale Re Ḥālid della Guardia Nazionale (King Khalid National Guard Hospital), Gedda	3	-	16
Ospedale Generale di Uhud (Uhud General Hospital)	24	-	6
Ospedale Centrale di Aseer (Aseer Central Hospital)	12	-	4
Ospedale Al Manea (Al Manea Hospital), Khaybar	-	-	14
Totale	613	16	1133

*Tabella 13: trapianti di cornea in Arabia Saudita, 2002*

Lo sviluppo di una notevole attività relativa ai trapianti in Arabia Saudita ha promosso una riflessione — tipica dei contesti in cui la tecnologia ha raggiunto una fase matura — sulle opinioni del personale medico e sanitario relativamente ai trapianti.

Un'inchiesta svolta presso 22 medici intensivisti, operanti presso i centri di terapia intensiva di quattro ospedali della capitale saudita Riyadh — quindi personale medico particolarmente vicino a molte delle fasi cruciali dei trapianti — ha rivelato informazioni interessanti sugli atteggiamenti del personale sanitario in uno dei paesi arabi più impegnati in questo campo.

In merito al tipo di intervento, nessuno degli intervistati lo considera sperimentale; 11 lo ritengono pratico ed efficace, 7 credono che i trapianti abbiano successo limitato, 4 non rispondono. In merito al decorso post-operatorio, 11 ritengono che i pazienti avranno una vita quasi normale, 8 che sopravvivranno ma in condizioni menomate, 2 che passeranno in ospedale la maggior parte della loro vita, 1 non risponde.

Per quanto riguarda la donazione, 14 pensano che rappresenti un modo efficiente per aiutare il paziente con insufficienze in organi allo stadio terminale, 5 ritengono che abbia un ruolo limitato e richieda molto sforzo, 2 non sanno, 1 la considera inutile.

Quando si passa all'atteggiamento personale verso la donazione, il 90% dichiara di conoscere l'opinione islamica in materia, il 72% autorizzerebbe la donazione degli organi di un parente in caso di morte cerebrale, solo il 12% sarebbe contrario; d'altra parte, appena il 13% porta con sé la *donation card* — una scheda individuale in cui si dichiara la propria disponibilità a donare i propri organi in caso di decesso, analogamente a quella introdotta in Italia — diffusa dallo SCOT. La scarsità di organi da trapiantare è attribuita prevalentemente all'incapacità di ottenere il consenso dalle famiglie e alla mancanza di coordinatori efficienti in grado di convincerle. La maggioranza ritiene che un ruolo essenziale nel cambiare l'atteggiamento dell'opinione pubblica spetti ai mezzi di comunicazione di massa; solo il 18% riterrebbe necessario un training specifico degli intensivisti per migliorare il processo di donazione. Meno di un terzo dei partecipanti all'inchiesta

conosce il ruolo dello SCOT nel coordinare ospedali e centri di trapianti nel regno; un quarto non è in grado di attribuire alcun ruolo allo SCOT.

Tra i risultati del sondaggio è particolarmente scoraggiante il fatto che appena il 50% valuti positivamente il tasso di successo dei trapianti, soprattutto in considerazione del fatto che due dei quattro ospedali inclusi nel campione hanno in corso programmi attivi di trapianto multi-organo: di conseguenza, è prevedibile che il livello di approvazione sia molto più basso presso i medici che lavorano in ospedali periferici. Tenendo conto che appena un terzo dei potenziali donatori cadaverici — in uno studio pilota condotto per un anno, dal giugno 2001 al maggio 2002, presso le unità ospedaliere di cura intensiva di Riyadh, si è rilevato che su 114 casi di morte cerebrale (su un complesso di 542 decessi), solo 38 (il 33%) sono stati riportati allo SCOT, 23 casi con documentazione completa, e solo 4 sono diventati effettivi donatori <sup>227</sup> — sono comunicati dagli ospedali allo SCOT, resta evidentemente da fare ancora molto lavoro di sensibilizzazione da parte del personale medico saudita.<sup>228</sup>

### *Oman*

La situazione dei trapianti in Oman può essere considerata di tipo misto: un certo numero di trapianti viene praticato all'interno del paese, ma ancora oggi molti pazienti si recano all'estero, soprattutto in India, per acquistare organi e sottoporsi quindi a trapianto. La legge indiana del 1994, che mette al bando la vendita di organi,<sup>229</sup> non è di fatto riuscita a interrompere questo flusso di malati abbienti per la grande diffusione dei trapianti illegali.

---

<sup>227</sup> M.I.M. Al Sebayel, H.A. Khalaf, "The Efficiency of Utilization of Potential Donors for Organ Transplantation in Saudi Arabia: A Pilot Study", *Transplantation Proceedings*, 36/7, 2004, pp. 1881-1882.

<sup>228</sup> M.I.M. Al Sebayel, H. Khalaf, "Knowledge and Attitude of Intensivists Toward Organ Donation in Riyadh, Saudi Arabia", *Transplantation Proceedings*, 36/7, 2004, pp. 1883-1884. Cfr. anche lo studio parallelo fra opinioni del personale sanitario saudita e austriaco alle pp. 215 sgg.

<sup>229</sup> Cfr. la discussione a p. 109.

In Oman, sotto la guida di Abdallah S. Daar, nel periodo 1994–1995 sono stati eseguiti 8 trapianti di organo ottenuti localmente da cadavere, incluso il trapianto di rene dal più giovane donatore nella storia dei trapianti, nato a 33 settimane di gestazione: il ricevente era un bimbo di 17 mesi, che a due anni dal trapianto era ancora vivo. Dopo l'Arabia Saudita, l'Oman è il secondo paese della regione ad aver sviluppato, dal 1995, un programma sistematico di trapianto di midollo osseo, che nei primi due anni di attività aveva consentito 6 interventi, tutti con esito positivo a breve termine. La presenza endemica di  $\beta$ -talassemia infantile rende particolarmente importante nel paese questo tipo di trapianto.<sup>230</sup>

Il programma di trapianti del Sultanato dell'Oman, ex colonia inglese, è sviluppato congiuntamente dal Royal Hospital (*al-Mustašfà al-Sultānī*) — fondato nel 1987 dal sultano regnante Qaboos bin Said nell'ambito di un ambizioso progetto di modernizzazione del sistema sanitario omanita<sup>231</sup>— e dall'Ospedale della Sultan Qaboos University (*Ġāmi'at al-Sultān Qābūs*), entrambe le strutture situate nella capitale Muscat. Si tratta di un programma importante, con decine di trapianti di rene effettuati ogni anno, per il 10% da donatori cadaverici, per il resto da donatori consanguinei.

---

<sup>230</sup> Abdallah S. Daar, “An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent”, *cit.*, p. 1577.

<sup>231</sup> Uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che ha monitorato i sistemi sanitari di 191 paesi (World Health Organization, *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*, WHO, Geneva, 2000) ha collocato l'Oman al primo posto per l'efficienza del sistema sanitario e l'impiego nazionale delle risorse, e all'ottavo posto per il livello di copertura della popolazione. Dal 1970 al 2000 (dati del Ministero della Sanità dell'Oman), l'aspettativa di vita è salita da 49,3 a 73,4 anni; la mortalità infantile è scesa da 118 a 16,7 per mille; il numero di posti letto in ospedale è salito da 12 a 5190; il numero di medici, salito da 13 a 3258, ha raggiunto un rapporto di 13,6 per 10.000 abitanti. Va infatti notato che la popolazione del paese, dall'ultimo censimento del 2003, risulta di appena 2.331.391 abitanti, comodamente distribuiti su 309.500 km<sup>2</sup>, una superficie leggermente superiore a quella dell'Italia. Nel presentare il report alla stampa, Christopher Murray, direttore del Global Programme on Evidence for Health Policy dell'OMS ha dichiarato che “Oman's success shows that tremendous strides can be accomplished in a relatively short period of time”.

Tuttavia, la presenza di numerosi pazienti in lista d'attesa, unitamente alle disponibilità economiche, generose in un paese ricco di petrolio, spingono come abbiamo visto molti pazienti a recarsi all'estero per cercare di ottenere un trapianto di organo a pagamento da donatore non consanguineo. Le inevitabili ricadute negative di questa prassi costringono il Royal Hospital a seguire un gran numero di questi pazienti trapiantati, a causa di infezioni post-operatorie e problemi di rigetto, una situazione frequente nei paesi più ricchi del Medio Oriente.

Uno studio sull'impatto della consanguineità nei trapianti allogenici di midollo osseo, effettuati presso un'unità dell'Ospedale della Sultan Qaboos University, rileva che la strutturazione della società in famiglie allargate dall'elevato grado di consanguineità produce un'alta disponibilità di donatore allogenico identico per HLA (antigeni di istocompatibilità) — 132 pazienti su 183, pari al 72%, — con grado e decorso mediamente miti del GVHD (*Graft Versus Host Disease* 'malattia del trapianto contro l'ospite').<sup>232</sup>

Un'altra ricerca, a cura del dottor Athma Prasanna, del Dipartimento di Anestesia del Royal Hospital, ha mostrato un'altra specificità dei trapianti in Oman, anche questa dovuta a un tratto dell'organizzazione sociale del sultanato, ovvero l'alto livello di natalità: l'elevato tasso di partorienti fra le riceventi di trapianto di rene, 32 casi nel solo Royal Hospital. Questa situazione particolare permette di studiare le condizioni legate al maggior rischio di rigetto presso questo tipo di pazienti.<sup>233</sup>

### *Emirati Arabi Uniti*

La situazione negli Emirati Arabi Uniti è simile a quella dell'Oman: diffusi flussi migratori verso paesi del Terzo Mondo e un'attività di trapianto ancora nelle

---

<sup>232</sup> K. Ghosh, "Impact of consanguinity on the allogenic bone marrow transplantation in Oman", *Indian Journal of Hematology and Blood Transfusion*, 17/2, 1999, pp. 45-47.

<sup>233</sup> Athma Prasanna, "Anaesthesia for Parturient with Renal Transplant", *The Indian Anaesthetists' Forum*, giornale on-line, ( <http://www.theiaforum.org/> ), ottobre 2003/1.

prime fasi di sviluppo; tuttavia, la donazione da cadavere non è ancora riuscita a dar frutti.<sup>234</sup>

Tuttavia, fin dal 1993 è in vigore una legge federale (la legge 15/1993) — cioè valida per tutti gli Emirati, che sono una confederazione di principati indipendenti<sup>235</sup> — che regola i trapianti di organo. Ecco alcuni degli articoli principali della legge:<sup>236</sup>

Articolo 1: Ai medici specialisti è consentito di rimuovere gli organi di una persona in vita o di qualcuno appena deceduto e di trapiantarli in un paziente come forma di cura per salvarne la vita. Tutto questo dovrà essere eseguito secondo le condizioni e le procedure di legge qui specificate.

Prima di eseguire un trapianto da vivente consanguineo, si dovranno verificare le seguenti condizioni:

Deve esistere una relazione di sangue non inferiore al secondo grado, oppure il donatore dovrà essere la balia, o i figli o il coniuge di questa. Queste relazioni saranno attestate da organizzazioni ufficiali specializzate.

Il donatore deve essere in buona salute, sia fisicamente sia psicologicamente. Saranno effettuati i controlli medici del caso.

Per quanto possibile, ci si deve assicurare che la donazione di organi non recherà danno al donatore o al ricevente. È proibita

---

<sup>234</sup> Abdallah S. Daar, “An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent”, *cit.*, p. 1577.

<sup>235</sup> La Confederazione è composta da sette sceiccati — Abu Dhabi, Dubai, Sharjah, Ras al Khaimah, Ajman, Umm al Qawain, Fujairah — conosciuti in passato come Trucial States o Stati della Tregua, così chiamati dalla tregua marittima perpetua siglata nel 1853 tra il governo britannico e gli sceiccati, con cui questi ultimi rinunciavano a praticare la loro tradizionale pirateria contro le navi di Sua Maestà. Per la storia degli Emirati fino al 1970, periodo del loro distacco dal protettorato britannico, cfr. Donald Hawley, *The Trucial States*, Allen & Unwin, London, 1970.

<sup>236</sup> Y.I.M. El-Shahat, *op. cit.*

la donazione di un organo singolo dal quale dipende la vita del donatore.

La donazione di organi dev'essere accettata dal donatore senza alcuna pressione sociale o finanziaria. La donazione sarà effettuata solo dopo aver ottenuto il consenso scritto e sottoscritto dal donatore.

Il donatore ha diritto di cambiare idea in qualsiasi momento prima dell'operazione.

Il donatore dovrà essere informato di tutti i rischi possibili e probabili risultanti dalla rimozione dell'organo, e questo dovrà essere documentato nella cartella medica.

Non è consentito al donatore di chiedere la restituzione dell'organo donato dopo la rimozione chirurgica.

Prima di eseguire il trapianto di organo da cadavere, dovranno essere adempiute le seguenti condizioni:

La morte cerebrale dovrà essere documentata in accordo con i passaggi indicati nella scheda di documentazione per la morte cerebrale.

Nessun membro dell'équipe medica coinvolta nel trapianto dell'organo dovrà partecipare alla diagnosi della morte cerebrale.

Il consenso per la donazione deve essere ottenuto dai parenti del paziente in morte cerebrale, in accordo con lo speciale modulo per il consenso.

Se il paziente in morte cerebrale non è identificato, il consenso dell'organizzazione ufficiale specializzata dovrà essere ottenuto prima di iniziare l'espianto.

Se il deceduto ha espresso in vita il suo rifiuto di donare gli organi nel suo testamento, attestato da due testimoni, l'espianto è proibito.

La legge proibisce rigorosamente il traffico di organi umani o la ricerca di guadagno economico dal trapianto di organi.

La legge proibisce ai medici di organizzare un trapianto di organi se è loro noto in precedenza che la cosa è fatta per un guadagno economico: questo deve consistere in solide prove che

ci sarà un guadagno economico risultante dalla donazione o dalle ultime volontà e dal testamento del donatore.

Penalità applicate a partire dall'applicazione ufficiale della legge: imprigionamento e/o multe (fino a 30.000 dirham). La punizione sarà raddoppiata se la stessa persona commette nuovamente lo stesso crimine entro un periodo di due anni.

La legge in vigore negli Emirati si ispira evidentemente agli standard internazionali che regolano i trapianti di organi — in specie, accetta il criterio di morte cerebrale, un elemento che, come abbiamo visto, non è scontato in ambito islamico, — ma include alcuni aspetti tipici della giurisprudenza islamica: particolarmente saliente è l'equiparazione della parentela di latte alla parentela di sangue, e l'assimilazione dell'organo donato a un oggetto di scambio, il che implica di dover affermare esplicitamente che non se ne può chiedere la restituzione una volta espantato e trapiantato. Altro aspetto tipico del diritto islamico è l'insistenza sulla presenza di testimoni che validino le disposizioni testamentarie, relative in questo caso alla donazione, dato che, secondo il *fiqh*, i documenti scritti da soli non possono essere presi in considerazione, ma valgono come semplici supporti per una attestazione orale, in ragione dell'assoluto primato logico dell'oralità sulla scrittura nella tradizione islamica.<sup>237</sup>

### *Bahrain*

Nel 1997, il sultanato del Bahrain aveva appena organizzato un programma di trapianto di rene, sotto la guida del dottor George Abouna; tuttavia, nel paese si erano registrati appena 8 trapianti nel corso dell'anno precedente.<sup>238</sup> Non si hanno informazioni sul successivo sviluppo dei trapianti nel paese.

---

<sup>237</sup> Cfr. i riferimenti alla n. 85.

<sup>238</sup> Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1577.

## Qatar

In Qatar è attivo un programma limitato ma continuo di trapianti di rene, anche se, come negli altri stati del Golfo, è più elevato il numero di pazienti che si fanno operare all'estero rispetto a quelli trapiantati in loco; una specificità del paese è il tentativo di gestire anche il flusso di pazienti che si recano in altri paesi per ricevere un trapianto.

Secondo uno studio del 2004, realizzato da specialisti della sezione di nefrologia dell'Hamad General Hospital di Doha, che hanno monitorato lo sviluppo dal 1986 al 2002 dei trapianti renali in Qatar, sono stati complessivamente seguiti 432 pazienti trapiantati (238 qatarioti e 194 stranieri), anche se solo 70 sono stati effettivamente operati presso il centro e ben 362 all'estero (India, Gran Bretagna, Stati Uniti, Pakistan, Filippine) — anche se in questi ultimi casi sono stati effettuati in Qatar i test pre-impianto su ricevente e tutto il follow-up post-trapianto.

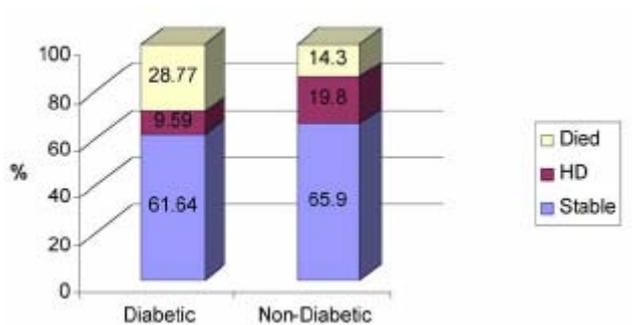
Fra i pazienti qatarioti, la principale causa di ESRD risulta essere la nefropatia diabetica (26,1% dei casi nel 1998, 30,6% nel 2001), mentre fra gli stranieri la causa principale è la glomerulonefrite cronica.

L'età media dei riceventi è stata di 36,5 anni (*range* 14 —74 anni). Nel 19,2% dei casi c'è stato rigetto acuto post-trapianto, in 55 casi è stato necessario ripetere l'intervento. I tassi di sopravvivenza di pazienti e trapianti nei casi operati in patria e all'estero appaiono simili:

sopravvivenza %	PAZIENTI	TRAPIANTO
Qatar	98	85,7
Estero	97	82,5

Tabella 14: sopravvivenza a due anni di pazienti e trapianti eseguiti in Qatar e all'estero, 1986-2002

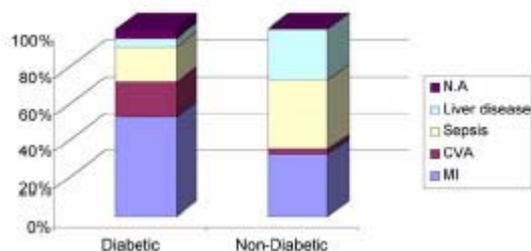
La sopravvivenza totale, distinta in base all'eziologia (diabetica e non diabetica) dell'ESRD, è riportata in questo grafico degli autori:



Legenda: HD, emodialisi; Stable, pazienti in condizioni stabili; Died, pazienti deceduti

Figura 3: sopravvivenza totale dei pazienti trapiantati in Qatar, 1986-2002

Le cause di morte sono riportate in quest'altro grafico:



Legenda: N.A. non disponibile; Liver disease, patologie epatiche; Sepsis, sepsi; CVA, incidenti cerebrali vascolari; MI, infarto del miocardio

Figura 4: cause di morte fra i trapiantati in Qatar, 1986-2002

Tuttavia, l'analisi dei dati relativi al successo dei trapianti in funzione del rapporto fra donatori e riceventi mostra risultati diversi, in specie a lungo termine:

sopravvivenza trapianto %	DA DONATORI	
	<i>consanguinei</i>	<i>non consanguinei</i>
2 anni	87,9	77,8
5 anni	64,3	45,2

Tabella 15: sopravvivenza dei trapianti a due e cinque anni in Qatar con donatori consanguinei e non consanguinei, 1986-2002

La ripartizione fra donatori consanguinei, non consanguinei e cadaverici nei due gruppi di trapianti (in Qatar e all'estero) è la seguente:

origine trapianto %	DA DONATORI		
	<i>consanguinei</i>	<i>non consanguinei</i>	<i>cadaverici</i>
Qatar	78,6	2,9	18,5
Estero	29,3	64,1	6,6

Tabella 16: ripartizione per tipologia di donatore dei trapianti eseguiti in Qatar e all'estero, 1986-2002

Il dato sull'origine dei donatori nei trapianti effettuati all'estero è aggregato e non distinto per paese, e nasconde chiaramente profonde differenze fra i pazienti operati nei centri occidentali e asiatici. Gli autori ripercorrono informalmente la storia dei viaggi della speranza dei pazienti qatarioti. Nel 1980 iniziò un importante flusso verso l'India, dirottato — dopo la proibizione a partire dal 1998 dei trapianti da donatori non consanguinei a stranieri in India — verso Pakistan e Filippine. Pur non offrendo dati specifici, gli autori suggeriscono che i centri del Terzo Mondo tendono a offrire cure mediche di livello inferiore, con tassi di complicazione più alti del normale, oltre a tendenza allo sfruttamento finanziario di ricevente e donatore da parte dei mediatori. D'altra parte, rilevano una tendenza all'aumento delle donazioni non consanguinee anche in paesi con “leggi etiche più stringenti”: gli United States Renal Data mostrerebbero la decuplicazione delle donazioni da non consanguinei, contro il 68% di aumento da consanguinei e il 16% da cadavere.<sup>239</sup>

Esaminando la situazione del Qatar, il basso tasso di donazioni cadaveriche (18,6%) è attribuito da un lato all'impossibilità, nel caso degli stranieri deceduti, di richiedere prontamente il consenso ai familiari, dall'altro, nel caso dei cittadini, alla riluttanza — spiegata sulla base di credenze sociali e religiose e dell'insufficiente accettazione del criterio di morte cerebrale — delle famiglie a concedere il consenso.

---

<sup>239</sup> Cfr. la discussione alle pp. 102 sgg.

Sebbene il trapianto di rene nel paese sia stato legalizzato nel 1997, gli autori lamentano tuttora la mancanza di una *donor card* secondo il modello saudita e sperano che programmi educativi, riforme legislative e incentivi di varia natura (anche finanziaria) possano accrescere la disponibilità di organi da cadavere.<sup>240</sup>

Presso l'Organ Transplant Section del Hamad General Hospital di Doha, guidata dal dottor Yousef Al Maslamani, sono eseguiti i trapianti — attualmente soltanto di rene — in Qatar e vengono monitorati tutti i pazienti, inclusi quelli operati all'estero (negli anni successivi al survey precedente, prevalentemente in Cina dopo l'accordo con un ospedale universitario cinese).<sup>241</sup> Ecco le statistiche ufficiali relative all'anno 2004:<sup>242</sup>

---

<sup>240</sup> A. Rashed, O. Aboud, "Renal Transplantation: Seventeen Years of Follow-Up in Qatar", *Transplantation Proceedings*, 36/6, 2004, pp. 1835-1838.

<sup>241</sup> Il Hamad General Hospital fa parte della Hamad Medical Corporation (HMC), fornitrice no-profit di servizi sanitari presso la capitale Doha, istituita nel 1979 per decreto emirale. Dalla HMC dipendono quattro ospedali altamente specializzati: oltre all'Hamad General Hospital, il Rumailah Hospital, il Women's Hospital, lo Psychiatric Hospital e i Primary Health Care Centers. L'obiettivo dell'istituzione è di offrire a tutti, cittadini e residenti stranieri, assistenza sanitaria gratuita.

<sup>242</sup> Hamad Medical Corporation, *Clinical Departments Performance Report 2004*, HMC, Doha (Qatar), 2004, pp. 56-57.

		DONATORE VIVENTE		DONATORE CADAVERICO		TOTALE	
		<i>maschio</i>	<i>femmina</i>	<i>maschio</i>	<i>femmina</i>		
TRAPIANTI	Qatar	3	—	3	2	8	31
	Estero	17	6	—	—	23	
DIALISI POST-TRAPIANTO	Qatar	—	—	2	—	2	5
	Estero	2	1	—	—	3	
MORTALITÀ	Qatar	—	—	—	—	0	
	Estero	2	2	—	—	4	

Tabella 17: trapianti effettuati presso l'Organ Transplant Section del HMC, Qatar, 2004.

Per quanto riguarda i trapianti eseguiti nel paese, si sono complessivamente offerti 19 donatori viventi, di cui 13 giudicati inadatti; dei 6 idonei, 3 sono stati effettivamente trapiantati.

Per quanto riguarda i donatori cadaverici, la situazione è così riassumibile:

	<i>maschi</i>	<i>femmine</i>	TOTALE
CASI DI MORTE CEREBRALE	28	7	35
CONSENSI ALL'ESPIANTO	6	3	9 <sup>243</sup>
ORGANI ESPIANTATI	3	2	5

Tabella 18: donazioni di organi in Qatar, 2004

Come si evince, i consensi al prelievo di organi da potenziali donatori in stato di morte cerebrale sono piuttosto rari.

---

<sup>243</sup> Nel report, *ibid.*, è riportato erroneamente il totale 8.

Attualmente in Qatar vi sono 9 pazienti in lista d'attesa per un trapianto in patria e 2 per il trapianto all'estero (Cina); d'altra parte, 15 stranieri attendono un trapianto in Qatar.

La Organ Transplant Section ha in corso accordi di scambio con tre organismi stranieri. Particolarmente intenso è il rapporto con lo SCOT saudita, che ha inviato tre équipes nell'anno 2004 per raccogliere complessivamente 4 reni, 3 fegati, 1 cuore, 2 cuori impiegati come tessuto e 2 cornee.<sup>244</sup>

D'altro canto, il Qatar offre le sue strutture a pazienti sudanesi per eseguire un numero non precisato di trapianti. Più importante, come si vede dai numeri della Tabella 17, è l'accordo con il Tean Jin University Hospital in Cina, in base al quale un certo numero di pazienti qatarioti ha la possibilità di ottenere un trapianto in questo ospedale. Il report non precisa l'origine degli organi trapiantati ai pazienti operati in Cina: come sappiamo, la Cina è al centro di polemiche internazionali per il presunto utilizzo di organi espianati da condannati a morte.

### *Yemen*

Non esistono attualmente dati sulla pratica dei trapianti in Yemen, il più povero fra i paesi della penisola, anche se la fine della lunga guerra civile — il paese è stato diviso fino a pochi anni fa in due stati, legati rispettivamente a Egitto e Arabia Saudita — e l'inizio dello sfruttamento dei giacimenti petroliferi molto probabilmente produrranno un miglioramento nella situazione economica del paese.

Uno studio recente dimostra una notevole diffusione dell'insufficienza renale nel paese: nel solo ospedale nefrologico di Hajah, nel nord-est del paese, che segue una popolazione di 1, 25 milioni di abitanti, fra il 1998 e il 2002 sono stati ammessi 547 pazienti con insufficienza renale, cronica in 400 casi e acuta negli altri, con alta incidenza, 27,9% dei casi, di eziologia da malaria (*malaria falciparum*). Gli autori

---

<sup>244</sup> L'apparente esiguità di queste cifre va commisurata alle dimensioni del paese: il Qatar, una penisola di 160 km<sup>2</sup> situata nella parte orientale della penisola araba, pur essendo uno degli stati più ricchi del mondo, conta appena 640.000 abitanti.

lamentano la mancanza di dati per altre aree del paese e l'assenza di registri relativi a dialisi e trapianti.<sup>245</sup>

### 1.3. PAESI ISLAMICI NON ARABI DEL MEDIO ORIENTE

Trattiamo a parte alcuni importanti paesi islamici dell'area mediorientale che non sono etnicamente arabi. Si tratta di paesi molto diversi fra loro — stati laici come la Turchia, membro della NATO e sulla soglia di un lento processo di ingresso nell'Unione Europea, repubbliche islamiche come l'Iran e, sia pure in modo meno ideologico, il Pakistan — e con situazioni socio-economiche incomparabili, ma che hanno tuttavia in comune il problema di affrontare il rapporto fra la tradizione culturale islamica e le sfide della modernità, al di fuori della cornice unificante della cultura araba.

Anche dal punto di vista che ci interessa più direttamente, questi paesi presentano situazioni assai diversificate: la Turchia ha programmi di trapianti del tutto analoghi a quelli dei paesi più sviluppati, e flussi di pazienti che si rivolgono ai mercati di organi del Terzo Mondo; per contro, il Pakistan è una riserva di organi per i paesi più ricchi; mentre l'Iran, come abbiamo visto, ha messo a punto un modello originale di donazione compensata da non consanguinei, gestita centralmente a livello pubblico.

Anche il rapporto con la cultura islamica, seppur presente in tutti questi contesti, è affrontato in modo affatto differente. In Turchia, stato laico, è tutt'al più un fattore di cui tener conto nella gestione del consenso. In Pakistan è soprattutto un ostacolo da superare per rimuovere alcune delle cause che impediscono una maggiore diffusione delle donazioni. In Iran, paradossalmente, i leader religiosi — grazie alla tipica creatività interpretativa e alla tendenza all'innovazione proprie dello sciismo — anticipano le decisioni del potere politico, dichiarando la liceità islamica del concetto di morte cerebrale ben prima che il Parlamento si sia risolto a legiferare in materia, il contrario di quel che avviene in paesi come l'Egitto, dove i

---

<sup>245</sup> M. Al-Rohani, "Renal Failure in Yemen", *Transplantation Proceedings*, 36/6, 2004, pp. 1777-1779.

tentativi di processi legislativi spesso si infrangono sulle resistenze degli ambienti religiosi.

### *Turchia*

A differenza degli altri stati della regione, la Turchia è diventata un importante centro di trapianti a livello mondiale con oltre 20 centri specializzati, presso i quali si praticano trapianti di rene, cuore e fegato. Questo sforzo è stato portato avanti soprattutto dal dottor Mehmet Haberal, alla guida del Turkish Transplantation and Burn Foundation e fondatore della Haberal Education Foundation, che ha sviluppato presso l'Università di Baskent un'importante struttura con una facoltà di medicina e corsi specializzati a livello sia di laurea sia di specializzazione.<sup>246</sup>

Tra il 1978 e il 1998 all'interno del programma diretto dal dottor Haberal sono stati effettuati 1167 trapianti di rene; fra il 1988 e il 1999, 46 trapianti di fegato (fegati interi da cadavere, porzioni da vivente e porzioni da cadavere) sono stati praticati dallo stesso gruppo.

Nonostante questa attività, l'insufficiente disponibilità di organi spinge i pazienti in attesa a rivolgersi ai paesi del Terzo Mondo per farsi trapiantare un organo acquistato da donatori estranei. Come nel caso dell'Oman,<sup>247</sup> i centri di nefrologia turchi si trovano a dover curare per varie complicanze post-operatorie questi pazienti una volta rientrati in patria.

In uno studio condotto su 115 pazienti di questo tipo che si sono rivolti al Dipartimento di Nefrologia della Scuola di Medicina di Istanbul, dal 1992 al 1999, sono state rilevate condizioni mediamente peggiori rispetto a coloro che hanno subito un trapianto regolare da donatore della famiglia. I pazienti sono 91 maschi e 24 femmine, di età media di  $42 \pm 12$  anni; quasi tutti hanno subito un trapianto in India (106), oltre a 7 trapiantati in Iraq e 2 in Iran.

---

<sup>246</sup> Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1578.

<sup>247</sup> Cfr. sopra, p. 176.

Durante il periodo di follow-up, mediamente di  $64,5 \pm 23,9$  mesi, sono sorte numerose complicazioni mediche e chirurgiche: infezioni non convenzionali da malaria, infezioni invasive da funghi, e pneumonia da agenti patogeni opportunistici.

Nel complesso 52 pazienti godevano ancora di organi funzionanti al termine del monitoraggio, 22 avevano subito un rigetto, 20 erano deceduti, 21 si erano sottratti al follow-up.

Ecco il riassunto dei tassi di sopravvivenza dei pazienti e degli organi trapiantati confrontati con i tassi relativi ai trapianti effettuati in Turchia:

%	SOPRAVVIVENZA DEI PAZIENTI		SOPRAVVIVENZA DEGLI ORGANI	
	<i>estero</i>	<i>Turchia</i>	<i>estero</i>	<i>Turchia</i>
a 2 anni	90	90	84	86
a 5 anni	80	85	66	78
a 7 anni	74	80	53	73

*Tabella 19: sopravvivenza dei pazienti che hanno subito un trapianto di rene e degli organi trapiantati in Turchia e all'estero, 1992-1999*

Gli autori notano che, se i tassi di sopravvivenza dei pazienti sono simili — un elemento non sorprendente, dato che il trapianto di rene è essenzialmente migliorativo della qualità della vita, ma non indispensabile alla sopravvivenza, — gli organi importati mostrano nondimeno una sopravvivenza nettamente inferiore. Tuttavia, resta da stabilire in che misura questo dipenda dalle condizioni qualitativamente peggiori dei trapianti effettuati in paesi del Terzo Mondo e quanto invece sia dipendente dalla diversa compatibilità dei donatori: i donatori esterni alla famiglia hanno di necessità reni potenzialmente meno compatibili, laddove l'esperienza iraniana ha dimostrato che anche trapianti di rene da donatori non consanguinei possono presentare ottimi tassi di successo, una volta eliminati i fattori sociosanitari (igiene precaria, centri non adeguatamente attrezzati, personale

non sufficientemente specializzato) tipicamente legati al commercio degli organi e ai trapianti clandestini.<sup>248</sup>

In un altro studio del 2004, sono stati monitorati i casi di 6 pazienti turchi (4 uomini, 2 donne) ESRD che hanno scelto di ricevere un trapianto all'estero — 5 in Iraq, 1 in India — seguiti poi presso la Facoltà di Medicina della Selçuk University di Meram, presso Konya. L'età media dei pazienti è di 37 anni (*range* 18–56), dei donatori 24 (*range* 20–27) e il follow-up medio è stato di 56,3 mesi. Tutti i pazienti hanno evidenziato complicanze post-operatorie riassunte nella seguente tabella:

<i>Caso</i>	<i>Età</i>	<i>Sesso</i>	<i>Costo (\$)</i>	<i>Complicazioni</i>	<i>Trattamento</i>
1	30	M	15,000	infezione dei tessuti molli	medico
2	51	M	20,000	eritrocitosi post-trapianto	medico
3	29	M	18,000	cirrosi epatica	medico
4	18	F	22,000	infezione dei tessuti molli + sinusite	medico
5	56	F	15,000	DM (diabete mellito) + iperuricemia	medico
6	38	M	27,000	infezione dei tessuti molli	medico

*Tabella 20: complicazioni, trattamento delle complicazioni e costo dell'operazione per 6 pazienti turchi operati all'estero, 2004*

Nel caso numero 3, il paziente è morto dopo 13 mesi di cirrosi epatica. Nel commentare i problemi relativi ai trapianti da donatori non consanguinei, gli autori osservano che in Turchia è stata adottata una legge molto restrittiva fin dal 1979, ma accennano al dibattito etico in corso sull'eventualità di una maggiore liberalità in merito, proprio per evitare le complicanze che frequentemente insorgono a seguito di trapianti ricevuti in paesi del Terzo Mondo e, pur ritenendo “nonethical and unsuitable” il trapianto da donatore non consanguineo — che tra l'altro nei casi

---

<sup>248</sup> M.S. Sever, R. Kazancioglu, A. Yildiz, A. Turkmen, T. Ecdar, S.M. Kayacan, V. Celik, S. Sahin, A.E. Aydin, U. Eldegez, E. Ark, “Outcome of living unrelated (commercial) renal transplantation”, *Kidney International*, 60/4, 2001, pp. 1477-1483.

in esame risulta avere un costo medio di circa 20.000\$ contro gli 11.000\$ per esami medici, preparazione e interventi in Turchia — notano come anche negli Stati Uniti sia stata contemplata l'opportunità di estendere la donabilità ad amici, che da sondaggi risulterebbero in generale disposti a donare, una forma di donazione proibita in Turchia per evitare abusi.<sup>249</sup>

Nondimeno, Nancy Scheper-Hughes nota che “la Turchia sta emergendo come un sito nuovo e attivo di traffico illegale di organi da trapiantare, con donatori e riceventi che arrivano da altri paesi per gli interventi.”<sup>250</sup> Quindi, sfruttando la disponibilità di tecnologie relativamente progredite e al contempo la vicinanza a paesi poveri di risorse ma ricchi di potenziali donatori a pagamento, la Turchia si appresta a divenire uno snodo importante del mercato mondiale di organi.

Nonostante queste ombre, negli ultimi anni l'estensione della rete dei centri di trapianti in Turchia ha imposto la nascita di figure specializzate nel coordinamento fra centri di espanto e reparti di trapianto, una circostanza assai rara in questa regione del mondo e indubbiamente una garanzia di maggiori controlli sulle attività di trapianto.

Nel 2002 in Turchia esistevano 20 coordinatori responsabili della raccolta di organi e 10 per la loro distribuzione; dato che in linea di principio la legislazione turca si basa su un sistema di silenzio/assenso, ma in pratica si richiede sempre il consenso scritto della famiglia per minimizzarne le reazioni negative, uno studio del 2004, basandosi su un modello di successo in condizioni analoghe, quello spagnolo, stima in 3 per milione di abitanti il numero di coordinatori necessari, dunque circa 200. Dato che attualmente i quattordici ospedali dotati di coordinatore di trapianti raccolgono l'88% dei donatori turchi, un incremento del numero di queste delicate

---

<sup>249</sup> M. Erikoğlu, S. Tavli, Z. Tonbul, “Ethical and Economical Appreciation of Living Nonrelated Donors Renal Transplantation From Outside Turkey”, *Transplantation Proceedings*, 36/5, 2004, pp. 1253-1254. Cfr. anche la discussione alle pp. 102 sgg.

<sup>250</sup> Nancy Scheper-Hughes, *op. cit.*, p. 194.

figure professionali potrebbe assicurare un notevole aumento del numero di organi da trapiantare.<sup>251</sup>

La Akdeniz ('Mar Nero') University Medical School di Antalya, con il suo centro di trapianti, è diventata il principale punto di riferimento per il reperimento di tessuti da trapiantare. La raccolta di tessuti in Turchia è ancora in uno stadio iniziale, se si pensa che negli Stati Uniti nel 1999 si è raggiunto il record di 20.000 donatori cadaverici di tessuti. La tabella che segue riassume i dati sulle attività di reperimento di tessuti in Turchia e presso la Akdeniz University:

	Turchia	Akdeniz University
Pelle	4	4
Valvole cardiache	66	13
Ossa	6	6
Tendine	17 × 4:68	17 × 4:68

Tabella 21: attività di raccolta di tessuti in Turchia, 1999-2003

Gli autori notano le difficoltà poste al coordinatore della raccolta di tessuti dalle resistenze culturali delle famiglie dei potenziali donatori. In specie, negli ultimi tre anni è stato possibile trovare solo 4 donatori di pelle, “perché è difficile spiegare la donazione di pelle alla famiglia”, laddove per le valvole cardiache si ricorre ai donatori cerebralmente morti nel caso in cui non si possa utilizzare il cuore per un trapianto.<sup>252</sup>

L'elevato livello della chirurgia dei trapianti e la maturità delle strutture organizzative in Turchia sono dimostrate da una serie di studi recenti su questioni, diremmo, di secondo livello, che oltrepassano il mero monitoraggio dell'esito

---

<sup>251</sup> L. Yücecin, N. Keçecioğlu, M. Akaydin, F.F. Ersoy “The Solution to Organ Shortage in Turkey: Trained Transplant Coordinators”, *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 24-25.

<sup>252</sup> L. Yücecin, N. Keçecioğlu, A.M. Özenci, Y. Söğüncü, K. İslamoğlu, F.F. Ersoy, “The Role of the Transplant Coordinator on Tissue Donation in Turkey”, *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 22-23.

chirurgico e clinico del trapianto, ma si sforzano di valutare l'impatto psicologico dell'operazione sui pazienti. In specie, uno studio portato a termine da ricercatori della divisione di Psichiatria di Consultazione e di Liaison (Consultation Liaison Psychiatry) della Scuola di Medicina dell'Università di Ankara, hanno eseguito uno studio trasversale (*cross-sectional*) per monitorare la frequenza dei disturbi psichiatrici in un campione — selezionato casualmente su pazienti esterni post-trapianto sottoposti a visite di follow-up dal dicembre 2000 al gennaio 2001, includendo solo pazienti medicalmente stabili con buon esito del trapianto, maggiorenni e con almeno sei mesi di follow-up — di 40 pazienti con ESRD sottoposti a trapianto di rene. La valutazione dei pazienti, condotta attraverso somministrazione di interviste cliniche strutturate (Structured Clinical Interview for the DSM-IV, Clinical Version, SCID-I),<sup>253</sup> ha rivelato che esattamente il 50% dei pazienti mostra una tipologia di disturbo psichiatrico post-trapianto.

Ecco le risultanze della ricerca:<sup>254</sup>

---

<sup>253</sup> Le SCID sono interviste semi strutturate per la formulazione delle diagnosi principali degli assi I e II del DSM-IV, ovvero la classificazione contenuta nel *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, a cura della American Psychiatric Association.

<sup>254</sup> B. Arapaslan, A. Soykan, C. Soykan, H. Kumbasar, "Cross-Sectional Assessment of Psychiatric Disorders in Renal Transplantation Patients in Turkey: A Preliminary Study", *Transplantation Proceedings*, 36/5, 2004, pp. 1419-1421.

<b>DIAGNOSI PSICHIATRICA di DSM-IV</b>	PAZIENTI CON TRAPIANTO DI RENE <i>n° casi (%)</i>
<b>DISTURBI AFFETTIVI</b>	<b>10 (25)</b>
depressione importante	9 (20)
distimia	1 (2.5)
<b>DISTURBI AFFETTIVI + DISTURBI DI ANSIA</b>	<b>4 (10)</b>
depressione importante + disturbo ossessivo-compulsivo	1 (2.5)
distimia + disturbo ossessivo-compulsivo	1 (2.5)
distimia + disturbo da attacchi di panico e agorafobia	1 (2.5)
distimia + disturbo da attacchi di panico senza agorafobia	1 (2.5)
<b>DISTURBI DI ANSIA</b>	<b>6 (15)</b>
agorafobia	2 (5)
disturbo da attacchi di panico senza agorafobia	2 (5)
disturbo di ansia generalizzato	1 (2.5)
fobia sociale	1 (2.5)
<b>TOTALE</b>	<b>20 (50)</b>
<b>NESSUNA DIAGNOSI PSICHIATRICA DI DSM-IV</b>	<b>20 (50)</b>

*Tabella 22: risultati della valutazione SCID-I, DSM-IV sulle diagnosi psichiatriche di trapiantati renali in Turchia, 2000-2001*

È d'uopo notare il carattere pionieristico dello studio, soprattutto in un contesto mediorientale: la Turchia infatti, dai tempi delle riforme di Mustafa Kemal Atatürk (1881-1938) negli anni Venti — che hanno laicizzato il paese, allentando i legami con il resto del mondo islamico, di cui è simbolo manifesto l'adozione dell'alfabeto latino in luogo di quello arabo — ha avviato una lenta ma costante marcia di avvicinamento all'Europa. Gli studi sulle conseguenze psicologiche dei trapianti sono piuttosto recenti, ed è quindi significativo che in un paese dell'area si intraprendano studi di questa natura. Gli unici in questo senso sono lo studio saudita che abbiamo menzionato sulle opinioni del personale sanitario rispetto ai trapianti di organi<sup>255</sup> e, come vedremo, gli studi analoghi condotti in Iran.<sup>256</sup>

Un'altra ricerca rileva le opinioni dei professionisti della salute in merito ai trapianti di organi; il campione del sondaggio è vasto, 1184 intervistati, e copre 5 istituzioni sanitarie, in cui sono stati selezionati casualmente medici e infermieri. I

<sup>255</sup> Cfr. la discussione a p. 173.

<sup>256</sup> Cfr. sotto a p. 204.

risultati mostrano da un lato un'ampia accettazione dei criteri di morte cerebrale, dall'altro una scarsa disponibilità a donare gli organi propri o di un parente; gli autori rilevano la necessità di sensibilizzare il personale medico e paramedico, che gioca un ruolo chiave nell'incentivare la donazione di organi.

I risultati dell'indagine sono riassunti nelle seguenti tabelle:<sup>257</sup>

MOTIVI	<i>Medici</i>	<i>Infermieri</i>
	%	%
Preoccupazione per la violazione del corpo	20,9	79,1
Credenze e/o tradizioni religiose	19,7	80,3
Sospetto di ritiro prematuro del supporto vitale	30,3	69,7
Sospetto di uso improprio di organi/tessuti	29,1	70,9
Mancanza di conoscenze sulla donazione	41,9	58,9
Altro	42,9	58,1

*Tabella 23: motivi per opporsi alla donazione e al trapianto di organi fra il personale medico e paramedico turco, 2003*

<sup>257</sup> H.S. Akgün, N. Bilgin, I. Tokalak, A. Kut, M. Haberal, "Organ Donation: A Cross-Sectional Survey of the Knowledge and Personal Views of Turkish Health Care Professionals", *Transplantation Proceedings*, 35/4, 2003, pp. 1273-1275.

<i>Argomenti</i>	Medici (%)	Infermieri (%)	<i>P Value</i>
<b>Disponibilità a donare</b>			
Disponibile a donare i suoi organi	55,1	37,5	<,00001
Ha già donato gli organi	27,1	11,5	<,00005
Valuterebbe la possibilità di donare gli organi dei familiari	57,8	31,2	<,000001
<b>Conoscenza fattuale</b>			
Buona conoscenza della legislazione pertinente	75,5	67,2	<,05
Buona conoscenza dei trapianti di rene in Turchia	87,3	75,0	<,00005
Buona conoscenza dei trapianti di fegato in Turchia	70,5	65,3	NS
Buona conoscenza delle condizioni per la raccolta di organi	78,6	69,5	<,005
Conoscono i criteri della morte cerebrale	84,3	81,8	NS
Non conoscono i criteri della morte cerebrale	3,4	13,7	<,00005
<b>Formazione</b>			
Ha ricevuto qualche formazione	25,5	21,9	NS
Riceve formazione regolare in servizio	6,1	8,3	NS

Legenda: NS = non significativo

*Tabella 24: raffronto di attitudini, livelli di conoscenza e comportamento relativo alla donazione di organi di medici e infermieri turchi, 2003*

Va notato a questo proposito che anche in un paese laico come la Turchia i fattori religiosi continuano a costituire un ostacolo importante alla donazione di organi, soprattutto presso le persone di scolarità inferiore — in questo caso, il personale infermieristico ha un'incidenza negativa del fattore religioso superiore all'80%, contro meno del 20% dei medici.

### *Iran*

L'Iran rappresenta un caso peculiare nell'ambito dei paesi islamici: in particolare, la storica prevalenza dello sciismo duodecimano — minoritario in tutti gli altri paesi islamici, tranne l'Iraq, dove però non è mai riuscito a emergere dal tradizionale stato di marginalizzazione rispetto all'Islam sunnita — ha conferito al paese tratti del tutto specifici, che si sono riflessi nelle vicende storiche dell'età contemporanea.

Diversamente da quel che nell'immaginario collettivo un paese come l'Iran può suscitare, lo sciismo ha storicamente in sé dei fattori di modernità e di progresso, legati alla presenza degli imam prima — fino all'874, l'esistenza di un

legittimo interprete vivente della legge consentiva di evitare l'irrigidimento della *šarī'a*<sup>258</sup> — e poi alla costituzione di un clero organizzato — a partire dalla rivoluzione safavide all'inizio del secolo XVI — che trova ragione della propria esistenza anche nella reinterpretazione della legge canonica alla luce delle mutate esigenze dei tempi.

I risultati di questa specificità culturale sono evidenti anche nel campo di cui ci stiamo occupando: l'Iran ha manifestato negli ultimi anni un significativo incremento della pratica dei trapianti, dovuto alla scelta politica della giovane Repubblica Islamica (1979) di definire un nuovo modello di gestione dei trapianti, in grado di risolvere i problemi cronici legati alle lunghe liste di attesa. Al centro di questo modello c'è, come abbiamo visto alle pp. 102 sgg., l'aperta legalizzazione della donazione da estranei al nucleo familiare, secondo uno schema messo a punto da un Comitato Consultivo Scientifico che, pur escludendo in linea di principio il commercio vero e proprio, ammette la "donazione compensata".

I risultati di questo modello sono senz'altro notevoli: l'Iran è oggi verisimilmente l'unico paese al mondo che non abbia pazienti in lista d'attesa per trapianti di rene. D'altra parte, l'ampia disponibilità di donatori viventi ha scoraggiato lo sviluppo della donazione cadaverica, nonostante quest'ultima sia stata consentita da una *fatwà* emessa il 15 maggio 1989 dall'ayatollah Khomeini — legalizzata da una legge emanata dal Parlamento solo nel 1999, dopo che nel 1995 il parlamento iraniano aveva respinto una precedente proposta di legalizzazione. Ciò ha provocato anche una drammatica riduzione del numero di donazioni da consanguinei, che dal 100% dei primi 100 trapianti eseguiti nel programma di Tehran, sono scesi al 9%, sebbene solo il 19% dei riceventi da donatore non consanguineo sia privo di potenziali consanguinei donatori.

Per ridurre i rischi di abusi così diffusi nei paesi circostanti, i donatori sono convogliati presso l'associazione nazionale per il supporto dei malati di rene allo

---

<sup>258</sup> Il ruolo dell'imam vivente nella modernizzazione dell'Islam è ben dimostrato dal caso degli ismailiti, che al contrario degli sciiti duodecimani (maggioritari in Iran e Iraq) continuano ad avere una guida suprema, l'Agha Khan, che per il suo ruolo è in grado di orientare in senso modernista e di fatto filoccidentale la sua comunità.

stato terminale, escludendo qualsiasi agenzia o mediatore privato e fungendo da unica interfaccia fra donatori, riceventi e unità di trapianto. Per evitare di trasformare l'Iran in un paradiso dei trapianti, i pazienti stranieri sono accettati solo se accompagnati da donatori del loro paese.<sup>259</sup>

È questo il caso dei numerosi rifugiati afgiani (l'Iran ne ospita 1.600.000, il 40% degli esuli), che hanno avuto paradossalmente accesso a terapie inesistenti nel loro paese (gli autori della ricerca sollevano la questione etica del rimpatrio di questi esuli dopo la fine dei conflitti afgiani, dato che i rapporti delle Nazioni Unite mostrano l'impossibilità di offrir loro terapia adeguata): fino al 2004, 179 afgiani hanno ottenuto trattamenti di dialisi e 62 un trapianto di rene (9 da consanguinei, 1 da coniuge, 50 da donatori afgiani estranei e 1 da cadavere). Le leggi iraniane, anche in questo caso, escludono non solo il trapianto da donatore iraniano a ricevente straniero, ma anche il contrario: ai profughi afgiani non è consentito essere donatori a pagamento per pazienti iraniani, una misura che contribuisce senz'altro a evitare abusi. Il successo del modello iraniano di gestione dei donatori è indiscutibile, al di là delle questioni etiche che solleva la legalizzazione della "donazione compensata": fino alla fine del 2003 sono stati eseguiti 15.948 trapianti di rene, e le liste di attesa sono state eliminate fin dal 1999.<sup>260</sup>

Il sistema di "donazione retribuita" supera molte delle obiezioni spesso sollevate contro le pratiche di trapianto da donatore non consanguineo. Il sistema mostra un complessivo equilibrio sociale — se è vero che l'80% dei donatori proviene dalla classe di reddito più bassa, a questa classe appartiene anche il 50% dei riceventi — e di fatto non può neppure essere considerato una vera e propria compravendita di organi: i donatori sono ricompensati dalla Charity Foundation for Specific Disorders (CFFSD), una organizzazione non governativa, istituita da una legge del 1997, che compensa i donatori con l'equivalente di circa 1000\$. Inoltre, la

---

<sup>259</sup> Abdallah S. Daar, "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *cit.*, p. 1578.

<sup>260</sup> A.J. Ghods, Nasrollahzadeh D., Kazemeini M., "Afghan Refugees in Iran Model Renal Transplantation Program: Ethical Considerations", *Transplantation Proceedings*, 37/2, 2005, pp. 565–567.

legge di regolamentazione dei trapianti del 2000 autorizza solo gli ospedali universitari pubblici a eseguire queste operazioni, che sono interamente a carico dello stato.

Di conseguenza, vengono a cadere due degli aspetti più negativi della compravendita di organi: lo sfruttamento dei donatori da parte dei mediatori (in Iran l'unico mediatore è lo Stato) e l'esclusione dei poveri dalla possibilità di accedere a un trapianto (è lo Stato che si fa carico di tutte le spese, sia mediche sia di ricompensa del donatore).<sup>261</sup>

Nel complesso, secondo i dati forniti dal dottor I. Fazel durante il congresso della MESOT tenuto nel 1994 a Isfahan, dal 1985 al 1993 in Iran sono stati eseguiti 2627 trapianti di rene, il 68,3% da donatori non consanguinei. I dati di sopravvivenza del trapianto sono risultati molto vicini a quelli dei trapianti da donatore consanguineo:

SOPRAVVIVENZA %	<i>donatore non consanguineo</i>	<i>donatore consanguineo</i>
1 anno	85	90
3 anni	70	78
5 anni	49	50

*Tabella 25: tassi di sopravvivenza dei trapianti da donatore non consanguineo e consanguineo in Iran, 1985-1993*

Questi dati sono eccezionali nel panorama dei trapianti da donatore non consanguineo, e dimostrano che gli elevati tassi di insuccesso registrati altrove, soprattutto nel follow-up dei pazienti operati all'estero più o meno clandestinamente, dipendono in massima parte dalle condizioni igieniche e dalla qualità dell'équipe medica e delle strutture sanitarie.

Un gruppo di autori iraniani offre una serie di interessanti spunti alla riflessione sui temi della “donazione retribuita”. Innanzitutto, si nota che

---

<sup>261</sup> S.M. Akrami, Z. Osati, F. Zahedi, M. Raza, *op. cit.*, p. 2884.

nonostante la disparità di HLA (Human Leucocyte Antigen ‘antigene leucocitario umano’) nei trapianti da donatore non consanguineo, usando i protocolli immunosoppressivi correnti — una condizione che si verifica solo in sistemi regolati come quello iraniano, e non ovviamente nei centri illegali di altri paesi dell’area — i tassi di rigetto e di sopravvivenza sono comparabili a quelli dei trapianti da donatore consanguineo e nettamente migliori di quelli da donatore cadaverico.

Inoltre, gli autori fanno osservare come i discorsi sulla coercizione siano spesso svolti in modo scontato: si suppone infatti che la donazione da consanguineo sia sempre libera e spontanea, e quella da non consanguineo obbligata e spinta unicamente da bisogni materiali. In realtà, sostengono gli autori, in molti casi il parente HLA compatibile è soggetto a una forte pressione interna a sé e nell’ambito del gruppo familiare, che può rendere la sua scelta molto meno libera di quel che sembra, mentre le pressioni nei confronti dei potenziali donatori retribuiti sono, paradossalmente, meno cogenti: la pressione è puramente materiale, il donatore non si sente spinto da vincoli di affetto e dalle aspettative del nucleo familiare.

C’è poi un ultimo elemento da considerare: esaminando il processo del trapianto da un punto di vista esclusivamente economico, tutte le parti coinvolte ne ricevono un beneficio — chirurgo, équipe medica e coordinatore dei trapianti perché pagati per il loro lavoro, il ricevente che ovviamente ottiene un grande beneficio in natura — tranne il donatore, che al contrario riceve un danno, per la privazione di un organo, il dolore e i postumi connessi con l’intervento, le eventuali complicazioni. I danni arrecati al donatore sono quantificabili economicamente: perché la società non dovrebbe compensarli in qualche modo?

Da un punto di vista statistico, gli autori negano anche un’altra accusa spesso mossa al modello iraniano, di scoraggiare le donazioni da consanguinei e gli espianti da cadavere per l’ampia disponibilità di donatori non consanguinei: il numero di donatori consanguinei sarebbe rimasto costante negli anni, mentre il numero di donatori cadaverici sarebbe in costante aumento dall’approvazione della legge sulla accettazione del criterio di morte cerebrale nel 2000, e resterebbe limitato in

termini assoluti per i problemi tecnici che l'espianto da cadavere presenta per un paese in via di sviluppo come l'Iran.<sup>262</sup>

Tuttavia, in un altro studio gli stessi autori ricordano che la prassi di consentire donazioni retribuite da non consanguinei, introdotta nel 1988 per sopperire alla scarsità di organi da donatori consanguinei, ha di fatto limitato le donazioni da consanguinei: in oltre l'80% dei casi di trapianto da donatore retribuito, ci sarebbe stato almeno un potenziale donatore consanguineo, ma per "motivi culturali" anche i poveri preferirebbero ottenere organi da donatori non consanguinei. Quindi, anche se il numero di donatori consanguinei è rimasto costante, non v'è dubbio che il modello introdotto nel 1988 ne ha fortemente scoraggiato l'aumento; del resto, è verisimile che anche la donazione cadaverica sia limitata non solo da problemi tecnici, ma pure dalla disponibilità di organi da donatori non consanguinei.

Nello stesso articolo, gli autori offrono il quadro storico e attuale dei trapianti in Iran. Come si vede, è una tradizione relativamente antica per un paese del Terzo Mondo:<sup>263</sup>

---

<sup>262</sup> B. Larijani, F. Zahedi, S. Ghafouri-Fard, "Rewarded Gift for Living Renal Donors", *Transplantation Proceedings*, 36/9, 2004, pp. 2539–2542.

<sup>263</sup> Il primo trapianto di cornea in Iran risale al 1935, trent'anni dopo il primo intervento riuscito al mondo, il 7 dicembre 1905 in Moravia, a opera del medico viennese Eduard Konrad Zirm (1863–1944), che trapiantò la cornea di un ragazzo undicenne, Karl Brauer, su un operaio che aveva perduto la vista in un incidente di lavoro.

ORGANO O TESSUTO	PRIMO TRAPIANTO	NUMERO TOTALE	2002		
			<i>totale</i>	<i>donatore vivente</i>	<i>donatore cadaverico</i>
cornea	1935	> 18.000	2581	—	2581
rene	1967	> 14.000	1681	1585	96
midollo osseo	1990	> 800	170	170	—
fegato	1993	55	23	1	22
cuore	1993	45	11	—	11
polmone	2001	4	1	—	1
cuore-polmone	2002	1	1	—	1
pancreas e betacellule (isole pancreatiche)	esperimenti iniziali	—	—	—	—

Tabella 26: dati storici e correnti sul trapianto di organi in Iran, 2002

Dalla tabella si nota anche l'estrema difficoltà di reperire donatori cadaverici, in gran parte per la difficoltà di ottenere il consenso delle famiglie, nonostante la donazione sia stata autorizzata sia sul piano religioso, sia su quello legislativo.

Lo studio esamina altresì le prospettive del trapianto d'organi in Iran, rilevando che attualmente gli xenotrapianti non sono praticati, “a causa di ostacoli tecnici e barriere culturali”, anche se gli esperti di diritto islamico non si opporrebbero, almeno in linea di principio, al trapianto da animali a umani. Inoltre, se la clonazione riproduttiva è stata ufficialmente proibita, un “leader religioso nazionale” ha autorizzato la ricerca sulle cellule staminali e la clonazione terapeutica: tuttavia, gli autori non offrono riferimenti espliciti per queste dichiarazioni.

Nel notare che la donazione rimarrà presumibilmente l'unica soluzione praticabile ancora per molti anni, gli autori esprimono la speranza che gli sforzi iniziali per l'istituzione di un registro nazionale dei trapianti portino con sé un migliore livello di follow-up anche per i donatori, soprattutto non consanguinei — che in molti casi oggi non appaiono seguiti in modo opportuno, sia sul piano medico, sia su quello psicologico — ma anche una maggiore diffusione della donazione cadaverica.<sup>264</sup>

---

<sup>264</sup> B. Larijani, F. Zahedi, E. Taheri, “Ethical and Legal Aspects of Organ Transplantation in Iran”, *Transplantation Proceedings*, 36/5, 2004, pp. 1241-1244.

La grande diffusione dei trapianti in Iran ha consentito ai ricercatori di svolgere studi quantitativi sulle disparità di genere in relazione all'accesso alla terapia. Uno studio su 1500 riceventi e altrettanti donatori mostra che il 78% dei donatori (fra cui ben il 91% dei donatori non consanguinei, ma solo il 51% dei consanguinei) e il 63,1% dei riceventi sono maschi: il confronto di questi dati con quelli relativi alla distribuzione di genere nella popolazione in dialisi (54% di maschi), mostra che “women are discriminated against from RTx [renal transplantation] in Iran”. Tuttavia, gli autori notano giustamente che il 36,9% di donne fra i trapiantati è una percentuale non così lontana da quelle registrate nei centri europei e nordamericani (dal 36,3% al 42%) e nettamente superiore a quelle di altri paesi in via di sviluppo — 31% in Corea, 28% in Marocco, 26% in Egitto, 23% in Turchia, 22% in Pakistan, 19,7% in Siria, 7% in India: in questo, come in altri aspetti (il 63% delle matricole universitarie iraniane nel 2003 sono donne), l'Iran, nonostante l'immagine misogina del paese diffusa in Occidente, dimostra netti progressi verso una situazione di pari opportunità.<sup>265</sup>

Attualmente, esistono in Iran 22 reparti specializzati nel trapianto di rene (il primo trapianto di rene nella regione è stato eseguito nel 1967 a Shiraz, mentre il primo reparto specializzato è stato istituito nel 1985 a Tehran; attualmente i trapianti hanno raggiunto un tasso di 24 interventi per milione di abitanti per anno, con un costo medio di 5000\$), 2 per il fegato (prima operazione nel 1993 a Shiraz, 72 trapianti effettuati finora a Shiraz e Tehran), 2 per cuore e cuore-polmone (entrambi presso centri universitari di Tehran, prima operazione nel 1993, 45 trapianti fino ad oggi) e 2 per il trapianto di midollo osseo.

Nonostante, come abbiamo visto, una *fatwà* emessa nel 1989 dall'ayatollah Khomeini già autorizzasse l'applicazione dei criteri di morte cerebrale, il lento iter legislativo di un provvedimento di regolamentazione ha impedito la diffusione della donazione cadaverica, con l'unica eccezione del centro di Shiraz, presso il quale

---

<sup>265</sup> A.J. Ghods, D. Nasrollahzadeh, “Gender Disparity in a Live Donor Renal Transplantation Program: Assessing From Cultural Perspectives”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2559–2560.

erano sì stati eseguiti solo 9 trapianti da donatore cadaverico, ma con elevata differenziazione (cuore, fegato, rene, midollo osseo).

A Shiraz sono stati inoltre eseguiti 90 trapianti di midollo osseo, per lo più su soggetti talassemici.

Sempre a Shiraz, ha avuto luogo nel 1993 il primo trapianto di fegato da donatore vivente consanguineo in Iran. Da allora sono stati eseguiti 36 trapianti (dati del 2002), fra cui 20 adulti e 16 minorenni; il programma di trapianti di rene su bambini da donatore consanguineo è iniziato nel gennaio 1998.<sup>266</sup> In 28 casi il donatore era cadaverico, in 8 vivente (5 madri e 3 padri). Il monitoraggio dei trapianti mostra un costante miglioramento dei risultati: fra i primi 8 casi, il tasso di sopravvivenza a un anno era di appena il 37,5%, salito all'82,5% nell'ultimo triennio; gli autori dello studio attribuiscono la differenza al miglioramento delle strutture e alla maggiore esperienza.<sup>267</sup>

Nella panoramica pubblicata nel 2002 dal gruppo di lavoro del Dipartimento di Trapianto di Organi dell'Università Medica di Shiraz, che ha eseguito a partire dal 1994 trapianti di fegato presso l'ospedale Nemazee della stessa città, vengono tratte le somme dell'attività relativa ai trapianti in questo periodo.

A Shiraz sono stati complessivamente eseguiti 28 interventi di trapianto di fegato, 21 da cadavere e 7 da donatore consanguineo; i riceventi, 19 maschi e 9 femmine, avevano un'età media di  $20,76 \pm 12,37$  anni, con un *range* che va da 4 a

---

<sup>266</sup> S.A. Malek-hosseini, M. Lahsae, H. Salahi, A. Bahador, M. Haghighat, M.J. Kaviani, M.B. Khosravi, M. Borzoie, M.H. Bagheri, M. Fattahi, H.R. Davari, A. Karbassi, "Living Related Liver Transplantation in Children: The Iranian Experience", *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 377-378.

<sup>267</sup> S.A. Malek-hosseini, H. Salahi, M. Lahsae, A. Bahador, M.B. Lankarani, M.H. Imanieh, M. Saber-firoozi, M.M. Arasteh, N. Dehbashi, B. Geramizadeh, A. Karbassi, "Initial Experience With Liver Transplantation in Iran", *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 375-376. S.A. Malek Hoseini, A. Bahador, H. Salahi, H.R. Davari, M. Lahsae, M.H. Saberfiroozi, M.M. Bagheri, M. Haghighat, "Liver Transplantation in Iran", *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2779-2780.

48 anni. Gli adulti soffrivano nel 43% dei casi di cirrosi criptogenica,<sup>268</sup> i bambini di atresia biliare. Al momento della pubblicazione del report, 20 pazienti erano in buona salute; degli altri, 7 erano morti entro un mese dal trapianto per problemi di rigetto, 1 di sindrome del dotto un anno dopo l'operazione. I risultati del programma sono quindi da considerare buoni.

L'équipe di trapianto di fegato dell'ospedale Nemazee è l'unica attualmente operante in Iran. La mancanza di altri centri specializzati e la difficoltà di ottenere un trapianto all'estero (per i costi eccessivi dell'operazione e della degenza in relazione al tenore di vita nel paese) ha prodotto una lunga lista di attesa — 440 pazienti al momento della redazione del report, in maggioranza (40%) colpiti da infezioni da epatite B.<sup>269</sup> L'ostacolo maggiore per un aumento del numero dei trapianti in Iran è comunque dovuto, più che alla scarsità di centri specializzati, all'indisponibilità di donatori cadaverici; tuttavia, l'adozione legale del criterio di morte cerebrale dovrebbe far aumentare il numero di donatori.<sup>270</sup>

La diffusione dei trapianti in Iran ha fatto nascere una letteratura secondaria che si occupa di monitorare le opinioni in materia degli operatori sanitari. Un sondaggio condotto nel 2003 fra 130 infermieri (96 donne, 34 uomini, età media 32,3 ± 6,7 anni, 6 anni di esperienza lavorativa media) di dieci reparti di cura intensiva a Tehran ha investigato, sulla base di un questionario costituito da

---

<sup>268</sup> Le altre cause più frequenti sono la malattia di Wilson e l'epatite autoimmune, nel 26% dei casi.

<sup>269</sup> Seyed-Ali Malek-Hosseini, Heshmatollah Salahi, Masoud Lahsai, Ali Bahador, Kamran Bagheri-Lankarani, Mohammad-Reza Fattahi, Mohammad-Hadi Imanieh, Mehdi Saber-Firoozi, Najaf Dehbashi, Mohammad-Mehdi Arasteh, Mohammad-Hadi Bagheri, Bita Geramizadeh, Arsha Karbassi, "The First Report of Liver Transplantation in Iran", *Archives of Iranian Medicine*, 5/4, 2002, pp. 213-215.

<sup>270</sup> Lo studio di S. Rezaei, A. Shakour, "Level of Knowledge and Attitude about Brain Death and Organ Donation Among Relatives of Brain Dead Subjects In Tehran", *Journal of Legal Medicine of Islamic Republic of Iran*, 21, 2000, pp. 24-28, dimostra un buon livello di accettazione del concetto di morte cerebrale (164,72 ± 2,33 su un massimo di 210) e un discreto livello di conoscenza del problema (84,4 ± 1,61 su 150) in un campione di 768 iraniani.

quindici domande, il livello di conoscenza e di accettazione degli standard relativi a trapianti e morte cerebrale.

I risultati sono stati abbastanza positivi: l'84,6% degli intervistati ha espresso atteggiamento favorevole per la donazione renale cadaverica (il 77,7% ritiene che il trapianto sia la miglior terapia per i pazienti ESRD), il 66,2% si è espresso a favore dell'ottenimento del consenso familiare. A livello di informazione, il 67,7% è a conoscenza della recente approvazione di norme legislative relative a morte cerebrale e donazione cadaverica; a questo proposito, il 67% accetta l'idea che la morte cerebrale sia morte *tout court*, anche se solo il 40% capisce correttamente il concetto di morte cerebrale e la sua importanza nei trapianti cadaverici; infine, il 70% ha dichiarato di non avere obiezioni di natura religiosa contro la donazione cadaverica. L'ulteriore analisi dei dati mostra la presenza di correlazioni fra insufficiente conoscenza del concetto di morte cerebrale e atteggiamento negativo verso le donazioni cadaveriche da un lato, e fra atteggiamento favorevole a queste e valutazione positiva della terapia dei trapianti dall'altro.<sup>271</sup>

### *Pakistan*

In Pakistan, paese istituzionalmente islamico — si chiama appunto Repubblica Islamica del Pakistan — ma non arabo, erano attivi cinque centri di trapiantologia, il più importante dei quali è il Sindh Institute for Urology and Transplantation di Karachi, che opera sotto la guida del professor Adib Rizvi, con finanziamenti quasi completamente non governativi, e ha anche eseguito oltre 900 trapianti di rene dal 1985, la gran parte da donazione da consanguinei vivi. A sua volta, a Rawalpindi l'équipe guidata dal colonnello M.H. Shah ha seguito ben 937 trapianti fra il 1979 e il 1996.<sup>272</sup>

---

<sup>271</sup> D. Nasrollahzadeh, H. Siavosh, A.J. Ghods “Intensive Care Unit Nurses Attitudes and Knowledge Toward Brain Death and Cadaveric Renal Transplantation in Iran”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, p. 2545.

<sup>272</sup> Abdallah S. Daar, “An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent”, *cit.*, p. 1579.

C'è stato un esiguo numero di donatori cadaverici locali, oltre ad alcuni reni provenienti da donatori cadaverici trasferiti dalla fondazione Eurotransplant, un progetto che centralizza la raccolta e la distribuzione di organi in sei paesi dell'Europa centrale (Olanda, Belgio, Lussemburgo, Germania, Austria, Slovenia) con sede a Maastricht, che invia fuori del suo ambito territoriale gli organi donati per i quali non è disponibile un ricevente idoneo. In Pakistan non è stato però possibile avviare un programma sistematico di trapianti da cadavere in assenza di un quadro legislativo favorevole; è previsto un miglioramento drastico dei risultati dell'attività dei trapianti grazie all'imminente disponibilità di nuove strutture. Nel paese è attivo anche un programma di trapianti che prevede donatori retribuiti, e che serve soprattutto pazienti di paesi vicini.

Recentemente, un gruppo di medici pakistani ha esortato il governo a promulgare una legge che regolamenti la pratica dei trapianti, per impedire che il paese continui ad essere uno snodo del traffico internazionale di organi, soprattutto reni. In un'intervista al quotidiano *Dawn*, l'urologo Saeed Akhtar che, dopo aver lavorato come chirurgo all'ospedale dell'Università del Texas, guida il Dipartimento di Urologia e Nefrologia dell'ospedale della capitale Islamabad, dichiara che "le città di Rawalpindi e Lahore sono diventate centri in cui arrivano dozzine di stranieri, soprattutto arabi, per un trapianto di reni, sfruttando donatori poveri che vendono il loro rene, senza rendersi conto delle conseguenze negative per la loro salute". Secondo il dottor Akhtar, in queste città i trapianti sarebbero eseguiti da medici non specializzati che operano presso piccoli centri privi di strutture idonee, con gravi rischi per donatori e riceventi.

In precedenza, il centro internazionale del traffico di reni era l'India; tuttavia, dopo che il governo indiano ha promosso la legge che ha messo al bando il traffico, il commercio di reni si è trasferito nel vicino Pakistan. A parere del dottor Akhtar, la mancanza di una legge che consenta la donazione da cadavere è di fatto un incentivo al traffico di organi: se il Pakistan legalizzasse l'espianto da pazienti dichiarati cerebralmente morti, proibendo al tempo stesso la vendita di organi,

sarebbe possibile porre fine a questo fenomeno, o quanto meno arginarlo drasticamente.<sup>273</sup>

Un programma di trapianti di fegato in Pakistan non è ancora iniziato. In un esame delle prospettive di questo tipo di intervento nel paese, un gruppo di studiosi del summenzionato Sindh Institute of Urology and Transplantation di Karachi, elenca i principali problemi che ostacolano lo sviluppo dei trapianti di fegato:

1. credenze e tabù culturali, emozionali, religiosi che impediscono ai parenti dei defunti di offrire il loro consenso, anche se gli autori notano che un paese indiscutibilmente islamico come l'Arabia Saudita ha organizzato un programma di trapianti di fegato con donatori cadaverici;
2. mancanza di consapevolezza del pubblico e resistenze da parte di circoli e leader religiosi;
3. mancanza di una regolamentazione legale della morte cerebrale e del prelievo di organi (gli autori propendono per un sistema di silenzio/assenso);
4. assenza di agenzie che si occupino della raccolta degli organi;
5. rischi di commercializzazione nel caso di trapianto da donatore vivente (gli autori sono contrari ai donatori non consanguinei);<sup>274</sup>
6. nessun sistema di supporto finanziario;
7. scarsità di unità di cura intensiva con ventilazione artificiale;
8. *dulcis in fundo*, mancanza di centri in grado di eseguire trapianti di fegato.<sup>275</sup>

---

<sup>273</sup> “Govt asked to enact organ transplant law”, *Dawn*, the Internet Edition, <http://dawn.com>, 29 agosto 2004/12 rajab 1425.

<sup>274</sup> Una breve discussione degli argomenti contro la donazione retribuita — incoraggiamento del traffico di organi, scoraggiamento delle donazioni fra consanguinei, difficoltà di assicurare un efficace controllo pubblico in paesi con elevati livelli di corruzione — è in A. Naqvi, A. Rizvi, “Against Paid Organ Donation”, *Transplantation Proceedings*, 33/5, 2001, p. 2628.

## *Bangladesh*

Il Bangladesh si trova in una situazione doppiamente svantaggiata, essendo da un lato un paese poverissimo e costituendo dall'altro un'"isola" islamica tra India e Birmania. Fino al 1971 il paese costituiva la parte orientale del Pakistan, un'organizzazione statale paradossale dato che le due aree del paese non confinavano, anzi distavano migliaia di chilometri, essendo divise dall'immensa estensione dell'India. La separazione del Bangladesh, pur incoraggiata dall'India, è stata una conseguenza inevitabile dell'ingestibilità della situazione, determinata anche dalle differenze culturali fra le due aree dell'ex-Pakistan unito: il Bangladesh è etnicamente e linguisticamente a prevalenza bengalese, l'attuale Pakistan invece ha come lingua ufficiale l'urdu, e vi sono parlate altre lingue affini (sindhi, panjabi).

Un survey sul monitoraggio di 458 trapiantati renali a Dhaka, capitale del Bangladesh, dal 1988 al 2000 mostra in primo luogo la grande diffusione del trapianto da donatore non consanguineo; gli autori della ricerca affermano pudicamente che questi ultimi (il 36% del totale) sono stati operati "outside the country" — presumibilmente in India, anche se la cosa non viene indicata, — a eccezione di 8 casi di coniugi donatori. L'illegalità dei trapianti eseguiti all'estero, argomento su cui pure gli autori dello studio sorvolano, è indirettamente dimostrata dal fatto che nella quasi totalità dei casi non sono disponibili informazioni sui donatori. Tutti i pazienti, operati in patria e all'estero, hanno ricevuto il successivo follow-up in Bangladesh.

Il confronto fra trapianti da donatore consanguineo e non consanguineo mostra risultati di sopravvivenza simili:

---

<sup>275</sup> Z. Abbas, S.M. Hassan, S. Aziz, A. Naqvi, A. Rizvi, "Prospects of Liver Transplantation in Pakistan", *Transplantation Proceedings*, 34/6, 2002, p. 2472; A. Rizvi, A. Naqvi, "Current Issues and Future Problems in Transplantation in East Asia", *Transplantation Proceedings*, 33/5, 2001, pp. 2623-2625.

sopravvivenza %	1 anno	5 anni	10 anni
DONATORE CONSANGUINEO	93%	83%	77%
DONATORE NON CONSANGUINEO	91%	82%	70%

Tabella 27: tassi di sopravvivenza dei pazienti da donatore consanguineo e non consanguineo in Bangladesh, 1988-2000

Gli autori notano soltanto una maggiore incidenza di rigetto acuto e di diabete mellito come complicanza a lungo termine nei trapiantati che hanno ricevuto un organo da donatore non consanguineo.<sup>276</sup>

## 2. Le associazioni di trapiantologia nei paesi arabi

### 2.1. SOCIETÀ ARABA DI NEFROLOGIA E TRAPIANTO RENALE (ARAB SOCIETY OF NEPHROLOGY AND RENAL TRANSPLANTATION-ASNRT)

La Società Araba di Nefrologia e Trapianto Renale (*Al-Ġam'īyya al-'arabiyya li-amrād wa-zar' al-kulā*, Arab Society of Nephrology and Renal Transplantation-ASNRT), fondata nel 1986, riunisce i nefrologi di diciannove paesi aderenti alla Lega Araba.<sup>277</sup> L'incontro preliminare per la costituzione dell'associazione fu tenuto

---

<sup>276</sup> H.U. Rashid, A. Khanam, M.A. Wahab, K.M. Iqbal, "Renal Transplantation in Bangladesh: Experience With Conventional Therapy", *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, p. 158.

<sup>277</sup> Nonostante il mondo arabo sia diviso in stati sovrani fra loro indipendenti, tutti i governi arabi accettano il principio della comune appartenenza a un'unica nazione, la Nazione Araba (*al-umma al-'arabiyya*). Per enfatizzare gli aspetti comuni, nel 1945 fu costituita la Lega Araba (*al-ġāmi'a al-'arabiyya*), organizzazione internazionale dotata di istituzioni autonome, soprattutto sul piano culturale, cui aderiscono attualmente ventidue paesi: Algeria, Arabia Saudita, Bahrain, Comore, Egitto, Emirati Arabi, Gibuti, Giordania, Iraq, Kuwait, Libano, Libia, Marocco, Mauritania, Oman, Palestina, Qatar, Siria, Somalia, Sudan, Tunisia, Yemen. Le principali associazioni culturali e di

ad Alessandria d'Egitto, a margine del Congresso della Società Egiziana di Nefrologia, su proposta del professore egiziano Al Hossaini Al Ghonaimy. In tale occasione, si decise la costituzione di un comitato di dieci professori di nefrologia egiziani, sauditi, giordani e marocchini, con il compito di redigere gli statuti. La società venne quindi registrata presso la Lega Araba.

Il primo congresso della società fu tenuto nel 1988 in Giordania, organizzato da Tarek Sohimat e Riyad El Saiid; a partire dal secondo congresso, tenuto nel 1991 al Cairo presso la sede della Lega Araba, si decise di tenere regolari congressi biennali, ospitati a rotazione dai diversi paesi membri. A tutt'oggi sono stati tenuti otto congressi, gli ultimi due in collaborazione con l'International Society of Nephrology (ISN); il più recente incontro si è tenuto a Sharm al-Shaikh, in Egitto, dal 10 al 14 febbraio del 2004; il prossimo congresso si terrà ad Amman, in Giordania, dal 3 al 6 aprile del 2006.

Attualmente la ASNRT conta più di ottocento membri nei diversi paesi arabi, e si è strutturata in diverse sezioni, fra cui la più attiva è stata quella pediatrica, che ha tenuto due congressi specialistici al Cairo nel 1996 e a Riyad nel 1998.

Dopo l'egiziano Al Ghonaimy, la presidenza è stata tenuta dal giordano El Saiid, dal tunisino Aziz Al Matery e poi da Rashad Barsoum, dal saudita Abu Melha, dall'egiziano Hassaballah, fino ad arrivare all'attuale presidente Ahmed Al Arrayed.

L'ASNRT pubblica dall'anno 2000 un bollettino in lingua inglese — non va dimenticato che nella quasi totalità dei paesi arabi gli studi medici sono svolti in lingue occidentali, e la terminologia in arabo non è completamente uniformata da un paese all'altro, — *Kidney forum*, arrivato al III volume.

Tra gli obiettivi dell'associazione, lo Statuto cita espressamente nell'articolo 3 “motivare e supportare la dialisi renale e le strutture di trapianto nei paesi arabi che ne sono carenti e [...] ottenere i mezzi per dibattere e discutere i problemi chirurgici, teologici e legali della dialisi e del trapianto di rene in bollettini, conferenze e workshop.”

---

categoria dei singoli paesi arabi sono associate a federazioni panarabe registrate presso la Lega Araba. All'ASNRT aderiscono tutti i paesi della Lega Araba, eccetto Isole Comore, Gibuti e Somalia.

## 2.2. SOCIETÀ PER IL TRAPIANTO DI ORGANI DEL MEDIO ORIENTE (MIDDLE EAST SOCIETY FOR ORGAN TRANSPLANTATION–MESOT)

La Società per il Trapianto di Organi del Medio Oriente (Middle East Society for Organ Transplantation–MESOT) è un’associazione trapiantologica costituita su base areale: ne fanno parte, oltre a quattordici paesi arabi (Algeria, Arabia Saudita, Bahrain, Egitto, Emirati Arabi, Iraq, Kuwait, Libano, Marocco, Oman, Palestina, Siria, Tunisia, Yemen), paesi islamici non arabi (Azerbaijan, Iran, Pakistan, Turchia), ma anche paesi dell’area legati ad altre tradizioni culturali e religiose (Cipro, Ucraina). Il criterio di appartenenza è evidentemente geografico, anche se i criteri di inclusione tengono conto dei rapporti politici esistenti, che giustificano l’adesione, a partire dal 1992, di paesi non contigui all’area mediorientale — come le repubbliche ex sovietiche di Azerbaijan e Ucraina — e una serie di esclusioni eccellenti, a cominciare da quella ovvia di Israele (ma mancano anche importanti paesi arabi come Libia e Giordania).

La MESOT è stata fondata in Turchia nel 1987, e ancor oggi questo stato mantiene un ruolo rilevante nell’organizzazione. Primo presidente dal 1988 al 1990 (la carica ha durata biennale) è stato il medico turco Mehmet A. Haberal; i successivi titolari della carica sono stati:

George M. Abouna	(1990-1992) Kuwait
Iradj Fazel	(1992-1994) Iran
Aziz EI-Matri	(1994-1996) Tunisia
Nevzat Bilgin	(1996-1998) Turchia
Ahad Ghods	(1998-2000) Iran
Adibul Hasan Rizvi	(2000-2002) Pakistan
Antoine Stephan	(2002-2004) Libano
Faissal A.M. Shaheen	(2004-2006) Arabia Saudita

*Tabella 28: presidenti della MESOT, 1990-*

Per il biennio 2006-2008 è stato già eletto presidente il kuwaitiano Mustafa Al Mousawi. L’attuale direzione conta tredici membri: il presidente in carica Faissal A.M. Shaheen (Arabia Saudita), il presidente designato Mustafa Al Mousawi (Kuwait), il vice presidente Behrooz Broumand (Iran), il segretario Hamdi

Karakayali (Turchia), il tesoriere S. Anwar Naqvi (Pakistan); seguono i consiglieri Taieb Ben Abdallah (Tunisia), Enver Hasanoğlu (Turchia), Sameer Huraib (Arabia Saudita), Zaffar Hussein (Pakistan), Marwan Masri (Libano), Glomreza Pourmand (Iran), Nabeel Salmeen (Oman), Magdi Soliman (Egitto). Come si può notare, i paesi al di fuori dell'area mediorientale — Azerbaijan, Cipro, Ucraina — non sono rappresentati a livello di cariche direttive.

La MESOT si è affiliata alla Transplantation Society nel 1990 e dal 1992 collabora a *Transplantation Proceedings*, che da allora pubblica regolarmente gli atti della società.

A sua volta, la MESOT pubblica una propria rivista, *Experimental and Clinical Transplantation* (ECT), che si propone di fornire a clinici, ricercatori, bioeticisti e operatori della salute un mezzo per comunicare idee e progressi nel campo del trapianto sperimentale e clinico di organi e tessuti. ECT è una pubblicazione *peer-reviewed* che esce in inglese con cadenza semestrale (in giugno e dicembre). È in corso la procedura di inserimento negli indici Medline e Index Medicus. Il giornale indica tra gli argomenti ospitati tecniche e innovazioni chirurgiche, immunobiologia e immunosoppressione, risultati clinici, complicazioni, infezioni, forme maligne, donazione di organi, raccolta e conservazione di organi e tessuti, questioni sociologiche ed etiche, xenotrapianti.

Il regolamento della MESOT definisce in tal modo gli obiettivi della società:

- Promuovere e incoraggiare la formazione, la ricerca e la cooperazione nel campo del trapianto di organi fra i centri medici dei paesi mediorientali, nordafricani e centroasiatici, a beneficio dei pazienti dell'area.
- Creare un forum scientifico per la discussione degli aspetti medici, sociali e legali legati ai trapianti.
- Collaborare con le organizzazioni pubbliche e private per promuovere e incoraggiare la ricerca e le applicazioni cliniche relative ai trapianti; partecipare e assistere nel coordinare gli sforzi e la formulazione di programmi che coinvolgano i medici, le agenzie, il personale sanitario e i ricercatori, al fine di promuovere la donazione di organi.

- Promuovere incontri, simposi e congressi, e preparare e distribuire pubblicazioni e annunci per raggiungere questi obiettivi.

Finora sono stati tenuti nove congressi: ad Ankara (Turchia, 1988), Kuwait City (Kuwait, 1990); Tunisi (Tunisia, 1992), Isfahan (Iran, 1994), Limassol (Cipro, 1996), Karachi (Pakistan, 1998), Beirut (Libano, 2000), Muscat (Oman, 2002), Ankara (Turchia, 2004).

### 3. Specificità dei trapianti nei paesi arabo-islamici

#### 3.1. FATTORI CLIMATICI E AREALI

I pazienti che subiscono un trapianto sono inevitabilmente soggetti a una serie di complicanze a opera di agenti patogeni opportunistici, che sfruttano la condizione di debolezza intrinsecamente connessa alla somministrazione di farmaci immunosoppressori.

A questa difficoltà oggettiva, nei paesi del bacino del Mediterraneo e del Medio Oriente si aggiungono alcuni tratti specifici determinati dalle condizioni climatiche prevalenti nell'area. In specie, l'incidenza di alcune patologie, endemiche nei paesi tropicali, provoca specifiche complicazioni post-trapianto.

In una breve rassegna dell'argomento, due medici sauditi specialisti in trapiantologia elencano alcune delle principali patologie tipiche dell'area, che si manifestano con una certa frequenza nei pazienti che hanno subito un trapianto.

- Tuberculosis: è una malattia endemica ai Tropici, dove si registra la maggioranza dei circa 10 milioni di casi rilevati annualmente nel mondo; ne sono affetti fra il 4 e il 15% dei pazienti in dialisi, ma fra i trapiantati il rischio di contrarre la malattia aumenta fra le 50 e le 100 volte.
- Forme tumorali: fra le forme cancerogene che si sviluppano in associazione all'uso di farmaci immunosoppressori, sono tipici dell'area i tumori della pelle, in specie il Sarcoma di Kaposi — con incidenza particolarmente alta fra arabi ed ebrei — che da solo è

responsabile del 75% dei tumori post-operatori (che interessano il 4,5% dei riceventi su un periodo medio di follow-up di 6,5 anni).

- Epatite virale B e C: particolarmente diffusa fra i pazienti in dialisi nei paesi tropicali è l'epatite C (HCV), soprattutto per le condizioni igieniche ancora insoddisfacenti nei centri di dialisi, mentre nella popolazione generale l'incidenza è relativamente bassa, intorno all'1%; elevata anche l'incidenza dell'epatite B (HBV), che in Arabia Saudita interessa circa l'8% dei trapiantati, ma in taluni paesi giunge a un'incidenza del 20-30%.
- Infezioni da funghi: le condizioni climatiche del Medio Oriente favoriscono la diffusione di alcune infezioni opportunistiche da fungo, in pazienti immunodepressi, in specie nocardiosi (oltreché al polmone, anche alla pelle e ai linfonodi), mucormicosi e coccidiomicosi.
- Gravidanza post-trapianto: gli autori, pur notando che non si può parlare in questo caso di complicanza, rilevano che per ragioni psico-sociali (le società mediorientali si aspettano che le donne, anche dopo un trapianto, partoriscono, e le donne stesse sentono di esprimere il loro "valore" generando figli) il 47% delle donne trapiantate fertili e sposate partoriscono, contro una media del 10% dei paesi occidentali. In generale, la gravidanza non comporta problemi gravi<sup>278</sup> (si ha perdita del feto nell'8% dei casi, e un'incidenza del 10% dei rigetti), ma gli autori raccomandano comunque di evitare gravidanze per quanto possibile.
- Diarrea e febbre: queste complicanze comuni ai Tropici esigono esatta determinazione della diagnosi, per stabilirne la natura; particolarmente

---

<sup>278</sup> Ö. Başaran, R. Emiroğlu, S. Seçme, G. Moray, M. Haberal, "Pregnancy and Renal Transplantation", *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 122-124, notano che in uno studio, condotto però su sole 8 gravidanze, in un lungo arco di tempo (dal 1975 al 2003), non si manifestano né impatti negativi sulle funzioni renali della madre, né anomalie congenite nei figli.

importante è ricostruire la storia dei viaggi e dei contatti dei membri della famiglia colpiti, oltreché l'identificazione del cibo assunto.<sup>279</sup>

### 3.2. ORIENTE E OCCIDENTE A CONFRONTO

Un'interessante ricerca svolta congiuntamente da ricercatori operanti in Austria e Arabia Saudita offre interessanti spunti di riflessione sui diversi atteggiamenti del personale medico e paramedico relativamente alla donazione di organi e alle questioni connesse alla definizione di morte cerebrale.

Un identico questionario è stato sottoposto a un campione di personale sanitario in Austria (33 infermieri e 86 medici) e Arabia Saudita (83 infermieri e 42 medici). Il questionario (SIQ, *Social Issues Questionnaire*), oltre a quesiti generali, si incentrava sulle reazioni a uno scenario ipotetico, il Brain-Dead Donor (BDD) dilemma: il BDD presenta una storia in cui un'équipe di trapianti deve decidere se espianare gli organi di un paziente in stato di morte cerebrale in una situazione in cui i membri dell'équipe sono in disaccordo sulla definizione della morte cerebrale e sui principi etici della raccolta degli organi. Il BDD dà corpo ad argomenti centrali nel dibattito bioetico sui trapianti e a opinioni raccolte in interviste del personale sanitario coinvolto, e offre diversi punti di vista sul concetto di morte cerebrale, sul principio del silenzio/assenso, sull'etica della qualità della vita, sul rispetto del defunto e delle sue credenze religiose.

Da un punto di vista religioso, il gruppo austriaco risulta più omogeneo — l'87% si dichiara cristiano, il 13% altro, nessuno musulmano, — il campione saudita molto più composito — il 38% musulmano, il 55% cristiano (naturalmente si tratta di stranieri, accettati sul suolo saudita solo per motivi di lavoro), il 6% altro. Gli autori includono nelle statistiche soltanto chi si dichiara cristiano o musulmano, ma offrono risultati disaggregati solo per nazionalità (intendendo presumibilmente la nazione ove si trova il luogo di lavoro), una scelta che probabilmente falsifica i risultati del campione saudita, nel senso che quest'ultimo è certamente rappresentativo delle opinioni del personale medico (che, come molti ambiti dell'economia del paese è

---

<sup>279</sup> Cfr. A.A. Al-Khader, F.A.M. Shaheen, "Posttransplant Complications Encountered in Renal Transplantation in the Middle East", *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 180-183.

prevalentemente straniero), ma non offre verisimilmente un quadro fedele degli orientamenti del pubblico saudita in generale.

Secondo il sondaggio, la disponibilità a donare gli organi sarebbe più alta fra i sauditi che fra gli austriaci — un chiaro indizio dell'influenza del metodo di selezione del campione saudita, in cui la maggioranza degli individui è appunto straniero — e fra i medici più alta che fra gli infermieri. Ecco il quadro riassuntivo:<sup>280</sup>

<i>Disponibilità al trapianto %</i>	<i>Medici</i>	<i>Infermieri</i>
austriaci	61%	41%
sauditi	75%	59%

*Tabella 29: disponibilità alla donazione di organi in un campione di personale medico austriaco e saudita, 2002*

### 3.3. DISCRIMINAZIONI E PREGIUDIZI: IL TRAPIANTO DI ORGANI E IL CONFLITTO ARABO-ISRAELIANO

Il trapianto di organi, per le sue implicazioni etiche, è un tema particolarmente sensibile dal punto di vista delle discriminazioni e dei pregiudizi: la necessità di scegliere un numero limitato di riceventi, la difficoltà di operare scelte del tutto oggettive, la drammaticità delle conseguenze per gli esclusi tendono ad acuire la percezione delle distorsioni per appartenenza etnica e religiosa, orientamento sessuale e così via.

Nell'ambito del mondo arabo, il contesto più sensibile alla percezione della questione è senza ombra di dubbio il conflitto arabo-israeliano. I cittadini israeliani

---

<sup>280</sup> R.D. Fitzgerald, A. Fitzgerald, F.A.M. Shaheen, J.M. DuBois, "Support for Organ Procurement: National, Professional, and Religious Correlates Among Medical Personnel in Austria and the Kingdom of Saudi Arabia", *Transplantation Proceedings*, 34/8, 2002, pp. 3042-3044.

del “settore arabo”, ovvero il segmento arabo della popolazione dello Stato di Israele, lamentano costantemente il proprio status di cittadini di seconda categoria; a maggior ragione, i palestinesi che vivono nei territori occupati (Cisgiordania e Striscia di Gaza — quest’ultima da poco liberata dalle truppe israeliane) si ritengono vittime di soprusi che vanno ben oltre le esigenze di controllo e sicurezza dell’occupazione militare. Questa percezione di un trattamento discriminatorio è, a sua volta, ripresa ed enfatizzata dagli esponenti degli stati arabi, che da decenni pongono la questione palestinese al centro della loro agenda politica.

L’incrocio di questi due elementi — la delicatezza della materia e le specificità oggettive del conflitto arabo-israeliano — rende la parità di accesso ai trapianti di organi in Israele un tema particolarmente spinoso.

Articoli scientifici di medici israeliani si sforzano di dimostrare, con l’appoggio di ampi riscontri statistici, l’assenza di differenze significative fra arabi ed ebrei nell’accesso ai trapianti in Israele. Un ampio studio di caso sui trapianti pediatrici di rene da donatore cadaverico in Israele dal 1990 al 2001 giunge alla conclusione che “la distribuzione dei trapianti di rene da donatore cadaverico fra giovani pazienti ebrei e arabi in dialisi non ha mostrato differenze ed è stata associata a tempi di attesa comparabili, identici sistemi di valutazione delle urgenze e simili esiti a lungo termine,” al contrario di quel che è stato notato in paesi come gli Stati Uniti, dove indagini statistiche hanno rilevato la presenza di notevoli differenze nell’accesso ai trapianti fra i vari gruppi etnici.<sup>281</sup>

Per contro, nel mondo arabo-islamico il tema dei trapianti, innestato nella questione palestinese, si rivela pregno di suggestione psicologica. Ad esempio, il progetto di monitoraggio televisivo del Middle East Media Research Institute

---

<sup>281</sup> Alfred Drukker, Sofia Feinstein, Choni Rinat, Anat Rotem-Braun e Yaacov Frishberg, “Cadaver-Donor Renal Transplantation of Children in Israel (1990–2001): Racial Disparities in Health Care Delivery?”, *Pediatrics*, 112, 2003, pp. 341-344. Le conclusioni sulle disuguaglianze di accesso negli Stati Uniti sono parzialmente respinte nello stesso numero da Chesney, Russell W. e Robert J. Wyatt, “Racial Disparities in Renal Transplantation in Children”, *Pediatrics*, 112, 2003, pp. 409-411.

(MEMRITV)<sup>282</sup> riferisce di una fiction televisiva iraniana, *Zahra dagli occhi blu*, incentrata sulla storia dell'espianto coatto degli occhi a una fanciulla palestinese da parte degli israeliani. La storia segue le vicende di un candidato alla carica di primo ministro dello Stato di Israele, Yitzhak Cohen, che è anche il comandante militare della Cisgiordania, e si apre con scene struggenti di un intervento chirurgico, in cui si mostra una ragazzina palestinese che ha subito la rimozione degli occhi, con tanto di bende a coprire le orbite vuote. Nel primo episodio del serial, Cohen partecipa ad una conferenza che ha per oggetto i progressi compiuti dalla medicina israeliana in tema di trapianto di organi. Poi si mostrano israeliani travestiti da operatori delle Nazioni Unite in visita ad una scuola palestinese, apparentemente per monitorare le condizioni di salute degli occhi dei bambini: ma dietro questa facciata di buone intenzioni si cela il fine autentico di selezionare fanciulli cui sottrarre gli occhi al fine di utilizzarli nei trapianti. Nella seconda puntata si vede poi che il presidente israeliano è tenuto in vita grazie agli organi rubati a bambini palestinesi.

In una intervista rilasciata alla stessa emittente iraniana, Sahar Tv, il produttore della fiction, Ahmad Mir-'Alawii, difende in questo modo il carattere "documentario" della serie:

Abbiamo presentato solo una piccola parte dei crimini dei Sionisti. [...] O Sionisti, avete occupato le case di gente innocente. Li uccidete, facendo affrontare loro i plotoni di esecuzione e strappando loro gli occhi di fronte ai genitori. In questo film vi abbiamo trattato più che equamente, presentandovi mentre gli toglievate gli occhi in una sala operatoria.

C'è una nave bianca che solca gli oceani. Non entra nelle acque territoriali dell'Iran o di paesi simili. I nostri fratelli arabi devono guardarsi da quella nave. In essa sono tenuti bambini di appena uno o due anni, ignari. Sono bambini di cui nessuno si curava, che

---

<sup>282</sup> Il MEMRI si definisce "un'organizzazione indipendente, non di parte, non profit" che "esplora il Medio Oriente attraverso i media della regione". Con sede a Washington, l'istituto — generalmente considerato filo-israeliano, ma che opera esclusivamente con materiale originale — traduce e pubblica stralci di articoli giornalistici (nel sito [www.memri.org](http://www.memri.org)) e di trasmissioni televisive (nel sito gemello [www.memritv.org](http://www.memritv.org)) provenienti dal mondo arabo e dai paesi islamici.

sono stati rapiti col pretesto di occuparsene. Questi bambini sono tenuti su questa nave e nessuno conosce il loro fato. Diventano adolescenti, senza sapere cosa sarà di loro. Ricevono le migliori cure mediche e sono tenuti sotto costante monitoraggio fisico. Perché danno loro queste cure? Per usarli a scopi medici: usano il cuore, i reni e gli altri loro organi.

La trama non segue in dettaglio un caso specifico in Israele [...], la storia è prodotta di ricerche che abbiamo condotto e di informazioni che abbiamo raccolto da ogni parte e messo insieme per compilare la storia. Questa storia è una raccolta di fatti. Come ho menzionato, abbiamo condotto ricerche e raggiunto conclusioni e le abbiamo convertite in questo film per far sapere al mondo che cosa i Sionisti stanno facendo ai palestinesi.

Queste posizioni, ovviamente deliranti, sono interessanti per cogliere il ruolo psicologicamente potente che la questione dei trapianti occupa nell'immaginario collettivo del mondo arabo-islamico, ma non solo. Il trapianto, più ancora di altri interventi sul corpo, è un atto cruento volto al fine nobile di salvare una vita: se si eliminano la spontaneità della donazione e l'eticità dell'atto medico, può trasformarsi facilmente in una violenza estrema. Un contesto socio-politico violento come quello israelo-palestinese può agevolmente dar corpo ai sospetti istintivi di fronte ai trapianti — si pensi alle resistenze psicologiche che anche nei paesi occidentali molti hanno ancora all'idea dell'espianto dei propri organi prima della morte cardiopolmonare — e costruire una sindrome del complotto “medico-politico”.

Naturalmente, non vanno trascurati altri elementi specifici del conflitto arabo-israeliano: in specie, la tentazione, da parte degli arabi — vittime delle “vittime per eccellenza”, come recita la fortunata formula di Edward Said (1935-2003) — di stabilire un'equivalenza fra sionisti e nazisti, applicando nel caso specifico il modello della medicina del lager agli israeliani: nel primo episodio della serie suddetta infatti, il personaggio Cohen celebra non per caso proprio i “progressi” compiuti dalla medicina israeliana in tema di trapianto di organi, un'eco sinistra delle derive eugenetiche della medicina hitleriana.

Nonostante la perenne situazione di conflitto, latente o palese, fra israeliani e palestinesi, esistono fortunatamente anche fenomeni più rassicuranti, proprio nell'ambito dei trapianti: in particolare, sono stati riportati casi di donazioni di organi che hanno attraversato le barriere politiche e culturali. Anche se i media tendono ad accentuare questi episodi per il loro carattere emozionale, l'ormai lunga coesistenza fra arabi ed ebrei ha indubbiamente creato una serie di legami di cui la donazione di organi è l'estrema manifestazione.<sup>283</sup>

#### 4. *Dati statistici*

Possiamo concludere la nostra disamina sulla situazione dei trapianti nel mondo arabo-islamico, presentando i più recenti dati statistici disponibili sugli interventi di trapianto di organi nel complesso dei paesi arabi e islamici: si tratta dei riscontri numerici forniti per il 2002 dalla Worldwide Transplant Center Directory.<sup>284</sup> L'importanza di questi dati deriva dal fatto che sono il risultato di una raccolta, per quanto questo sia possibile, completa delle informazioni relative ai trapianti in tutti i paesi del mondo, secondo metodologie standard di trattamento: a differenza dei dati che si ricavano dalla letteratura specialistica, sono omogenei, e per questo risultano particolarmente adatti a una valutazione complessiva della realtà di cui ci stiamo occupando.

Se ne deduce che nell'anno in esame non sono stati effettuati trapianti di cuore e polmone in nessuno di questi paesi, sebbene in periodi precedenti siano stati eseguiti trapianti di cuore in Giordania e Libano.

Ecco i dati per i trapianti di rene:

<i>Paese</i>	<i>n° trapianti</i>	<i>per milione di abitanti</i>
--------------	---------------------	--------------------------------

---

<sup>283</sup> Cfr. Fiamma Nirenstein, "A Gerusalemme il cuore arabo di Ali adesso batte in un bambino ebreo", *Liberal*, 19 marzo 1998.

<sup>284</sup> *Worldwide Transplant Center Directory*, pubblicato dall'UCLA Immunogenetics Center di Los Angeles.

Iran	228	3,35
Arabia Saudita	116	4,39
Turchia	105	1,50
Israele	101	16,09
Oman	71	23,65
Iraq	33	1,26
Egitto	15	0,19
Indonesia	8	0,03

*Tabella 30: trapianti di rene nei paesi arabo-islamici, 2002*

#### Trapianti di fegato:

<i>Paese</i>	<i>n° trapianti</i>	<i>per milione di abitanti</i>
Turchia	84	1,20
Oman	44	14,65
Israele	25	3,98
Arabia Saudita	12	0,45

Israele: dati del 2001

*Tabella 31: trapianti di fegato nei paesi arabo-islamici, 2002*

Un'altra importante fonte di dati relativi ai trapianti è l'Asian Society of Transplantation. Questa associazione, fondata nel 1989, riunisce 16 paesi asiatici nei quali esistono programmi attivi di trapianto di organi. Periodicamente, l'associazione raccoglie dati sul numero dei centri che si occupano di trapianti, sul tipo e numero di trapianti di organo effettuati, la situazione e il numero dei pazienti in dialisi, il numero di candidati per trapianti in lista d'attesa, il numero dei pazienti che si recano all'estero per un trapianto, oltre a informazioni qualitative (nuove

tecniche, notizie generali, problemi di varia natura). Viene inviato un questionario che contiene domande relative a queste informazioni a una lista di persone impegnate in ruoli importanti in merito all'attività trapiantologica nei paesi interessati.

Gli ultimi dati pubblicati sono relativi al quadriennio 1998–2002 (i dati relativi ai paesi interessati dalla nostra analisi sono in grassetto):

	<i>rene</i>		<i>fegato</i>		<i>pancreas</i>	<i>pancreas - rene</i>	<i>cuore</i>	<i>polmone</i>	<i>cuore - polmone</i>
	DC	DV	DC	DV					
<b>Arabia Saudita</b>	<b>363</b>	<b>1021</b>	<b>77</b>	<b>54</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>18</b>	<b>6</b>	<b>0</b>
<b>Bangladesh</b>	<b>0</b>	<b>122</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Cina	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Corea	812	3483	248	961	18	25	103	6	1
Filippine	47	1223	7	0	0	0	0	0	0
Giappone	726	2844	17	1607	0	9	12	49	0
Hong Kong	242	103	110	147	0	0	35	7	1
India	609	14.613	25	23	0	0	39	1	0
Indonesia	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malesia	262	179	1	2	0	0	8	0	0
<b>Pakistan</b>	<b>9</b>	<b>5290</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Singapore	216	168	40	31	0	0	11	3	0
Tailandia	425	360	67	0	0	0	16	7	11
Taiwan	529	127	118	148	1	0	218	27	4
<b>Totale</b>	<b>4240</b>	<b>29.533</b>	<b>710</b>	<b>2975</b>	<b>19</b>	<b>34</b>	<b>460</b>	<b>106</b>	<b>17</b>

Non disponibili: Tailandia nell'anno 2002.

Legenda: DC, donatore cadaverico; DV, donatore vivente; — dati non disponibili

Tabella 32: numero di trapianti di organo in Asia, 1998–2002

Per il 2002, i dati disponibili (limitati ai pochi paesi che li hanno forniti), in merito ai pazienti in dialisi e a quelli in lista d'attesa per un trapianto di rene, sono i seguenti:

	PAZIENTI IN DIALISI PER MILIONE DI ABITANTI	LISTE DI ATTESA	
		n° pazienti	tempo medio di attesa (anni)
<b>Arabia Saudita</b>	<b>351,7</b>	<b>4248</b>	—
<b>Bangladesh</b>	<b>8,9</b>	<b>125</b>	—
Corea	—	4000	2,2
Filippine	56,6	—	—
Giappone	1803,3	12.974	—
Hong Kong	552,7	1018	4,3
India	12,3	—	—
<b>Pakistan</b>	<b>25,3</b>	<b>1650</b>	—
Singapore	786,3	666	5,8
Taiwan	1609,9	7000	1,9

Tabella 33: pazienti in dialisi e in lista d'attesa per un trapianto in alcuni paesi asiatici, 2002

Il registro asiatico dei trapianti segnala anche le principali correnti migratorie dei pazienti che scelgono di ricevere un trapianto all'estero; questi flussi sono segnalati a partire da sette paesi (Arabia Saudita, Bangladesh, Giappone, Hong Kong, Pakistan, Singapore, Taiwan):<sup>285</sup>

DA	A			
<b>Arabia Saudita</b>	<b>Pakistan</b>	<b>Filippine</b>	<b>Egitto</b>	
<b>Bangladesh</b>	<b>India</b>			
Giappone	Cina	Filippine	Stati Uniti (legalmente)	Australia (legalmente)
Hong Kong	Cina			
<b>Pakistan</b>	<b>Gran Bretagna</b>	<b>Stati Uniti</b>		
Singapore	Cina	India		
Taiwan	Cina			

Tabella 34: principali flussi internazionali dei trapianti nei paesi asiatici, 2002

I dati sui trapianti del periodo 1997–2001 sono utili per i paesi per i quali non sono presenti dati più recenti.<sup>286</sup>

<sup>285</sup> K. Ota, “Asian Transplant Registry”, *Transplantation Proceedings*, 36/7, 2004, pp. 1865–1867.

<sup>286</sup> K. Ota, “Current Status of Organ Transplants in Asian Countries”, *Transplantation Proceedings*, 36/9, 2004, pp. 2535–2538.

	<i>rene</i>		<i>fegato</i>		<i>pancreas</i>	<i>pancreas - rene</i>	<i>cuore</i>	<i>polmone</i>	<i>cuore - polmone</i>
	DC	DV	DC	DV					
<b>Arabia Saudita</b>	<b>394</b>	<b>945</b>	<b>93</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
<b>Bangladesh</b>	<b>21</b>	<b>81</b>	<b>0</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Cina	15.640	57	392	1	1	63	60	9	2
Corea	922	3556	249	641	17	19	122	4	3
<b>Emirati Arabi Uniti</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	—	—	—	—	—	—	—
Filippine	47	1199	4	0	0	0	0	0	0
Giappone	763	2646	14	1331	0	11	12	21	0
Hong Kong	191	205	89	103	0	0	31	5	0
India	609	15.345	27	17	0	0	41	1	0
Indonesia	—	247	—	—	—	—	—	—	—
Malesia	98	160	5	2	0	0	13	0	0
<b>Oman</b>	<b>1</b>	<b>66</b>	—	—	—	—	—	—	—
<b>Pakistan</b>	<b>11</b>	<b>4394</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
Singapore	211	154	46	18	0	0	11	2	0
Tailandia	512	245	85	0	0	0	30	10	13
Taiwan	575	136	115	93	1	0	256	28	0
<b>Totale</b>	<b>19.995</b>	<b>29.442</b>	<b>1119</b>	<b>2259</b>	<b>19</b>	<b>93</b>	<b>596</b>	<b>84</b>	<b>22</b>

Non disponibili: Indonesia, Oman, Cina, e Emirati Arabi Uniti negli anni 2000 e 2001.

Legenda: DC, donatore cadaverico; DV, donatore vivente; — dati non disponibili

*Tabella 35: numero di trapianti di organo in Asia, 1997-2001*

	rene				fegato				pancreas		pancreas - rene		cuore		polmone		cuore - polmone	
	2000		2001		2000		2001		2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001	2000	2001
	DC	DV	DC	DV	DC	DV	DC	DV										
<b>Arabia Saudita</b>	59	195	87	228	10	16	0	19	0	0	0	0	3	2	0	2	0	0
<b>Bangladesh</b>	0	29	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cina	5480	21	—	—	234	0	—	—	0	—	33	—	26	—	0	—	0	—
Corea	114	556	94	646	41	186	35	268	3	0	7	5	14	21	1	0	0	0
<b>Emirati Arabi Uniti</b>	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Filippine	16	186	6	166	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Giappone	146	600	151	551	6	314	6	412	0	0	1	5	3	6	0	14	0	0
Hong Kong	41	19	23	37	18	36	23	37	0	0	0	0	6	10	0	1	0	0
India	100	3207	70	3409	2	7	3	8	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0
Indonesia	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malesia	27	25	38	29	1	2	4	0	0	0	0	0	3	4	0	0	0	0
<b>Oman</b>	0	7	—	—	0	0	—	—	0	—	0	—	0	—	0	—	0	—
<b>Pakistan</b>	0	1186	0	1244	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Singapore	44	30	46	46	10	1	7	3	0	0	0	1	2	1	1	0	0	
Tailandia	91	109	115	0	11	0	31	0	0	0	0	0	3	5	2	0	3	3
Taiwan	104	31	116	29	27	22	29	48	1	0	0	0	43	52	3	7	3	0
<b>Totale</b>	6222	6201	767	6385	363	585	139	795	4	0	41	10	103	104	7	25	6	3

Legenda: DC, donatore cadaverico; DV, donatore vivente; — dati non disponibili

Tabella 36: numero di trapianti di organo in Asia, 2000-2001

	2000						2001					
	trapianto da cadavere		trapianto da vivente			totale	trapianto da cadavere		trapianto da vivente			totale
	NHBD	HBD	LRD	coniuge	LURD		NHBD	HBD	LRD	coniuge	LURD	
<b>Arabia Saudita</b>	0	10	16	0	0	26	0	19	11	0	0	30
<b>Bangladesh</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cina	234	0	0	0	0	234	—	—	—	—	—	0
Corea	0	41	160	11	15	227	0	35	220	19	29	303
<b>Emirati Arabi Uniti</b>	0	0	0	0	0	0	—	—	—	—	—	0
Filippine	0	3	0	0	0	3	0	1	0	0	0	1
Giappone	0	6	314	320	0	6	412	418				
Hong Kong	0	18	36	0	0	54	0	23	37	0	0	60
India	2	0	7	0	0	9	3	0	8	0	0	11
Indonesia	0	0	0	0	0	0	—	—	—	—	—	0
Malesia	0	1	2	0	0	3	0	4	0	0	0	4
<b>Oman</b>	0	0	0	0	0	0	—	—	—	—	—	0
<b>Pakistan</b>	—	—	—	—	—	0	0	0	0	0	0	0
Singapore	0	10	1	0	0	11	0	7	3	0	0	10
Tailandia	0	11	0	0	0	11	0	31	0	0	0	31
Taiwan	0	27	22	0	0	49	0	29	48	0	0	77
<b>Totale</b>	<b>236</b>	<b>127</b>	<b>558</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>947</b>	<b>3</b>	<b>155</b>	<b>739</b>	<b>19</b>	<b>29</b>	<b>945</b>

Legenda:

HBD, heart-beating donor (donatore deceduto senza arresto cardiaco);

NHBD, non heart-beating donor (donatore deceduto con arresto cardiaco);

LRD, living-related donor (donatore vivente consanguineo);

LURD, living un-related donor (donatore vivente non consanguineo);

— dati non disponibili

*Tabella 37: fonti di donatori per i trapianti di fegato in Asia, 2000-2001*

## CONCLUSIONI

L'esame della situazione attuale della trapiantologia nei paesi arabo-islamici mostra un quadro molto variegato, che però condivide un punto di partenza comune: la necessità di legittimare i trapianti di organo su basi accettabili da un punto di vista islamico. La risposta a queste esigenze di legittimazione può manifestarsi in modi assai diversi — dalle legislazioni islamocentriche di Arabia Saudita e Iran, alle leggi laiche dei paesi del Maghreb confortate dai pareri dei giuristi musulmani, al laicismo di stato turco che recupera l'elemento culturale islamico per incoraggiare le donazioni — ma la necessità di tener conto delle specificità religiose e culturali è universalmente diffusa.

Questo aspetto non è esclusivo dei paesi arabo-islamici, ma è importante anche per i paesi occidentali. I flussi migratori, in parte storici — l'emigrazione verso le ex potenze coloniali, dal Maghreb alla Francia, dal subcontinente indiano al Regno Unito — in parte recenti, come l'immigrazione in Italia negli ultimi anni di persone provenienti soprattutto dal Nordafrica, hanno reso prepotentemente attuale il problema di assistere medicalmente pazienti musulmani o comunque di matrice culturale islamica.

In molti casi, in specie nel nostro paese — nel quale la quasi totalità del personale medico e sanitario non ha ricevuto alcuna formazione specifica in merito ai rapporti con gli immigrati di cultura islamica, — gli operatori della salute non hanno loro malgrado gli strumenti adatti per interagire in modo corretto con pazienti che aderiscono a sistemi di valori molto diversi da quelli prevalenti in Occidente.

Il problema della mediazione culturale in ambito medico non ha risvolti soltanto linguistici e simbolici, anche se questi aspetti non vanno certamente trascurati, ma coinvolge elementi ben più concreti: basta pensare alla complessa questione dei riti legati alla morte e alla sepoltura, che per un musulmano dovrebbero svolgersi secondo modalità spesso incompatibili con quelle istituzionalizzate nei paesi occidentali.

La diversità culturale assume una particolare rilevanza nell'ambito dei trapianti: per definizione, questi coinvolgono aspetti particolarmente legati al

concetto di sacralità del corpo, sia per il donatore sia per il ricevente. In particolare, se gli operatori delle strutture sanitarie non sono in grado di comunicare in termini culturalmente persuasivi il concetto di morte cerebrale e i vantaggi individuali e sociali che la donazione offre, si riducono notevolmente le probabilità di ottenere organi da potenziali donatori musulmani. D'altra parte, anche convincere i potenziali beneficiari di un trapianto implica necessariamente di far accettare loro l'intervento su tutti i piani coinvolti: medico, psicologico, ma anche religioso e culturale.

L'esperienza di Regno Unito, Canada, Francia e altri paesi in cui la presenza di immigrati musulmani è stata ormai metabolizzata dimostra che le naturali resistenze e i blocchi culturali possono essere affrontati e superati con successo attraverso lo sforzo coordinato e pianificato di comunicare in termini culturalmente corretti dal punto di vista dell'interlocutore, che può accettare più facilmente le pratiche mediche che gli vengono proposte se le percepisce come rispettose della propria identità culturale e religiosa.

Lo studio dell'esperienza della pratica dei trapianti nei paesi arabo-islamici può essere estremamente utile nell'approntare metodologie di approccio ai problemi psicologici che questo tipo di operazioni inevitabilmente presenta per i musulmani che vivono in Italia: ripercorrendo la storia dei trapianti in questi paesi ed esaminando criticamente i problemi e le difficoltà sorte nel corso del tempo e le soluzioni che sono state individuate e messe a punto, è possibile contestualizzare e attualizzare le principali problematiche, e trovare risposte in grado di risolverle in modo efficace. In questo modo, le nostre società, che non si sono mai trovate ad affrontare problemi di questa natura, possono beneficiare di un'esperienza ormai pluridecennale nei paesi d'origine, evitando errori e vicoli ciechi che farebbero inutilmente ritardare la soluzione di problemi non più eludibili.

## BIBLIOGRAFIA

- “Biographies of Jordan’s new ministers”, *Jordan Times*, 20 giugno 2000.
- “Innovative organ donation scheme proves unsuccessful”, *Middle East Health*, settembre 2001.
- “Liver transplant makes history in Egypt”, The Egyptian State Information Service, 20 maggio 2003.
- “Govt asked to enact organ transplant law”, *Dawn*, the Internet Edition, <http://dawn.com>, 29 agosto 2004/12 rajab 1425.
- “Queen Chairs Meeting of Welfare Association”, *Jordan Times*, 9 giugno 2005.
- IRAQ: Focus on illegal organ trade*, 6 luglio 2005, report dell’Integrated Regional Informations Networks, on-line su [www.irinnews.org](http://www.irinnews.org).
- AA.VV., *International Digest of Health Legislation*, 28, 1977.
- AA.VV., *Islamic Code of Medical Ethics*, Kuwait, 1981.
- AA.VV., *Muqarrarāt al-Mağlis al-Fiqhī al-Islāmī*, Makka, 1405/1985, p. 147.
- AA.VV., *Encyclopaedia of Islam*, Brill, Leiden.
- AA.VV., *Human Life: Its Inception and End as Viewed by Islam*. The Full Minutes of the Seminar on Human Life: Its Inception and End as Viewed by Islam, Held on January 15, 1985 A.D. (Rabi Al-Akhar 14, 1405 H.), Supervised and with an Introduction by Dr. Abd El-Rahman Abdulla Al-Awadhi, Minister of Public Health and of Planning Chairman of the Islamic Organization for Medical Sciences. Edited by Dr. Khaled Al-Mazkur, Dr Alii Al-Saif, Dr. Ahmad Raja’ii Al-Gindi, Dr. Abd Al-Sattar Abu Ghuddah, translated by M. Muneer S. Asbahi, Ph. D.
- AA.VV., “Discussion of Transplantation and Sale of Organs Legal Papers”, in *Human Life Its Inception...*, edizione elettronica: [http://www.islamset.com/bioethics/vision/dis\\_legal.html](http://www.islamset.com/bioethics/vision/dis_legal.html).

- Abbas, Z., S.M. Hassan, S. Aziz, A. Naqvi, A. Rizvi, “Prospects of Liver Transplantation in Pakistan”, *Transplantation Proceedings*, 34/6, 2002, p. 2472.
- Abdul-Rauf, M., “Contemporary Muslim Perspective”, in W. Reich, a c. di, *Encyclopedia of Bioethics*, Free Press, New York, 1978, p. 893.
- Ad hoc Committee of the Harvard Medical School, “A Definition of Irreversible Coma”, *Jama*, 1968, 205, 85.
- Akgün, H.S., N. Bilgin, I. Tokalak, A. Kut, M. Haberal, “Organ Donation: A Cross-Sectional Survey of the Knowledge and Personal Views of Turkish Health Care Professionals”, *Transplantation Proceedings*, 35/4, 2003, pp. 1273-1275.
- Akrami, S.M., Z. Osati, F. Zahedi, M. Raza, “Brain Death: Recent Ethical and Religious Considerations in Iran”, *Transplantation Proceedings*, 36/10, 2004, pp. 2883-2887.
- Aliboni, Roberto, Daniela Pioppi, a c. di, *Arabia Saudita cent'anni*, Franco Angeli, Roma, 2000.
- Anees, Munawar Ahmad, “Islamic medicine — The placebo effect”, *Afkar Inquiry*, 3, 1986, pp. 34-39.
- Angeletti, L.R., F.R. Romani, “Teoria e prassi dell'allattamento al seno nella medicina arabo-islamica medievale”, *Quaderni di Pediatria*, 2/2, 2003, p. 239.
- Arapaslan, B., A. Soykan, C. Soykan, H. Kumbasar, “Cross-Sectional Assessment of Psychiatric Disorders in Renal Transplantation Patients in Turkey: A Preliminary Study”, *Transplantation Proceedings*, 36/5, 2004, pp. 1419-1421.
- Argani, H., S. Mozaffari, B. Rahnama, M. Rahbani, M. Rejaie, A. Ghafari “Evaluation of Biochemical and Immunologic Changes in Renal Transplant Recipients During Ramadan Fasting”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2725-2726.
- Asfar, Lina, “Don et greffe d'organes au Liban — une perspective à encourager: le don posthume”, *La Revue du Liban*, 3649, 15-22 agosto 1998.

- Asfar, Lina, “Don et greffe de cornées”, *La Revue du Liban*, 3650, 22–29 agosto 1998.
- Al-Asfari, Riad, “Current Issues and Future Problems of Transplantation in the Middle East: Syria”, *Transplantation Proceedings*, 33/5, 2001, pp. 2632–2633.
- Asper, Samuel P., Fuad Sami Haddad, “History of Medical Ethics: Contemporary Arab World”, in Warren T. Reich, a c. di, *Encyclopaedia of Bioethics*, New York 1978, vol. 2, pp. 888-891.
- Atighetchi, Dariusch, “La legge islamica e le istanze della bioetica”, *Kos*, 76, 1992, pp. 42-44.
- Atighetchi, Dariusch, “I trapianti d’organo nei Paesi islamici”, *Kos*, 80, 1992, pp. 39-42.
- Atighetchi, Dariusch, “Problemi bioetici nel diritto islamico”, *Kos*, 97, 1993, pp. 30–33.
- Atighetchi, Dariusch, “Etica islamica e trapianti d’organo”, *Medicina e Morale*, 45, 1995/6, pp. 1183-1207.
- Atighetchi, Dariusch, *Islam, musulmani e bioetica*, Armando, Roma, 2002.
- Babu Sahib, M.H., Maulavi, “The Islamic Point of View on Transplantation of Organs”, *Islam and Comparative Law Quarterly*, 7, 1987, pp. 128-131.
- Balty-Guesdon, M.G., “*Bayt al-Ḥikma* et politique culturelle du calife al-Ma’mūn”, *Medicina nei Secoli*, 6, 1994, pp. 275-291.
- Başaran, Ö., R. Emiroğlu, S. Seçme, G. Moray, M. Haberal, “Pregnancy and Renal Transplantation”, *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 122–124.
- Bausani, Alessandro, *L’Islam*, Garzanti, Milano, 1992<sup>3</sup>.
- Beauchamp, Tom L., James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 1994<sup>4</sup>, tr. it. a c. di F. De Martis, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze, 1999.
- Bhowmik, D., S.C. Dash, S. Guleria, A. Panigrahi, S. Gupta, S. Agarwal, S.C. Tiwari, S.N. Mehta, N.K. Mehra, “Spousal Renal Transplants: Implications

- in Developing Countries”, *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 26-27.
- Boobes, Y., N.M. Al Daker, “Should We Have Live Unrelated Donor Transplantation in the MESOT Countries? Islamic Perspective”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2539-2541.
- Boubakeur, Si Hamza, “La greffe du cœur. Point de vue de l’Islam”, *Revue d’Histoire de la Médecine Hébraïque*, 24/95, 1971, pp. 153-154.
- Bouhdiba, Abdelwahab, *La sexualité en Islam*, PUF, Paris, 1982<sup>3</sup>.
- al-Buḥārī, *al-Ṣaḥīḥ*, a c. di Muṣṭafà Dīb, Dār Ibn Kaṭīr, Dimašq, 1410H<sup>4</sup>.
- Capezzone, Leonardo, “La politica ecumenica califfale: pluriconfessionalismo, dispute interreligiose e trasmissione del patrimonio greco nei secoli VIII-IX”, *Oriente Moderno*, 17 (n.s.), 1998, pp. 1-62.
- Capezzone, Leonardo, *La trasmissione del sapere nell’Islam medievale*, Jouvence, Roma, 1998.
- Cardona, Giorgio Raimondo, *Antropologia della scrittura*, Loescher, Torino, 1987.
- Castro, Francesco, “Diritto musulmano”, *Digesto*, UTET, Torino, 1990<sup>4</sup>, vol. VI, pp. 13 e 16-17.
- Chamberlain, Michael, *Knowledge and Social Practice in Medieval Damascus, 1190-1350*, Cambridge University Press, Cambridge, 1994.
- Chesney, W. Russell, Robert J. Wyatt, “Racial Disparities in Renal Transplantation in Children”, *Pediatrics*, 112, 2003, pp. 409-411.
- “Codice Islamico di etica medica”, in Sandro Spinsanti, *Documenti di deontologia ed etica medica*, Paoline, Milano, 1985, p. 183.
- Cor.: *Corano*, introduzione, traduzione e commento di Alessandro Bausani, Sansoni, Firenze, 1978.
- Cortesini, R., “Ethical Aspects in Xenotransplantation”, *Transplantation Proceedings*, 30/5, 1998, pp. 2463-2464.

- Cranford, Ronald E., "I. Criteria for Death", s.v. "Death, Definition and Determination of", in AA.VV., *Encyclopedia of Bioethics*, revised edition, Macmillan, New York, 1995, vol I, pp. 529-534.
- Daar, Abdallah S., "Organ donation—world experience; the Middle East", *Transplantation Proceedings*, 23/5, 1991, pp. 2505-2507.
- Daar, Abdallah S., "An emerging transplant force—developing countries: Middle East and the Indian subcontinent", *Transplantation Proceedings*, 29/1-2, 1997, pp. 1577-1579.
- Daar, A.S., "Animal-to-human organ transplants — a solution or a new problem?", *Bulletin of the World Health Organization*, 77, 1999, pp. 54-61.
- Daar, A.S., "Xenotransplantation and Cloning: Working With the World Health Organization to Develop Ethical Guiding Principles", *Transplantation Proceedings*, 32/7, 2000, pp. 1549-1550.
- Daar, Abdallah S., A. Binsumeit Al Khitamy, "Bioethics for clinicians: 21. Islamic bioethics", *Canadian Medical Association Journal / Journal de l'Association médicale canadienne*, 164/1, 9 gennaio 2001, pp. 60-63.
- Daar, A.S., "Paid Organ Donation and Organ Commerce: Continuing the Ethical Discourse", *Transplantation Proceedings*, 35/3, 2003, pp. 1207-1209.
- Daar, A.S., "Xenotransplantation: Recent Scientific Developments and Continuing Ethical Discourse", *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2821-2822.
- Daar, A.S., A. Bhatt, E. Court, P.A. Singer, "Stem Cell Research and Transplantation: Science Leading Ethics", *Transplantation Proceedings*, 36/8, 2004, pp. 2504-2506.
- Dara, Yunus Hassan, "La Medicina del Profeta", *Islamica*, 1, 1998, pp. 12-14.
- Decret, François, Mhamed Fantar, *L'Afrique du nord dans l'antiquité. Des origines au V<sup>e</sup> siècle*, Payot, Paris, 1981.
- Denaro, Roberta, "Il suicidio nell'Islam medievale: un'ipotesi di lettura della Sunna", *Rivista degli Studi Orientali*, 70, 1997, pp. 23-43.
- Drukker, Alfred, Sofia Feinstein, Choni Rinat, Anat Rotem-Braun, Yaacov Frishberg, "Cadaver-Donor Renal Transplantation of Children in Israel

- (1990–2001): Racial Disparities in Health Care Delivery?”, *Pediatrics*, 112, 2003, pp. 341-344.
- Ebrahim, A.F.M., A.A. Haffejee, *The Shari'ah and organ transplant*, Islamic Medical Association of South Africa, Johannesburg, 1989.
- Al-Eisa, A.A., M. Samhan, M. Naseef, “End-Stage Renal Disease in Kuwaiti Children: An 8-Year Experience”, *Transplantation Proceedings*, 36/6, 2004, pp. 1788–1791.
- Erikoğlu, M., S. Tavli, Z. Tonbul, “Ethical and Economical Appreciation of Living Nonrelated Donors Renal Transplantation From Outside Turkey”, *Transplantation Proceedings*, 36/5, 2004, pp. 1253–1254.
- Fitzgerald, R.D., A. Fitzgerald, F.A.M. Shaheen, J.M. DuBois, “Support for Organ Procurement: National, Professional, and Religious Correlates Among Medical Personnel in Austria and the Kingdom of Saudi Arabia”, *Transplantation Proceedings*, 34/8, 2002, pp. 3042–3044.
- Frati, G., P. Frati, L. Muzzi, G. Oricchio, U. Papalia, M.H. Yacoub, “Medical and Ethical Issues in Xenotransplantation: The Opinion of the Public, Patients, and Transplant Candidates in Italy”, *Transplantation Proceedings*, 33/1-2, 2001, pp. 1884–1885.
- al-Ġāhiz, *Kitāb al-buḥalā'*, ed. Muḥammad Suwayd, Bayrūt, 1408/1988.
- Gasbarro, Nicola, a c. di, *La città dell'Islam e la città della guerra*, Giuffrè, Milano, 1991.
- Gatrad, A.R., “Muslim customs surrounding death, bereavement, postmortem examinations, and organ transplants”, *British Medical Journal*, 309, 1994, pp. 521-523.
- Gatrad, A.R., A. Sheikh, “Medical ethics and Islam: principles and practice”, *Archives of Disease in Childhood*, 84, 2001, pp. 72-75.
- Ghods, A.J., S. Ossareh, P. Khosravani, “Comparison of Some Socioeconomic Characteristics of Donors and Recipients in a Controlled Living Unrelated Donor Renal Transplantation Program”, *Transplantation Proceedings*, 33/5, 2001, pp. 2626–2627.

- Ghods, A.J., “Should We Have Live Unrelated Donor Renal Transplantation in MESOT Countries?”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2542–2544.
- Ghods, A.J., D. Nasrollahzadeh, “Gender Disparity in a Live Donor Renal Transplantation Program: Assessing From Cultural Perspectives”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2559–2560.
- Ghods, A.J., “Changing Ethics in Renal Transplantation: Presentation of Iran Model”, *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 11–13.
- Ghods, A.J., D. Nasrollahzadeh, M. Kazemeini, “Afghan Refugees in Iran Model Renal Transplantation Program: Ethical Considerations”, *Transplantation Proceedings*, 37/2, 2005, pp. 565–567.
- Ghosh, K., “Impact of consanguinity on the allogenic bone marrow transplantation in Oman”, *Indian Journal of Hematology and Blood Transfusion*, 17/2, 1999, pp. 45–47.
- Giladi, Avner, *Infants, Parents and Wet Nurses*, Medieval Islamic Views on Breastfeeding and Their Social Implications, Brill, Leiden, 1999.
- Gutas, Dimitri, *Greek Thought, Arabic Culture: the Graeco-Arabic translation movement in Baghdad in early ‘Abbāsīd society (2<sup>nd</sup>–4<sup>th</sup>/8<sup>th</sup>–10<sup>th</sup> c.)*, Routledge, London, 1998 (tr. it. *Pensiero greco e cultura araba*, a c. di Cristina D’Ancona, Einaudi, Torino, 2002).
- Hajjar, Joseph, *Les Chrétiens Uniates du Proche-Orient*, Seuil, Paris, 1962.
- Hamad Medical Corporation, *Clinical Departments Performance Report 2004*, HMC, Doha (Qatar), 2004.
- Hameed, Abdul, “The holy Prophet as a healer”, *Studies in History and Medicine*, 1/3, 1977, pp. 236–249.
- Hameed, Abdul, “Medical Ethics in Islam”, *Studies in History and Medicine*, 5/2, 1981, pp. 133–159.
- Hawley, Donald, *The Trucial States*, Allen & Unwin, London, 1970.

- Inston, N.G., D. Gill, A. Al-Hakim, A.R. Ready, “Living Paid Organ Transplantation Results in Unacceptably High Recipient Morbidity and Mortality”, *Transplantation Proceedings*, 37/2, 2005, pp. 560–562.
- Issa Bey, Ahmed, *Histoire des Bimaristans (hôpitaux) à l'époque islamique*, Paul Barbey, Le Caire, 1928.
- Jalil, Abdul, “*Tibb al-Nabī*”, *Studies in History of Medicine*, 1/2, 1977, pp. 129–143.
- Jolivet, Jean, “Classification of the Sciences”, in Roshdi Rashed, a c. di, *Encyclopedia of the History of Arabic Science*, Routledge, London, 1996, vol. III, pp. 1008–1025.
- Kay Kā'ūs Ibn Iskandar, *Il Libro dei consigli*, a c. di Riccardo Zipoli, Adelphi, Milano, 1981.
- Kazimirski, A. de Biberstein, *Dictionnaire Arabe Français*, 2 voll., Maisonneuve, Paris, 1860 (rist. Librairie du Liban, Beyrouth, s.d.).
- Kennedy, I., “Xenotransplantation: Ethical Acceptability”, *Transplantation Proceedings*, 29/6, 1997, pp. 2729–2730.
- Kepel, Gilles, *Jihad: expansion et déclin de l'islamisme*, Gallimard, Paris, 2000, trad. it. *Jihad: ascesa e declino. Storia del fondamentalismo islamico*, Carocci, Roma, 2004.
- Al-Khader, A.A., F.A.M. Shaheen, “Posttransplant Complications Encountered in Renal Transplantation in the Middle East”, *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 180–183.
- Khalaf, H., R. Jovero, M. Al-Sofayan, and M. Al-Sebayel, “The Challenge of Finding Donors for Living Donor Liver Transplantation in Saudi Arabia”, *Transplantation Proceedings*, 36/8, 2004, pp. 2222–2223.
- Lancioni, Giuliano, a c. di, *Liriche arabe di Spagna*, Salerno, Roma, 1994.
- Lancioni, Giuliano, “Oralità e scrittura, apporti esterni, concettualizzazioni innovative”, in Mario Capaldo, Franco Cardini, Guglielmo Cavallo, Biancamaria Scarcia Amoretti, a c. di, *Lo spazio letterario del Medioevo*, 3. *Le culture circostanti, II. La cultura arabo-islamica*, Salerno Editrice, Roma, 2003, pp. 233–258.

- Lapidus, Ira M., *A History of Islamic Societies*, Cambridge University Press, Cambridge, 1988, tr. it. di N. Negro, *Storia delle società islamiche*, 3 voll., Einaudi, Torino, 1994.
- Larijani, B., F. Zahedi, E. Taheri, “Ethical and Legal Aspects of Organ Transplantation in Iran”, *Transplantation Proceedings*, 36/5, 2004, pp. 1241-1244.
- Larijani, B., F. Zahedi, and S. Ghafouri-Fard, “Rewarded Gift for Living Renal Donors”, *Transplantation Proceedings*, 36/9, 2004, pp. 2539-2542.
- Lecaldano, Eugenio, *Dizionario di Bioetica*, Laterza, Roma-Bari, 2002.
- Lopez, Roberto S., *The Commercial Revolution of the Middle Ages, 950-1350*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N. J., 1971, tr. it. di A. Serafini, *La rivoluzione commerciale del Medioevo*, Einaudi, Torino, 1975.
- Mahawar, K., A. Sharma, R. Angral, M. Minz, “Altruism and Living-Related Renal Transplantation in India”, *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 24-25.
- Malek Hoseini, S.A., A. Bahador, H. Salahi, H.R. Davari, M. Lahsae, M.H. Saberfiroozi, M.M. Bagheri, M. Haghghat, “Liver Transplantation in Iran”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2779-2780.
- Malek-Hosseini, Seyed-Ali, Heshmatollah Salahi, Masoud Lahsai, Ali Bahador, Kamran Bagheri-Lankarani, Mohammad-Reza Fattahi, Mohammad-Hadi Imanieh, Mehdi Saber-Firoozi, Najaf Dehbashi, Mohammad-Mehdi Arasteh, Mohammad-Hadi Bagheri, Bita Geramizadeh, Arsha Karbassi, “The First Report of Liver Transplantation in Iran”, *Archives of Iranian Medicine*, 5/4, 2002, pp. 213-215.
- Malek-hosseini, S.A., H. Salahi, M. Lahsae, A. Bahador, M.B. Lankarani, M.H. Imanieh, M. Saber-firoozi, M.M. Arasteh, N. Dehbashi, B. Geramizadeh, A. Karbassi, “Initial Experience With Liver Transplantation in Iran”, *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 375-376.
- Malek-hosseini, S.A., M. Lahsae, H. Salahi, A. Bahador, M. Haghghat, M.J. Kaviani, M.B. Khosravi, M. Borzoie, M.H. Bagheri, M. Fattahi, H.R. Davari,

- A. Karbassi, “Living Related Liver Transplantation in Children: The Iranian Experience”, *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 377–378.
- Manns, Frédéric, *Pour lire la Mishna*, Franciscan Printing Press, Jerusalem, 1984 (tr. it. di Giulio Busi, *Leggere la Mišnah*, Paideia, Brescia, 1987).
- Massignon, Louis, “Les Sept Dormants d’Ephese en Islam et en Chrétienté”, *Revue des Etudes Islamiques*, 22-30, 1954-62.
- El-Meteini, M., A. Fayez, M. Fathy, A. Abdalaal, H. Safaan, I. Mostafa, M. Abdalaal, M. Syam, R. Refay, F. Abou-Alfetouh, H. Khedr, Y. El-Halafawy, Y. Taher, H. Hamed, S. Badawy, A. Ryad, H. Awad, A. Abdallah, T.A. Ghafar, M. El-Monayeri, A. Hoballah, A. El-Dorry, M. Adham, O. Boillot, “Living Related Liver Transplantation in Egypt: An Emerging Program”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2783–2786.
- Mor, E., N. Bar-Nathan, D. Shmueli D, E. Shaharabani, A. Yussim, I. Zehavi, R. Shapira, T. Sheinfeld, Y. Ben-Ari, G. Dinari, Z. Shapira, “Initial experience with living-related donor liver transplantation in Rabin Medical Center, Israel”, *Transplantation Proceedings*, 29/6, 1997, pp. 2633-2634.
- Munson, Ronald, *Raising the Dead. Organ Transplants, Ethics, and Society*, Oxford University Press, Oxford, 2002.
- Musallam, Basim F., *Sex and Society*, Cambridge University Press, Cambridge, 1983.
- Naqvi, A., A. Rizvi, “Against Paid Organ Donation”, *Transplantation Proceedings*, 33/5, 2001, p. 2628.
- Nasrollahzadeh, D., H. Siavosh, A.J. Ghods “Intensive Care Unit Nurses Attitudes and Knowledge Toward Brain Death and Cadaveric Renal Transplantation in Iran”, *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, p. 2545.
- al-Nawāwī, Muḥammad Abū Zakariyā al-Šāfi‘ī, *Il Giardino dei devoti* (Riyāḍ al-Šāliḥīn). *Deti e fatti del Profeta*, trad. it. di A. Scarabel, Hikma, Imperia, 1999.
- Nirenstein, Fiamma, “A Gerusalemme il cuore arabo di Ali adesso batte in un bambino ebreo”, *Liberal*, 19 marzo 1998.

- Ota, K., “Asian Transplant Registry”, *Transplantation Proceedings*, 36/7, 2004, pp. 1865–1867.
- Ota, K., “Current Status of Organ Transplants in Asian Countries”, *Transplantation Proceedings*, 36/9, 2004, pp. 2535–2538.
- Phillipson, Harold, “Egyptian doctors held as prisoners of conscience”, *British Medical Journal*, 312/7040, 11 maggio 1996, p. 1231.
- Piccinelli, Gian Maria, *Banche islamiche in contesto non islamico*, Istituto per l’Oriente, Roma, 1996.
- Pontificia Accademia per la Vita, *Dichiarazione sulla produzione e sull’uso scientifico e terapeutico delle cellule staminali embrionali umane*, 24 agosto 2000.
- Prasanna, Athma, “Anaesthesia for Parturient with Renal Transplant”, *The Indian Anaesthetists’ Forum*, giornale on-line, (<http://www.theiaforum.org/>), ottobre 2003/1.
- Rashed, A., O. Aboud, “Renal Transplantation: Seventeen Years of Follow-Up in Qatar”, *Transplantation Proceedings*, 36/6, 2004, pp. 1835–1838.
- Rashid, H.U., A. Khanam, M.A. Wahab, K.M. Iqbal, “Renal Transplantation in Bangladesh: Experience With Conventional Therapy”, *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, p. 158.
- Raza, M., K.M. Hedayat, “Some Sociocultural Aspects of Cadaver Organ Donation: Recent Rulings From Iran”, *Transplantation Proceedings*, 36/10, 2004, pp. 2888–2890.
- Reddy, A.V.R., S. Guleria, R.K. Khazanchi, M. Bhardwaj, S. Aggarwal, S. Mandal, “Attitude of Patients, the Public, Doctors, and Nurses Toward Organ Donation”, *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, p. 18.
- El-Reshaid, K., M.M. Kapoor, M.R. Nampoory, W. El-Reshaid, K.V. Johny, “Pediatric dialysis and renal transplantation in Kuwait over the past 11 years”, *Pediatric Nephrology*, 13/3, 1999, pp. 259–264.

- Rezaei, S., A. Shakour, "Level of Knowledge and Attitude about Brain Death and Organ Donation Among Relatives of Brain Dead Subjects In Tehran", *Journal of Legal Medicine of Islamic Republic of Iran*, 21, 2000, pp. 24-28
- Rispler-Chaim, Vardit, *Islamic Medical Ethics in the Twentieth Century*, Brill, Leiden, 1993.
- Rizvi, A., A. Naqui, "Current Issues and Future Problems in Transplantation in East Asia", *Transplantation Proceedings*, 33/5, 2001, pp. 2623-2625.
- Rodinson, Maxime, *Islam et capitalisme*, Seuil, Paris, 1966 (tr. it. *Islam e capitalismo*, a c. di Patrizio Tucci, Einaudi, Torino, 1968).
- Al-Rohani, M., "Renal Failure in Yemen", *Transplantation Proceedings*, 36/6, 2004, pp. 1777-1779.
- Rosenthal, Franz, "On Suicide in Islam", *Journal of the American Oriental Society*, 66, 1946, pp. 239-259.
- Rothman, D.J., E. Rose, T. Awaya, B. Cohen, A. Daar, S.L. Dzemeshevich, C.J. Lee, R. Munro, H. Reyes, S.M. Rothman, K.F. Schoen, N. Scheper-Hughes, Z. Shapira, H. Smit, "The Bellagio Task Force report on transplantation, bodily integrity, and the International Traffic in Organs", *Transplantation Proceedings*, 29/6, 1997, pp. 2739-2745.
- Roy, Olivier, *L'islam mondialisé*, Seuil, Paris, 2002 (tr. it., *Global Muslim. Le radici occidentali del nuovo Islam*, a c. di Lucia Cornalba, Feltrinelli, Milano, 2003).
- Rumsey, S., D.P. Hurford, A.K. Cole, "Influence of Knowledge and Religiousness on Attitudes Toward Organ Donation", *Transplantation Proceedings*, 35/8, 2003, pp. 2845-2850.
- Sachedina, Abdulaziz, "Islam", in *Encyclopedia of Bioethics*, revised edition, Macmillan, New York, 1995, vol. III.
- Sachedina, Abdulaziz, "Islamic Views on Organ Transplantation", *Transplantation Proceedings*, 20, Suppl. 1, 1988, p. 1087.
- Sahin, A.F., "Islamic Transplantation Ethics", *Transplantation Proceedings*, 22, 1990, p. 939.

- Said, T., M.R.N. Nampoory, M.A. Haleem, M.P. Nair, K.V. Johny, M. Samhan, M. Al-Mousawi, "Ramadan Fast in Kidney Transplant Recipients: A Prospective Comparative Study", *Transplantation Proceedings*, 35/7, 2003, pp. 2614-2616.
- Salim Khan, Muhammad, *Islamic Medicine*, Routledge, London, 1986 (tr. it. di Carla Sborgi, *Medicina Islamica*, Red, Como, 1992).
- Samath, Feizal, "Furor over Dead Worker Shows Migration Risks", IPS news, [www.ipsnews.net](http://www.ipsnews.net).
- Samhan, M., M. Lao, M.R.N. Nampoory, I. Al-Muzairai, T. Said, A. Gawish, F. Donia, K.Y. Johny, M. Al-Mousawi, "Results of 151 Renal Transplants in Kuwait", *Transplantation Proceedings*, 31/8, 1999, pp. 3113-3115.
- Santillana, David, *Istituzioni di diritto musulmano malichita con riguardo anche al sistema sciafiita*, II ed., 2 voll., Istituto per l'Oriente, Roma, 1938-1943.
- Scarcia Amoretti, Biancamaria, Alessandro Bausani, a. c. di, *Il mondo islamico tra interazione e acculturazione*, Istituto Studi Islamici-Università degli Studi di Roma, Roma, 1981.
- Scarcia Amoretti, Biancamaria, *Sciiti nel mondo*, Jouvence, Roma, 1994.
- Scarcia Amoretti, Biancamaria, "Il senso della morte e del morire nell'Islam. Riflessioni", in Livia Crozzoli Aite, a. c. di, *Sarà così lasciare la vita?*, Edizioni Paoline, Roma, 2001, pp. 228-235.
- Scarcia Amoretti, Biancamaria, *Un altro medioevo. Il quotidiano nell'Islam*, Laterza, Bari, 2001.
- Scarcia Amoretti, Biancamaria, "Profilo della realtà arabo-islamica medievale", in Mario Capaldo, Franco Cardini, Guglielmo Cavallo, Biancamaria Scarcia Amoretti, a. c. di, *Lo spazio letterario del Medioevo*, 3. *Le culture circostanti*, II. *La cultura arabo-islamica*, Salerno Editrice, Roma, 2003, pp. 67-101.
- Schacht, Joseph, a. c. di, *Das kitāb al-ḥiial fil-fiqh* (Buch der Rechtskniffe) des abū Ḥātim Maḥmūd ibn al-Ḥasan al-Qazūīnī, Heinz Lafaire, Hannover, 1924 (rist. anastatica, Olms, Hildesheim, 1968).

- Scheper-Hughes, Nancy, "The Global Traffic in Human Organs", *Current Anthropology*, 41/2, 2000, pp. 191-224.
- Al Sebayel, M.I.M., H.A. Khalaf, "The Efficiency of Utilization of Potential Donors for Organ Transplantation in Saudi Arabia: A Pilot Study", *Transplantation Proceedings*, 36/7, 2004, pp. 1881-1882.
- Al Sebayel, M.I.M., H. Khalaf, "Knowledge and Attitude of Intensivists Toward Organ Donation in Riyadh, Saudi Arabia", *Transplantation Proceedings*, 36/7, 2004, pp. 1883-1884.
- Sever, M.S., R. Kazancioglu, A. Yildiz, A. Turkmen, T. Ecdar, S.M. Kayacan, V. Celik, S. Sahin, A.E. Aydin, U. Eldegez, E. Ark, "Outcome of living unrelated (commercial) renal transplantation", *Kidney International*, 60/4, 2001, pp. 1477-1483.
- El-Shahat, Y.I.M., "Islamic Viewpoint of Organ Transplantation", *Transplantation Proceedings*, 31/8, 1999, pp. 3271-3274.
- Shaharabani, E., E. Mor, N. Bar Nathan, D. Shmueli, A. Yussim, R. Nakache, Z. Ben-Ari, H. Or, O. Konikof, B. Sobolev, R. Tur-Kaspa, Z. Shapira, "A 5-year experience in liver transplantation at Rabin Medical Center, Israel", *Transplantation Proceedings*, 29/6, 1997, pp. 2642-2643.
- Shaheen, F.A.M., M.Z. Souqiyyeh, "Current Status of Renal Transplantation in the Kingdom of Saudi Arabia", *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 125-127.
- Shaheen, F.A.M., M.Z. Souqiyyeh, "Increasing Organ Donation Rates From Muslim Donors: Lessons From a Successful Model", *Transplantation Proceedings*, 36/7, 2004, pp. 1878-1880.
- Shahine, Gihan, "When does the soul depart?", *Al-Ahram Weekly*, 420, 11-17 marzo 1999.
- Shehab, Shaden, "Between life and death", *Al-Ahram Weekly*, 528, 5-11 aprile 2001.
- Shroff, S., S. Navin, G. Abraham, P.S. Rajan, S. Suresh, S. Rao, P. Thomas, "Cadaver Organ Donation and Transplantation—An Indian Perspective", *Transplantation Proceedings*, 35/1, 2003, pp. 15-17.

- Simonetti, Manlio, *Cristianesimo antico e cultura greca*, Borla, Roma, 1983.
- Stoller, Kenneth P., “Baby Fae: The Unlearned Lesson”, *Perspectives On Medical Research*, 2, 1990.
- Al-Tae, Iqdam K.Sh., Ihsan Al-Shamaa, “Long Term Follow-Up of Renal Transplant Patients—a Single Center Experience in Iraq”, *Saudi Journal of Kidney Diseases and Transplantation*, 16/1, marzo 2005/şafar 1426, pp. 40–45.
- Tantawi, Muhammad Sayed, “Judgement on sale or donation of human organs”, in AA.VV., *Human Life Its Inception...*, edizione elettronica: [http://www.islamset.com/bioethics/vision/dr\\_mstantawi.html](http://www.islamset.com/bioethics/vision/dr_mstantawi.html).
- Tebourski, Fethi, Amel Ben Ammar-Elgaaied, “The Developing Country Reactions to Biomedical Techniques and Plant Biotechnology: The Tunisian Experience”, *Journal of Biomedicine and Biotechnology*, 3, 2004, pp. 124–129.
- al-Tirmidhī, *Sunan al-Tirmidhī*, a c. di ‘Abd al-Rahman Muhammad Uthmān al-Madīna, 1964.
- Torrey, Charles C., *The Commercial-Theological Terms in the Koran*, Brill, Leiden, 1892.
- Vegetti, Mario, “Tra il sapere e la pratica: la medicina ellenistica”, in Mirko D. Grmek, a c. di, *Storia del pensiero medico occidentale*, Bari, Laterza, 1993, vol. I, pp. 73–120.
- Vercellin, Giorgio, *Istituzioni del mondo musulmano*, Einaudi, Torino, 1996.
- Al Wakeel, Dina, “New committee will help make matches between organ donors, recipients”, *Jordan Times*, 11 giugno 2001.
- Welin, S., “Future of Xenotransplantation: What Are the Ethical Problems?”, *Transplantation Proceedings*, 32/5, 2000, pp. 1177–1178.
- World Health Organization, *World Health Organization legislative response to organ transplantation*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1993.
- World Health Organization, *The World Health Report 2000: health systems: improving performance*, WHO, Geneva, 2000.

Yüçetin, L., N. Keçeciöđlu, A.M. Özenci, Y. Söğüncü, K. İslamođlu, F.F. Ersoy, “The Role of the Transplant Coordinator on Tissue Donation in Turkey”, *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 22-23.

Yüçetin, L., N. Keçeciöđlu, M. Akaydin, F.F. Ersoy, “The Solution to Organ Shortage in Turkey: Trained Transplant Coordinators”, *Transplantation Proceedings*, 36/1, 2004, pp. 24-25.

## SITI INTERNET

[www.memri.org](http://www.memri.org). È il sito del Middle East Media Research Institute, un'organizzazione non profit fondata nel 1998, con sede a Washington e uffici a Berlino, Londra e Gerusalemme, che offre traduzioni in diverse lingue europee di testi tratti dai mezzi di comunicazione di lingua araba, ebraica e farsi, per documentare il dibattito nell'opinione pubblica di questi paesi sui principali temi politici, ideologici, sociali, culturali e religiosi.

[www.memritv.org](http://www.memritv.org). È il sito del TV Monitor Project del Middle East Media Research Institute, che propone estratti sottotitolati e trascritti di trasmissioni di diverse televisioni del mondo arabo.

[www.reins.ma](http://www.reins.ma). Sito dell'associazione REINS (Association de lutte contre les maladies rénales), in arabo *al-Kilà (al-Ġam'yya al-maġribiyya li-muḥārabat amrād al-kilà)*, con sede a Casablanca, che si propone di informare l'opinione pubblica marocchina su dialisi e trapianto renale e aiutare anche economicamente i pazienti.

[www.dons-organes.tn](http://www.dons-organes.tn). Portale del “Centre National pour la Promotion de la Transplantation d'Organes” (CNPTO), centro nazionale tunisino per la promozione dei trapianti, sotto la tutela del Ministero della Sanità Pubblica.

[portal.unesco.org](http://portal.unesco.org). È il portale ufficiale dell'UNESCO (*United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*), che riporta traduzioni arabe di tutti i documenti ufficiali, dato che l'arabo è — accanto a inglese, francese, spagnolo, cinese e russo — una delle lingue ufficiali dell'organizzazione.

## INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1: valori ematologici, biochimici, immunologici prima, durante e dopo il digiuno di Ramadan in 30 trapiantati di rene, in Iran, 2003 .....	62
Tabella 2: raffronto dei dati statistici fra pazienti kuwaitiani trapiantati che hanno praticato il digiuno di Ramadan e pazienti alimentati normalmente, 2003.....	63
Tabella 3: opinioni del pubblico italiano su allotrapianti, xenotrapianti e organi artificiali, 2001 .....	76
Tabella 4: livello di educazione, status economico e sesso di donatori e riceventi di trapianto di rene da donatore non consanguineo in Iran, 1988-2000.....	106
Tabella 5: livelli di successo dei trapianti di rene presso l'Al-Mouassat University Hospital di Damasco, Siria, 1985-1998 .....	148
Tabella 6: livelli di successo dei trapianti presso il Centro per il Trapianto di Rene dell'Ospedale al-Rasheed di Baghdad, Iraq, 1979-1999 .....	150
Tabella 7: livelli di successo dei trapianti di rene in Kuwait, 1993-1998.....	152
Tabella 8: sopravvivenza in pazienti pediatriche che hanno subito un trapianto di rene in Kuwait, 1986-1996.....	155
Tabella 9: numero annuale di bambini con ESRD in Kuwait, 1995-2002 .....	157
Tabella 10: riassunto del numero di trapianti in Arabia Saudita fino al 2002.....	167
Tabella 11: trapianti di rene in Arabia Saudita, 2002.....	170
Tabella 12: distribuzione per età di riceventi e donatori di reni cadaverici in Arabia Saudita, 2002.....	171
Tabella 13: trapianti di cornea in Arabia Saudita, 2002.....	172
Tabella 14: sopravvivenza a due anni di pazienti e trapianti eseguiti in Qatar e all'estero, 1986-2002 .....	180
Tabella 15: sopravvivenza dei trapianti a due e cinque anni in Qatar con donatori consanguinei e non consanguinei, 1986-2002.....	181
Tabella 16: ripartizione per tipologia di donatore dei trapianti eseguiti in Qatar e all'estero, 1986-2002 .....	182

Tabella 17: trapianti effettuati presso l'Organ Transplant Section del HMC, Qatar, 2004.....	184
Tabella 18: donazioni di organi in Qatar, 2004.....	184
Tabella 19: sopravvivenza dei pazienti che hanno subito un trapianto di rene e degli organi trapiantati in Turchia e all'estero, 1992-1999.....	188
Tabella 20: complicazioni, trattamento delle complicazioni e costo dell'operazione per 6 pazienti turchi operati all'estero, 2004.....	189
Tabella 21: attività di raccolta di tessuti in Turchia, 1999-2003.....	191
Tabella 22: risultati della valutazione SCID-I, DSM-IV sulle diagnosi psichiatriche di trapiantati renali in Turchia, 2000-2001.....	193
Tabella 23: motivi per opporsi alla donazione e al trapianto di organi fra il personale medico e paramedico turco, 2003.....	194
Tabella 24: raffronto di attitudini, livelli di conoscenza e comportamento relativo alla donazione di organi di medici e infermieri turchi, 2003.....	195
Tabella 25: tassi di sopravvivenza dei trapianti da donatore non consanguineo e consanguineo in Iran, 1985-1993.....	198
Tabella 26: dati storici e correnti sul trapianto di organi in Iran, 2002.....	201
Tabella 27: tassi di sopravvivenza dei pazienti da donatore consanguineo e non consanguineo in Bangladesh, 1988-2000.....	209
Tabella 28: presidenti della MESOT, 1990-.....	211
Tabella 29: disponibilità alla donazione di organi in un campione di personale medico austriaco e saudita, 2002.....	216
Tabella 30: trapianti di rene nei paesi arabo-islamici, 2002.....	221
Tabella 31: trapianti di fegato nei paesi arabo-islamici, 2002.....	221
Tabella 32: numero di trapianti di organo in Asia, 1998-2002.....	222
Tabella 33: pazienti in dialisi e in lista d'attesa per un trapianto in alcuni paesi asiatici, 2002.....	223
Tabella 34: principali flussi internazionali dei trapianti nei paesi asiatici, 2002.....	223

Tabella 35: numero di trapianti di organo in Asia, 1997-2001.....	224
Tabella 36: numero di trapianti di organo in Asia, 2000-2001.....	225
Tabella 37: fonti di donatori per i trapianti di fegato in Asia, 2000-2001.....	226

## INDICE DELLE FIGURE

Figura 1: mappa dei paesi arabo-islamici in Nordafrica e Medio Oriente .....	120
Figura 2: esito della valutazione di 39 donatori per LDLT (living donor liver transplantation — trapianto di fegato da donatore vivente) presso il King Faisal Specialist Hospital, 2002-2003.....	168
Figura 3: sopravvivenza totale dei pazienti trapiantati in Qatar, 1986-2002.....	181
Figura 4: cause di morte fra i trapiantati in Qatar, 1986-2002.....	181

## INDICE GENERALE

<i>Introduzione</i> .....	ii
<i>I. L'etica medica islamica</i> .....	1
1. Le origini dell'etica medica islamica: medicina profetica, medicina scientifica e diritto.	5
2. L'etica medica islamica .....	11
3. La sacralità del corpo: igiene, inviolabilità, alienazione a Dio .....	24
4. Percezione del corpo e ontologia dell'anima: Avicenna e al-Ġazālī.....	33
<i>II. La bioetica islamica dei trapianti</i> .....	37
1. Un problema inedito: i giuristi islamici e la trapiantologia.....	37
2. Il dibattito sui trapianti nell'etica medica islamica.....	44
3. La discussione fra i giuristi islamici sul concetto di morte .....	49
4. Problemi etici specifici dei trapianti in ambito islamico.....	60
5. Sviluppi recenti: la metabolizzazione degli standard di morte cerebrale.....	64
6. La morte cerebrale nel modello sciita: il caso dell'Iran.....	68
7. Islam e xenotrapianti .....	71
8. Islam e cellule staminali .....	79
9. La donazione e la vendita degli organi, l'etica del dono e il problema del consenso. ....	89
10. Critica dell'etica dei trapianti: la Bellagio Task Force .....	110
11. Islam e trapianti nei paesi occidentali: uno studio di caso. ....	117
<i>III. La situazione dei trapianti nei paesi arabi e islamici</i> .....	119
1. La situazione nelle diverse aree.....	119
1.1. Maghreb.....	121
Marocco .....	123
Algeria.....	129
Tunisia .....	130
Libia .....	132
1.2. Medio Oriente.....	133
Egitto .....	134
Israele.....	140
Giordania.....	142
Libano .....	144
Siria .....	147
Iraq.....	149

Kuwait .....	151
Arabia Saudita.....	157
Oman .....	174
Emirati Arabi Uniti .....	176
Bahrain.....	179
Qatar .....	180
Yemen .....	185
1.3. Paesi islamici non arabi del Medio Oriente .....	186
Turchia.....	187
Iran.....	195
Pakistan .....	205
Bangladesh.....	208
2. Le associazioni di trapiantologia nei paesi arabi.....	209
2.1. Società Araba di Nefrologia e Trapianto Renale (Arab Society of Nephrology and Renal Transplantation–ASNRT) .....	209
2.2. Società per il Trapianto di Organi del Medio Oriente (Middle East Society for Organ Transplantation–MESOT) .....	211
3. Specificità dei trapianti nei paesi arabo-islamici.....	213
3.1. Fattori climatici e areali.....	213
3.2. Oriente e Occidente a confronto .....	215
3.3. Discriminazioni e pregiudizi: il trapianto di organi e il conflitto arabo-israeliano.....	216
4. Dati statistici.....	220
<i>Conclusioni</i> .....	227
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>229</b>
<i>Siti internet</i> .....	245
<i>Indice delle tabelle</i> .....	246
<i>Indice delle figure</i> .....	249
<i>Indice generale</i> .....	250