

INTERVISTA AL DOTT. HERMANN DEUTSCHMANN SU

<https://www.youtube.com/watch?v=lgaUrBvWEs4&list=UUQBaoJ89Cn91dAwXY5d58JQ>

Abbreviazioni:

BÄK = Bundesärztekammer (Camera federale dei medici della Germania)

DSO = Deutsche Stiftung für Organtrans-plantation (Fondazione tedesca per il trapianto d'organi)

ERRORI NELLA DIAGNOSI DI MORTE CEREBRALE - NON È CERTA COME LA MORTE

Il neurologo dott. Hermann Deutschmann ritiene rispetto ad un esame neurologico, molto più delicata la diagnosi relativa alla morte cerebrale. Per parecchi anni il dott. Deutschmann ha diretto il servizio di emergenza della DSO della Bassa Sassonia. Durante tale attività notò che molti medici dei reparti di rianimazione hanno poca esperienza nella diagnosi della morte cerebrale. Questi casi il dott. Deutschmann li ha documentati in uno studio successivo.

Abbiamo esaminato circa 230 pazienti in un periodo di circa 5 anni ed abbiamo constatato che i requisiti, in base ai quali i medici curanti, pensavano che si fosse in presenza di una morte cerebrale: invece per circa il 30% di questi pazienti la morte cerebrale non era in atto. Ciò significa che manifestamente fuori sul territorio c'è una grande incertezza relativa alla diagnosi di morte cerebrale, nonostante che secondo i criteri già fissati dalla BÄK, si dovrebbe pensare che tale esame sia relativamente semplice e che dovrebbe di per sé essere accessibile ad ognuno – così lo formula anche la BÄK, la quale dice che nei reparti di rianimazione si riesce ad individuare la morte cerebrale anche senza grandi sussidi tecnici.

Allora anche i primi verbali di morte cerebrale sono stati compilati così?

Sì, anche, nella misura del 20-30% abbiamo riscontrato anche dei verbali di morte cerebrale redatti da preesaminatori, ma tali verbali erano utilizzabili solo raramente, perché erano compilati in maniera sbagliata. Non si trattava del fatto che si esprimeva una diagnosi sbagliata, ma si trattava di regola del fatto che i fogli erano compilati in maniera sbagliata, che per es. dei requisiti che devono essere adempiuti non erano documentati, che parti dell'esame che devono essere documentate, non erano documentate, e, nel caso più grave, che il cosiddetto test dell'apnea, il quale costituisce il decisivo ultimo esame per dichiarare la morte cerebrale non era documentato, ma che ciò nonostante questo verbale di morte cerebrale era compilato come tale e si dava persino atto con la sottoscrizione che il paziente era già morto.

Quali sono le fonti principali di errori, che cosa va garantito assolutamente affinché si possa fare una tale diagnosi?

In linea di principio devono essere rispettati dei requisiti, cioè si deve aver chiarezza sui quesiti: Di che cosa si era ammalato il donatore? Che cosa ha cagionato la sua morte cerebrale? E ciò deve essere verificato tramite una checklist e va confermato in conformità. Ne fanno parte delle cose banali le quali al giorno d'oggi non dovrebbero costituire un problema presso nessun reparto di rianimazione: non ci

devono essere delle grossolane deviazioni da parte degli elettroliti, cioè i sali del corpo devono essere in regola, non ci devono essere estreme deviazioni da parte della glicemia, il che infatti forse potrebbe dar l'illusione che si sia in presenza di morte cerebrale, e dev'essere chiaro se tale lesione sia una lesione cerebrale primaria o secondaria, perché ciò ha degli effetti sul modo in cui sarà poi da eseguire l'esame.

Noi della commissione di ricerca, come principio e indipendentemente dal fatto se fosse assolutamente necessario o meno, abbiamo utilizzato un esame tecnico. Nella commissione di ricerca si è quasi esclusivamente impiegato l'esame EEG e l'ecografia Doppler, in alcuni casi anche entrambi contemporaneamente nel corso del medesimo esame. In tali occasioni abbiamo rilevato che l'ecografia Doppler è molto più sensibile o suscettibile nella propria significatività, perché ci sono dei referti non univoci, e per tale motivo l'ecografia Doppler, che di per sé è una procedura relativa al sistema circolatorio, in molti casi non è idonea per constatare se la funzione cerebrale si sia del tutto spenta. Un po' più affidabile è stato in proposito l'EEG.

Ma la BÄK finora non ha nemmeno richiesto una diagnostica comparativa, il che ovviamente viene al momento messo in discussione. Ciò per Lei è necessario?

Per la nostra commissione di ricerca e per me personalmente l'esame tecnico è indispensabile, in proposito non ho il minimo dubbio, non dubito minimamente che ciò si possa fare soltanto con l'ausilio di un esame tecnico perché ci sono molte imponderabilità che magari uno non le sospetta nemmeno, per es. il fatto che siano stati assunti dei medicinali i quali possono falsificare la constatazione della morte cerebrale o almeno possono dar l'illusione che si sia in presenza di morte cerebrale, e ciò può in larga misura essere escluso mediante l'esame tecnico, e in tale contesto, in linea di principio, si deve fare anche un esame tossicologico, cioè si deve accertare se il paziente abbia ricevuto una dose rilevante di analgesici, di tranquillizzanti o di altre sostanze, per es., ciò che sarebbe la cosa più grave, un distensivo per i muscoli, a causa dei quali ogni reazione potrebbe essere soppressa.

Ma questo esame di laboratorio è obbligatorio per determinati medicinali o è rimesso alla discrezionalità di chi esamina?

L'esame di laboratorio non è obbligatorio, anzi. La BÄK nelle proprie direttive emanate nel 1997 o nel 1998, fa una descrizione molto complessa di come sia da maneggiare tale esame, ma tale descrizione nella situazione concreta, almeno a mio avviso, è poco utile. E per tale motivo, penso sia in ogni caso molto più semplice e rassicurante per tutte le persone coinvolte che per particolari medicinali venga effettuata la rispettiva analisi.

Lei in occasione dello studio successivo da Lei effettuato, per quanto ho letto, ha riscontrato anche 8 casi in cui la morte cerebrale era accertata con dei test clinici, ma poi la diagnostica comparativa ha dato un altro risultato.

Infatti noi con l'esame aggiuntivo comparativo guardiamo se sussista ancora una chance di vita e rispettivamente se ci siano ancora dei segni di vita. Se come segno di vita prendiamo l'EEG che dimostra ancora certe oscillazioni mentre i criteri clinici di morte cerebrale sono pienamente adempiuti, allora è esclusa la constatazione di morte cerebrale.

D'altro canto un'ecografia con indizi secondo i quali la circolazione sanguigna nel cervello si è ancora conservata, esclude la constatazione assoluta della morte cerebrale, ragion per cui uno si deve concentrare su altre cose, impiegando eventualmente altri tipi di esame.

Ma noi da una parte cerchiamo segni di vita, dall'altra parte cerchiamo delle chance di sopravvivenza per altri.

Ma Lei si augurerebbe che ci fosse una formazione per gli addetti alla diagnosi di morte cerebrale? Che ci fossero veri e propri corsi per insegnare come sia da fare correttamente?

Io mi augurerei che la BÄK creasse la possibilità di una formazione per la diagnosi di morte cerebrale, con un corso di alcuni giorni, anche con istruzioni pratiche, facendo in modo che esista questa caratteristica di qualificazione, il che significa anche un'ulteriore sicurezza per la popolazione.

Sussiste il pericolo che, se basta il solo esame clinico, la diagnosi di morte cerebrale possa essere effettuata da chi non ne ha idee esatte?

Questo pericolo sussiste effettivamente, particolarmente quando qualcuno l'ha fatto molti anni fa. Se penso a come ho fatto la diagnostica di morte cerebrale 30 anni fa e come la faccio oggi, allora nel frattempo ho imparato molto, allora penso che una volta io non lo abbia fatto in maniera così sicura come oggi. Chi lo fa raramente rischia anche di fare qualche sbaglio, non necessariamente una diagnosi sbagliata, ma di fare cose non conformi alle regole.

Ma non esiste un'analisi standardizzata degli errori, mediante la quale i casi in cui qualcosa è andato storto, vengano di routine inoltrati ad un determinato organismo competente?

No, non esiste.

Ma come allora si vuole che si impari qualcosa dagli errori compiuti?

Nel team consiliare per mezzo dei nostri fogli di garanzia di qualità abbiamo fatto in modo di discutere all'interno del team, e così abbiamo anche raggiunto la nostra certezza come andassero gestite le situazioni critiche, e in ultima analisi ciò nel 2009 ha comportato la pubblicazione di un articolo in riviste specializzate, nel quale abbiamo esposto come si dovevano affrontare le questioni particolari che si presentano in casi singoli, ma tali spiegazioni non si trovano così facilmente nelle esposizioni della BÄK, e quindi le stesse direttive della BÄK per molte cose che si presentano nella vita pratica non sono utili.

Ma come posso dare alla popolazione l'illusione che tutto sarebbe completamente sicuro, che non vi può essere assolutamente alcun errore, se non c'è un'analisi degli errori? Lei come medico come la pensa in proposito?

Si dovrebbe in ogni caso rendere possibile l'analisi degli errori, tramite una buona organizzazione che vi sta dietro. Io qui intravedo effettivamente la possibilità che la BÄK inserisca ciò nella propria responsabilità complessiva, nel complesso dei propri compiti.

Ciò che non capisco tanto bene: come mai adesso si fa una nuova legge sui trapianti, ma non si tiene anche conto di questa analisi degli errori? A Lei risulta comprensibile per quale motivo tale analisi non viene prevista?

Ecco, sarebbe stata una buona occasione per revisionare adesso anche le direttive finora in atto e le conseguenze che ne derivano, e per cambiare varie cose, purtroppo si è persa questa occasione.

Lei si augurerebbe che tali modifiche fossero fatte presto?

Certamente, assolutamente, e io volentieri collaborerei, se ci fosse ancora la possibilità di apportare modifiche.

Quali possono essere i motivi per cui non lo si è fatto finora?

La BÄK, a mio avviso, finora si è sempre sforzata di non rendere pubblici i problemi, perché si teme che in tale maniera qualcuno potrebbe essere disilluso, che qualcun'altro possa diffonderli e che qualcuno eventualmente possa ingigantire problemi piccoli. Laddove a mio avviso a proposito della diagnosi della morte cerebrale non esistono problemi piccoli, ma semmai soltanto problemi grandi, e per tale motivo si deve procedere con estrema accuratezza. Infatti se lì qualcosa va storto, ne sorgeranno problemi immensi.

Ma penso anche che si debba coltivare una certa cultura degli errori, non in pubblico, ma almeno all'interno delle cerchie di specialisti si dovrebbero discutere i problemi apertamente. Ed anche ciò, penso, finora è stato omesso.

Perché questi team consiliari, i quali si sono dati da fare per collaborare ed anche per analizzare i possibili errori, sono stati aboliti dalla DSO?

Io adesso posso parlare soltanto per il team consiliare della regione Nord: tale team, così come era composto, venne più o meno sciolto per meri motivi economici, vale a dire molti di coloro che operavano per il team consiliare si sono ritirati perché si sentivano discriminati dai modelli di finanziamento della DSO, e precisamente non discriminati perché c'erano troppo pochi soldi, ma perché ce n'erano troppi per il singolo intervento, il che da noi veniva ritenuto una cosa più o meno indecente.

Ma se non si sa con certezza quale sarà il risultato che ne uscirà, perché tale finanziamento sarebbe indecente?

In verità noi abbiamo considerato ciò che veniva pagato come una taglia, cioè l'esaminatore era spinto ad aver successo... ma certo, non lo si può dire così...

Sì, va bene, Lei dice che non si può parlare di una "tangente", è vero?

No, no, ma ciò nonostante nelle nostre discussioni l'abbiamo così denominata.

Ci sono stati anche dei casi in cui si esaminava semplicemente in maniera sbagliata, in cui si facevano degli errori?

Ci sono stati casi del genere, casi singoli, in cui per es. era stato omesso il test dell'apnea e tuttavia era stato compilato un verbale, con valutazioni del tutto sbagliate nell'esame aggiuntivo... Io personalmente una volta ho assistito ad un caso in cui per un bambino venne fatto un EEG e nell'EEG c'erano state alte oscillazioni...., che lì poi come referto si parlava di una linea zero che però non era mai stata una linea zero. Inoltre al momento dell'esame clinico il bambino aveva ancora respirato per cui la morte cerebrale era da escludersi in maniera chiarissima, ma soltanto la valutazione dell'esame tecnico era erronea.

Come ha reagito il medico al quale ciò era successo?

Era molto colpito. Ciò costituiva un evidente segno del fatto che egli non aveva praticamente nessuna esperienza della diagnosi di morte cerebrale, visto che ciò proprio per i pediatri era una cosa molto rara, almeno se si pensa che la faccenda è avvenuta 6 o 8 anni fa.

Se Lei descrive così le cose, lo Stato agisce forse in maniera colposa se non si preoccupa in prima persona di questa diagnosi, ma se la facesse fare ad un'organizzazione privata?

Ho un doppio atteggiamento verso la DSO, perché stimo i collaboratori della stessa, ma penso che la DSO non sia in grado di ristrutturarsi da sola, e probabilmente essa dovrà essere anche abolita e sostituita con un'altra organizzazione che forse lo farà meglio.

E perché lo Stato permetto tutto questo andazzo?

Lo Stato è contento di avere qualcuno che lo fa. La BÄK sostiene lo Stato, pare almeno, in questa situazione, e laddove non c'è un attore, lì in ultima analisi non c'è neanche un giudice, e lì allora non si sarà costretti a cambiare nulla.

Il dott. Hermann Deutschmann è deceduto nell'ottobre 2014.

Intervista: Silvia Matthies

Relazione: Dr.med.Regina Breul + Silvia Matthies

DRB Production

www.unzensierte-dokumentationen.de

2015