

Morte cerebrale? Nulla di ovvio

Gentile direttore, pare necessaria una risposta all'arroganza della lettera della sig.ra Menapace pubblicata il 6 dicembre, che andrebbe anche a rispondere ad un'altra lettera volgare di un altro trapiantato anonimo pubblicata il 17.10 alla quale allora abbiamo ritenuto di non dare molto peso, giudicandolo uno sfogo incontrollato.

La sicumera della trapiantata sig.ra Menapace di Cles che considera «ovvio» dichiarare la morte a cuore battente, sangue circolante e corpo caldo, chiamando quel malato impropriamente cadavere, è l'elemento che più preoccupa coloro che avversano sia il concetto, sia la dichiarazione di cosiddetta «morte cerebrale».

Premesso che la signora si affida totalmente alle opinioni dei medici trapiantisti per comprensibile interesse personale e per poter dormire senza incubi la notte, è incontestabile che:

1) La scienza non conosce «tutte» le funzioni dell'encefalo e nemmeno conosce «tutto» delle funzioni, poche, che ritiene di conoscere.

2) Nel cosiddetto «morto cerebrale» molte delle poche funzioni conosciute dell'encefalo permangono: ad esempio la funzione endocrino ipotalamica (dr. R. Truog e J. Fackler, Harvard School, «Rethinking Brain Death», Critical Care Medicine, 92).

3) Il cosiddetto «elettroencefalogramma piatto» non è piatto, ma di ampiezza inferiore a due microvolt (D.M. 582/94) che corrispondono a circa il 5% del valore normale.

4) «Un tracciato elettroencefalografico può essere normale anche se piatto, cioè privo di ritmo visibile: ad esempio soggetti adulti ansiosi o soggetti neonati possono avere un tracciato piatto che di per sé non è assolutamente definibile patologico» (prof. Bergamini, Università Torino, «Manuale di neurologia clinica»).

5) «Neuroni cerebrali umani sopravvivono fino ad 8 ore... le prove sono state ottenute mediante lo studio di più di 30 cervelli umani post mortem» (Japei Dai et al., Graduate School Neurosciences, Amsterdam, «Recovery of axonal transport», The Lancet, 1998).

6) Contrariamente a quanto finora creduto «... nel cervello umano si ha genesi cellulare e per tutta la vita il cervello umano mantiene la potenzialità di autorinnovamento» (Erikson Ps, Gage Fh, e al., Nature Medicine 1998).

7) «A seguito del trattamento dell'ipotermia cerebrale controllata praticata da neurochirurghi della Nihon University, 14 pazienti dei 20 con ematoma subdurale acuto, associato a danno cerebrale diffuso e 6 pazienti dei 12 con ischemia cerebrale globale provocata da arresto cardiaco della durata da 30 a 47 minuti... sono tornati alla normale vita quotidiana» (Yoshio Watanabe, Md prof. Emeritus Fuyta University, Jpn, Heart Sept 1997, vol. 38).

8) «... durante l'intervento chirurgico di espianto... si manifesta tachicardia, ipotensione, sudorazione e movimenti (degli arti e del tronco)... rendendo necessaria la somministrazione di farmaci curarizzanti (cioè paralizzanti)» (Marino et al., «Il donatore multiorgano», Leadership Medica n. 8, 1995).

9) Un rovente dibattito scientifico internazionale - censurato in Italia - culmina in una chiara denuncia dei ricercatori della Harvard School, dr. R. Truog e J. Fackler, «Rethinking Brain Death» - Ripensamento sulla morte cerebrale», che rendono noto che «molti pazienti oggi diagnosticati in "morte cerebrale" non soddisfano il requisito base della "cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo"». Definizione ascientifica adottata anche in Italia (L. 578/93 art. 1).

10) Per certo il criterio di «morte cerebrale» non potrà mai essere dimostrato errato se la persona viene espantata oppure se il rianimatore d'autorità «stacca la spina» al non donatore o lo priva dei trattamenti e della sufficiente idratazione e nutrizione per vivere.

Nerina Negrello, presidente Leganazionale contro la predazione di organi e la morte a cuore battente - Bergamo