

LEGA NAZIONALE CONTRO LA PREDAZIONE DI ORGANI E LA MORTE A CUORE BATTENTE

24121 BERGAMO Pass. Canonici Lateranensi, 22

Tel. 035-219255 - Telefax 035-235660

lega.nazionale@antipredazione.org

www.antipredazione.org

COMUNICATO STAMPA

ANNO XXXII n. 7

31 Marzo 2016

COSI' PARLO' MASSIMO BONDI'

L.D. Patol. Chir. e Proped. Clinica Università La Sapienza-Roma, Patologo e Chirurgo generale, MD. General Surgeon Sidney-Australia, Presidente Comitato Medico-Scientifico Lega Nazionale Contro la Predazione di Organi e la Morte a Cuore Battente. Grande medico, un luminare, che ha saputo coniugare scienza ed etica e denunciare espiantri/trapianti come crimini, anticipando che in neurologia il fattore tempo è decisivo e che il coma è un sintomo non una diagnosi. Fin dal primo espiantri/trapianto di cuore (Barnard) scrisse su Ospedale D'Italia *“se il cadavere non c'è (e non c'è in presenza di cuore pulsante e circolazione e respirazione in atto) trattasi allora di omicidio”*.



J'ACCUSE CONTRO LA MORTE CEREBRALE A CUORE BATTENTE

*La volontà di salvare gli organi ad ogni costo
elimina la volontà di salvare il paziente ad ogni costo*

La così detta “morte cerebrale” costituisce il cardine centrale su cui è basata l'espiantri-trapiantologia(1). Senza di essa la chirurgia sostitutiva centrata sull'espiantri di organi da **sogetti vivi** che hanno perso la coscienza, non avrebbe avuto un seguito. I pazienti sotto ventilazione definiti arbitrariamente “cadaveri” dai medici che dichiarano la “morte cerebrale”, in realtà non lo sono né per la biologia né per la legge.

Per la biologia non lo sono perché i pazienti hanno tutti i loro organi **perfettamente funzionanti**. Per la legge non lo sono perché la normativa recita: *“per cadavere si intende il corpo umano rimasto privo delle funzioni cardiorespiratoria e cerebrale”*(2).

E' noto che le funzioni del cervello conosciute costituiscono solo il 10%(4), quindi la legge 578/93 che all'art.1 dichiara: *“La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo”* è scientificamente assurda(3) perché non si può dichiarare “cessata” una funzione che non si conosce. Inoltre è stato ampiamente dimostrato da molti autori(4) e perfino dalla Harvard School di Boston(5) che alcune delle poche funzioni cerebrali note sono ancora presenti contrariamente a quanto enunciato dalla legge.

Entriamo così nel vivo della controversa questione dell'espiantri-trapiantologia.

Già nel 1985 la Lega Nazionale Contro la Predazione di Organi e la Morte a Cuore Battente dichiarò inaccettabile la “morte cerebrale” e si costituì in associazione per contrastare tale concetto(6).

La “morte cerebrale” viene dichiarata sempre (rare sono le eccezioni) nelle prime 24/48 ore dal ricovero di un paziente comatoso, in genere traumatizzato cranico, in un reparto di Rianimazione, durante le quali non si attua alcun tentativo serio ed efficace di terapia finalistica.

La terapia è finalistica solo quando si oppone tempestivamente al processo patologico in atto. Senza una terapia mirata si instaura un progressivo deterioramento della corteccia cerebrale, rendendo difficile il recupero del paziente.

Più il tempo passa più la sostanza grigia cerebrale, avida di ossigeno, perde la sua vitalità.

Quindi l'intervento chirurgico elettivo va sempre e comunque eseguito **d'urgenza** allo scopo di decomprimere il cervello. Il tempo in questi casi è prezioso e quindi andrebbe ripristinato l'intervento decompressivo presso gli ospedali di prima accoglienza.

Infatti in passato il chirurgo degli ospedali minori aveva la preparazione per eseguire tali interventi decompressivi ed era tenuto ad effettuarli. Oggi, allo scopo di incrementare i trapianti, tali pazienti vengono avviati agli ospedali maggiori, più lontani, per cui sovente si superano i tempi ideali per il loro recupero. Così facendo però si **salvano gli organi ad ogni costo**.

La terapia finalistica non viene quasi mai attuata negli ospedali maggiori deputati al trapianto, poiché i neurochirurghi, pressati dalla richiesta di organi, sono consapevoli che **salvare il paziente ad ogni costo** può significare anche perderlo con l'atto chirurgico o durante il decorso post-operatorio, perdendo così i suoi organi.

Per terapia finalistica efficace intendiamo alcuni atti chirurgici: ventricolostomia, drenaggi extra e subdurali, e quando necessario craniotomia per ematoma extradurale, eseguiti **d'urgenza**, possibilmente nei primi 60/120 minuti dall'incidente(7) allo scopo finalistico di decomprimere il cervello.

E' bene chiarire che un'aspirazione di pochi cc. di liquido emorragico e del liquor ventricolare può essere sufficiente a decomprimere il cervello e così fare ricomparire la coscienza e fare uscire il paziente dal coma. Antiedemigeni, diuretici e ipotermia cerebrale controllata(8), completano il trattamento della terapia **d'urgenza**.

Infatti un soggetto colpito da un trauma cranico grave, ha sempre un versamento emorragico endocranico che, modesto nei casi di frattura/lussazione di una delle prime due vertebre cervicali (modesto perché sono ossa laminari sottili)(9), diviene al contrario un versamento ematico importante che si trasforma in un ematoma endocranico più o meno voluminoso in presenza di frattura della base cranica, cioè delle due rocche petrose che sono ossa molto vascolarizzate(10).

Notoriamente quest'ultimo tipo di frattura si diagnostica con estrema facilità anche prima di ogni accertamento radiologico per la presenza di una otorragia mono o bilaterale (presenza di sangue che si raccoglie nel padiglione auricolare).

*Tale versamento emorragico infiltrativo e/o ematoma, comprime la massa cerebrale e quindi lo strato corticale/cerebrale (circa 1 cm. di spessore) a contatto con la struttura ossea indeformabile della volta cranica. La compressione dello strato corticale, sede dei centri sensoriali e dei centri motori e del linguaggio, che contribuiscono a formare la coscienza, determina il conseguente collasso del “canale sinaptico unificato”(11), struttura che come una rete labirintica si estende tra miliardi di neuroni. Tale collasso fa scomparire la coscienza. Il paziente si presenta in coma più o meno profondo **a causa della compressione**.*

Stessa attenzione e tempestività di intervento si impone, è ovvio, per la patologia emorragica extradurale (ematoma da frattura o grave contusione delle ossa fronto-parietali). Tali pazienti hanno un tipico ritmo a due tempi: il paziente cade, si rialza, una piccola arteriola o capillare corticale/meningeo lacerato sanguina, si forma l'ematoma in un tempo variabile e il paziente entra in coma alcune ore dopo, quando la raccolta ematica **determina una compressione della corteccia cerebrale**.

Sia che il paziente giunga ad un ospedale maggiore direttamente o dopo aver perso tempo prezioso nell'ospedale minore, la patologia compressiva, trascorse 2/3 ore dal trauma, si aggrava. I medici preposti sono consapevoli che sottoporre un paziente ad un intervento decompressivo può comportare la perdita degli organi sia in caso di esito positivo (guarigione) che negativo (morte), in quanto gli organi seguono il destino del paziente.

I parenti vengono tranquillizzati e tacitati con la frase rituale “faremo tutto il possibile per salvarlo”, ma rinunciando a qualsiasi intervento chirurgico decompressivo il destino del paziente è segnato. La

dichiarazione di “morte cerebrale” copre qualunque *malpractice* ed evitando l'intervento i neurochirurghi, i rianimatori, i medici legali si sentono comunque al sicuro, poiché **“SALVARE GLI ORGANI AD OGNI COSTO”** è in linea con la filosofia di Stato.

Tale perverso comandamento elimina il **salvare il paziente ad ogni costo**, comandamento questo che affonda le sue radici nella storia della medicina.

Se il paziente comatoso giunge in ospedale con respirazione spontanea, ciò significa che i centri respiratori del bulbo non sono compromessi e pertanto non dovrebbe essere intubato se non per necessità operatoria. Di solito, però, il paziente arriva già intubato e ventilato automaticamente, anche quando non è necessario. Da quel momento le sue condizioni vengono valutate attraverso le risposte riflesse agli stimoli, l'esame elettroencefalografico e il test dell'apnea (sospensione della ventilazione, senza svezzamento, e attesa della ripresa spontanea del respiro), che viene ripetuto anche più volte consecutive, per valutare la profondità del coma e stabilire il raggiungimento delle condizioni richieste dai protocolli dello Stato per la dichiarazione della cosiddetta “morte cerebrale”. Con questo test si intenderebbe saggiare la reattività dei centri respiratori alla CO₂ (anidride carbonica che si accumula nel sangue dopo l'arresto). Ma, con l'arresto del respiro, si provoca anche una diminuzione dell'ossigenazione del sangue (anossia), la quale, specialmente se viene ripetuta, può determinare un aggravamento, sovente irreversibile, delle condizioni neurologiche già critiche di un traumatizzato cranico(12).

A tale proposito dobbiamo ricordare una legge di fisiologia generale: qualunque organo, sistema, tessuto o singola cellula, se viene sostituito nella sua funzione cessa progressivamente di esercitare la funzione, sino alla sua atrofia. E' una legge ben conosciuta che riscontriamo nella metodologia dell'intubazione con ventilazione automatica. Ben lo sanno gli anestesisti, che per svegliare i pazienti dall'anestesia usano il metodo dello “svezzamento continuo e progressivo”, non utilizzato nel test dell'apnea.

Si perviene così alla convocazione della commissione medica che decreta, senza possibilità di obiezione di coscienza, una condizione di patologia che, rispondendo ai criteri imposti dallo Stato, è dichiarata irreversibile. Tutto ciò è conseguente alla mancata terapia d'urgenza. Tale dichiarazione pertanto rappresenta una condanna a morte annunciata e messa in atto d'autorità dopo un ridicolo periodo di osservazione di 6 ore che avvia il paziente all'espianto dei suoi organi.

Espianto che viene eseguito su un paziente che reagisce istantaneamente all'incisione chirurgica con movimenti degli arti e del tronco, aumento della frequenza del polso e della pressione arteriosa a conferma della sua vitalità, rendendo necessaria la somministrazione preventiva di farmaci curarizzanti (paralizzanti) o di anestetici. E' solo con l'espianto degli organi che interviene la morte nel senso comune e classico del termine.

Il voler **salvare gli organi ad ogni costo** elimina la volontà di **salvare il paziente ad ogni costo** e così il concetto basilare della professione medica *primum non nocere* viene tristemente abbandonato. E' tempo di restituire ai medici il diritto/dovere di curare secondo scienza e coscienza senza limiti imposti dallo Stato e dalle centrali del potere sanitario che hanno imposto la finzione della “morte cerebrale”(4).

E' tempo di rivedere drasticamente la legislazione in merito e dare voce ad un paziente che non può parlare, ma lancia il messaggio “perché non provate a curarmi?”. Qualcuno dovrà pure ascoltarlo.

Prof. Dr. Massimo Bondì

NOTE INFORMATIVE: vedi www.antipredazione.org sezione “Scientifico”



Consiglio Direttivo
Presidente Nerina Negrello
Lega Nazionale Contro
la Predazione di Organi
e la Morte a Cuore Battente
www.antipredazione.org