

264

Ru486

Giovedì 1 luglio 2010

Sul ricovero ordinario le Regioni fanno da sé

stati vegetativi

In Germania la vita torna «disponibile»

diagnostica

Esami in gravidanza Semplici da far paura



www.avvenireonline.it/vita

Se la tecnoscienza recide le radici della nostra civiltà

La decisione della Corte costituzionale tedesca di legittimare un gesto chiaramente eutanasico mette in evidenza alcune gravi contraddizioni nelle quali sta cadendo in tutta Europa l'interpretazione delle basi stesse del diritto. Una constatazione che non fa altro che confermare come l'Occidente debba risalire alle radici della propria stessa identità se non vuole aprire la porta a comportamenti autodistruttivi (aborto in tutte le forme, eutanasia, selezione eugenetica) che sembrano altrettanto messe a disposizione dalla tecnoscienza per seguire l'albero sul quale viviamo. In queste pagine documentiamo oggi alcune situazioni particolarmente delicate su questo fronte, per navigare nel nostro controverso tempo a occhi ben aperti.

Tra vita e morte un confine senza ambiguità

di Lorenzo d'Avack

E' di questi giorni la notizia che i donatori di organi sono diminuiti in Italia. Le ragioni possono essere plurime, compresa quella che l'opinione pubblica non pare sufficientemente sollecitata a riflettere sulle ragioni umanitarie e solidaristiche che caratterizzano questo gesto. Si riscontra soprattutto una certa diffidenza rispetto ai criteri utilizzati per l'accertamento dell'avvenuta morte dell'uomo, sia che si tratti dello standard tradizionale cardiocircolatorio (irreversibile cessazione delle funzioni circolatoria e respiratoria) che di quello neurologico (irreversibile cessazione di tutte le funzioni dell'intero cervello incluso il tronco cerebrale). L'importanza di stabilire con certezza l'avvenuta morte dell'uomo sta oggi, anche e soprattutto, nella connessione che è trapianto d'organi ha con questo evento, data la regola etica e giuridica prevalente secondo la quale gli organi devono essere prelevati solo dopo la morte accertata del paziente ("regola del donatore morto").



Mentre si fa più insistente la pressione per rendere meno netti i criteri di accertamento del decesso il Comitato nazionale per la bioetica interviene per ribadire alcuni punti fermi. Una presa di posizione pressoché unanime che sgombra il campo, ad esempio, dall'idea di poter espantare organi da donatore «morente».

Conservazione degli organi. Ma va anche detto che il prelievo di organi da "donatori a cuore non battente" è condizionato dalla riduzione delle manovre rianimatorie e dei tempi di attesa dopo l'arresto cardiaco del paziente e dalla rapidità con la quale avviene

box Roccella: «Dal Libro bianco chiarezza sugli stati vegetativi»

Prosegue in commissione affari sociali alla Camera l'iter delle audizioni di esperti e professionisti sul disegno di legge che istituisce le Speciali unità di accoglienza permanente (Suap) per le persone in stato vegetativo. Due i testi presentati, a firma di Binetti (Udc) e Di Virgilio (Pdl), molto simili, e che andranno a confluire in un'unica legge. Tra gli esperti ascoltati ieri, Gianluigi Cigli, professore di neurologia all'Università di Udine: «Ho riscontrato un buon clima, di ascolto - afferma - c'è una volontà comune di arrivare a garantire sul territorio nazionale un'offerta omogenea». Audizione anche per il sottosegretario alla Salute Eugenia Roccella, che ha illustrato i contenuti del Libro bianco sugli stati vegetativi recentemente pubblicato: «Sono stati sottolineati ancora una volta alcuni punti fondamentali del documento finale della Commissione ministeriale sugli stati vegetativi (Sv), in primo luogo il riconoscimento delle persone in sv come persone in condizione di disabilità estrema, che possono sentire il dolore - tanto è vero che la Commissione suggerisce l'utilizzo di antidolorifici. È stata ribadita la necessità di utilizzare definizioni appropriate, confermata dalla presenza di un glossario annesso al documento della commissione, quindi non soltanto non si deve parlare di "stato vegetativo permanente", ma nemmeno di "sv persistente", poiché sappiamo ancora troppo poco sulle opportunità di recupero. Abbiamo inoltre affrontato la questione dei percorsi di accoglienza e riabilitazione».

Francesca Lozito

Il tentativo di soccorso e il prelievo in un centro di rianimazione altamente attrezzato.

Si consideri che la maggior parte dei protocolli nei centri ospedalieri degli Usa minimizzano il tempo di osservazione e prevedono il prelievo degli organi, compreso il cuore, trascorsi anche solo 2/5 minuti dopo l'arresto cardiaco e la sospensione della ventilazione artificiale. In queste fattispecie la "regola del donatore morto" è fortemente messa in discussione. Alla dignità del morente si privilegia il principio di solidarietà verso il paziente che ha più chance di vita. In Italia la normativa per l'accertamento della morte cardiocircolatoria prevede la documentazione dell'assenza dell'attività elettrica cardiaca e la registrazione di un tracciato Ecg piatto per almeno 20 minuti continuativi. È una tempistica più che prudenziale e tale da escludere il dubbio che l'uomo possa essere ancora in vita.

Nel recente parere «I criteri per l'accertamento della morte» (vedi scheda in questa stessa pagina, ndr), frutto di un'accurata ricerca pluridisciplinare, il Comitato nazionale per la bioetica (Cnb) ha espresso l'opinione che sia lo standard neurologico che quello cardiocircolatorio siano clinicamente ed eticamente validi per accertare l'avvenuta morte dell'uomo e che tale accertamento debba prescindere da qualsiasi ipotesi di prelievo degli organi. Tuttavia, è stato raccomandato da un lato che le spiegazioni di questi criteri, spesso sconosciute o male interpretate dai non addetti ai lavori, vadano aggiornate e chiarite, anche sotto il profilo terminologico, e dall'altro che si ottenga il massimo di uniformità nei protocolli per entrambi gli standard, che allo stato appaiono di sovente difformi da Paese a Paese. Situazioni che contribuiscono a ingenerare confusione, fraintendimenti sull'esatta definizione della morte nell'opinione pubblica, con ricadute negative sull'attendibilità dei criteri stessi e di conseguenza sulla disponibilità dell'uomo a dare il consenso al prelievo di organi ex mortuo.

\* vicepresidente Comitato nazionale per la bioetica

«Troppi suicidi in cella Il detenuto va tutelato»



La prevenzione del suicidio rientra a pieno titolo nella difesa della salute e della vita. Per questo il Comitato nazionale di bioetica (Cnb) ha

discusso e approvato nei giorni scorsi un documento e la costituzione di un gruppo di lavoro sul problema dell'alto tasso di suicidi in carcere. «Mosso dalla preoccupazione per un fenomeno certamente non nuovo, ma di tale rilevanza sociale ed etica da meritare una riflessione», come si legge nel testo. Timori fondati visto che il 2009 ha segnato il record nazionale di 72 suicidi, mentre a metà del 2010 sono già 31 le persone che si sono tolte la vita in cella e 44 hanno tentato di farlo. Un tasso circa venti volte superiore a quello della popolazione italiana.

Si toglie la vita con maggiore frequenza nel primo anno di detenzione, nei primi giorni e settimane. Ciò è messo in relazione all'impatto traumatico con l'ambiente carcerario. Sono uomini giovani a compiere questi atti, le regioni a rischio sono Lombardia, Campania, Lazio, Sicilia e Toscana, quelle con il maggiore sovrappopolamento e quindi come meno opportunità di lavoro e formazione. La soluzione per il Cnb è una sola: «La prevenzione del suicidio passa innanzitutto attraverso la garanzia del diritto alla salute (inteso, come oggi avviene, come promozione del benessere psicofisico e sociale della persona) e del diritto a scontare una pena che non mortifichi la dignità umana».

Nel documento viene privilegiato l'aspetto individuale, il miglioramento di singoli aspetti del trattamento carcerario, pur nella consapevolezza che «sarebbe auspicabile un più ampio e radicale ripensamento di tutto il sistema penitenziario. Il parere citato offre il precedente utile anche per inquadrare, con le dovute differenze, il suicidio in carcere come problema bioetico». Il Cnb aveva affrontato questo tema in una dichiarazione del 17 gennaio 2003, considerando l'alto tasso di suicidi e il numero delle condotte autolesionistiche come indici di «gravissimo disagio»; segnalava che la popolazione penitenziaria risulava ormai «comprensiva nella sua quasi totalità di individui caratterizzati da condizioni specifiche di grave disagio sociale (si pensi ai tassi elevatissimi di stranieri e tossicodipendenti)». Ma a distanza di sette anni da quella dichiarazione, non solo non si sono registrati miglioramenti, ma la situazione si è perfino aggravata.

Daniela Pozzoli

in sintesi



di Viviana Daliso

Un documento approvato all'unanimità, fatta eccezione per una volta contrario. E che va a integrare uno già redatto sullo stesso tema, nel 1991. Quello del Comitato nazionale di bioetica sulla morte cerebrale - approvato nei giorni scorsi, ma non ancora ufficialmente diffuso - è un parere articolato e complesso, che prende le mosse dal dibattito scientifico e filosofico degli ultimi decenni per arrivare a stabilire criteri saldi d'azione e di orientamento. Primo fra tutti la dignità della persona, che va rispettata e tutelata finché non sia provata l'avvenuta morte. In particolare il Comitato - recita il documento - rifiuta l'idea che la morte possa essere definita sulla base di una mera "convenzione", fosse anche giustificata da altre ragioni umanitarie e solidaristiche (come quella dell'espanto degli organi, ndr). La posizione condivisa dai membri del Cnb è che «nell'incertezza della sua morte clinica ogni essere umano debba essere considerato vivo e tutelato».

Quali sono, dunque, i criteri che possono portare alla certezza della morte cerebrale? Il Cnb riconosce sia quelli cardiocircolatori che quelli neurologici, nelle modalità «accurate e prudenti» con cui finora sono stati applicati in Italia. In particolare, per quanto riguarda quelli cardiocircolatori, la morte cerebrale può essere accertata soltanto «a venti minuti dall'arresto cardiaco» (come già previsto dalla legge 578/93), previa la messa in atto di tutti i tentativi di rianimazione del caso. Con una raccomandazione importante: e cioè - spiega il Cnb - che i protocolli di prelievo degli organi a cuore fermo non siano mai frutto di decisioni autonome e isolate ma avvengano nel rispetto della norma approvata dall'autorità garante nazionale, cioè dal Centro nazionale trapianti. E che nei centri di trapianti a queste pratiche il personale sia altamente qualificato.

Nel testo varato dal Cnb no assoluto all'eventualità che «la morte possa essere definita sulla base di una mera "convenzione", fosse anche giustificata da altre ragioni umanitarie»

Per quanto riguarda invece l'accertamento della morte con criteri neurologici il Cnb ritiene accettabili solo quelli che fanno riferimento alla cosiddetta «morte cerebrale totale»: uno stato che deve essere documentato «con il massimo rigore», nuovamente non condizionati «da altre fi-

nalità, anche se comprensibili e rispettabili». In particolare la morte encefalica è riconosciuta attraverso: la perdita irreversibile della capacità di veglia e quindi di coscienza, la perdita contestuale di capacità di respiro spontaneo, l'elettroencefalogramma piatto, l'assenza dei riflessi del tronco encefalico e la conoscenza «certa» della causa che ha determinato la compromissione dell'encefalo. Il tutto tenendo sempre ben presenti le variabili associate ai diversi casi e che lesioni pur gravissime ma circoscritte non possono far giungere a conclusioni affrettate (il documento fa riferimento esplicito alla "sindrome locked-in", in cui una lesione di una zona dell'encefalo «abolisce la possibilità di comunicazione ma non impedisce la vigilanza e la gran parte delle funzioni corticali... motivo per cui occorre essere molto prudenti»).

Per entrambi gli standard di accertamento di morte, il Cnb ribadisce comunque la necessità del medesimo atteggiamento clinico, che non deve mai tradursi in una anticipazione della morte o una lesione della dignità del morente. Scrive il Cnb: «La dichiarazione di morte non deve mai essere prematura o anticipata e anche in previsione di trapianti deve sempre rispettare il principio della pari dignità della volontà del donatore e dell'interesse del ricevente, considerati soggetti aventi pari diritti».

stamy

di Graz

