

Bioetica / Ignazio Marino e Thomas Starzl

FINO ALL'ULTIMO RESPIRO

Quando si può affermare con certezza che non c'è più la vita? Dialogo tra due grandi clinici. Tra il sapere della scienza. E gli imperativi dell'etica

DI IGNAZIO MARINO E THOMAS STARZL

Il concetto di morte cerebrale, ovvero la definizione secondo la quale un individuo è morto quando il suo cervello non risponde più ad alcune condizioni cliniche ben stabilite, venne introdotto nel 1968. Dopo 40 anni c'è chi pensa che quei criteri vadano rivisti in senso limitativo e chi, invece, li considera troppo restrittivi. **Ignazio Marino**, chirurgo e presidente della Commissione di controllo sul Servizio sanitario nazionale del Senato, ne ha discusso col grande Thomas Starzl, il pioniere della chirurgia dei trapianti che, nel 1963, eseguì il primo trapianto di fegato su un essere umano.

STARZL: «La prima riunione importante in cui si avviò la discussione su una nuova definizione di morte risale al 1966 e venne organizzata a Londra dalla Ciba Foundation. Vi parteciparono medici, chirurghi, ma anche avvocati, giuristi, bioeticisti e rappresentanti di alcune religioni: cattolici, protestanti, ebrei. Questo gruppo così eterogeneo iniziò a riflettere su un nuovo concetto di morte, legandolo alla perdita irreparabile e definitiva delle funzioni del sistema nervoso centrale, con particolare riferimento alla corteccia cerebrale, e non più basandosi sul battito del cuore. Non era un passo facile da fare perché, storicamente, la definizione di morte era collegata alla cessazione del battito cardiaco, così era scritto nei libri

di medicina e persino nei dizionari. Arrivammo però alla conclusione fondamentale che la morte del cervello corrisponde alla fine della vita. L'anno successivo, a San Francisco, vi fu una seconda riunione, organizzata dall'American College of Physicians. Vi parteciparono anche Warren Burger, che pochi mesi dopo divenne membro della Corte Suprema degli Stati Uniti, e due premi Nobel: Peter Medawar, il pioniere delle biologie dei trapianti, e il genetista Joshua Lederberg. In quello stesso periodo si riunì anche il Comitato di Harvard che re-

dasse il famoso libro bianco sul giornale dell'American Medical Association ("Jama") che stabiliva i nuovi criteri di morte cerebrale, su cui tutti concordavamo».

MARINO: «Un elemento di rottura con la vecchia idea di morte l'aveva portato nel 1952 l'invenzione del respiratore automatico che ha rivoluzionato le tecniche di rianimazione. La respirazione artificiale che permette l'ossigenazione del corpo ha salvato moltissime persone, ma i medici si sono resi conto presto che, a volte, la respirazione artificiale veniva proseguita anche quando il cervello si era spento per sempre. Per questo si rese necessario individuare un nuovo modo per definire la morte, che non fosse collegato al battito del cuore e alla respirazione ma alle funzioni del cervello. In quegli stessi anni, poi, iniziavano a prendere piede i trapianti d'organo. Grazie alla definizione di morte cerebrale divenne possibile la donazione e il prelievo degli organi di un individuo deceduto, anche legalmente, anche se il suo cuore continuava a battere. Buona parte del successo della chirurgia dei trapianti, che oggi permette di salvare migliaia di vite umane, non avrebbe potuto svilupparsi se non fosse stato introdotto il concetto di morte cerebrale. Tuttavia non credo che le due questioni avessero un collegamento diretto».

STARZL: «Infatti non ce l'hanno: i trapianti nel 1968 erano poco più di una fantasia, certamente non era per questo che si sentiva la necessità di dare una nuova definizione alla morte. Si arrivò a un consenso generale sul concetto di morte cerebrale perché nella pratica clinica i medici si scontravano con problemi spinosi. Se per esempio una persona arrivava in un pronto soccorso con un trauma cranico e veniva collegata a un respiratore artificiale, quel supporto non poteva più essere rimosso se non si voleva cor-

rere il rischio di essere accusati di omicidio. Anche senza alcuna speranza di ripresa del paziente se il cuore continuava a battere non lo si poteva considerare morto. Il rischio era che alcuni pazienti non venissero affatto collegati al respiratore per non dover affrontare, in un secondo momento, il problema di come staccarlo. Con l'introduzione del concetto di morte cerebrale cambiò tutto: in emergenza ogni terapia salvavita poteva essere avviata e solo dopo un'attenta valutazione neurologica le terapie potevano essere sospese ed eventualmente avviate le procedure per la donazione degli organi. Ma i trapianti non erano la priorità per chi, all'epoca, ha scritto i principi della morte cerebrale».

MARINO: «Quella nuova definizione fu una svolta storica in uno dei punti cardine dei principi della medicina. Eppure non vi furono grandi discussioni o divergenze nella comunità scientifica, come non ve ne furono nella società, tra le persone comuni».

STARZL: «In effetti l'introduzione e l'accettazione di un nuovo modo di definire la morte fu possibile in maniera rapida, e pressoché indolore, anche grazie al saggio consiglio del Vaticano che ha sostenuto questo nuovo concetto e lo ha supportato creando le condizioni favorevoli all'accettazione a livello sociale».

MARINO: «Oggi, però, alcuni cominciano a interrogarsi sui criteri di Harvard, mettendo l'accento sul fatto che sono stati stabiliti ormai quarant'anni fa e andrebbero oggi probabilmente rivisitati, alla luce delle più recenti scoperte scientifiche e di una migliore conoscenza del cervello e delle tecnologie che servono per determinare la fine delle funzioni cerebrali. Forse i criteri del 1968 non sono più scientificamente così validi e varrebbe la pena avviare una nuova discussione in ambito medico e scientifico. Personal-

mente, ritengo che la scienza non debba mai avere paura di porsi interrogativi e dubbi, sempre essenziali per fare progredire la conoscenza. Ma su questo percorso non dobbiamo insinuare il sospetto che non vi siano delle certezze riguardo alla morte cerebrale. Questo dubbio rischierebbe di vanificare i tanti sforzi compiuti per aumentare le donazioni di organi e innescherebbe la tragica conseguenza di ridurre le donazioni e togliere così la speranza alle migliaia di pazienti in attesa di un trapianto».

STARZL: «Penso che una revisione del concetto di morte cerebrale possa essere presa in seria considerazione. Oggi disponiamo di una tecnologia molto più raffinata per valutare il cervello, sia da un punto di vista strutturale che funzionale. L'accertamento della morte è certamente più sicuro oggi rispetto a quarant'anni fa. Un errore è impossibile, a meno che qualcuno non voglia deliberatamente imbrogliare. In passato era difficile distinguere tra morte della corteccia cerebrale, la sede delle funzioni superiori come la memoria, la coscienza ed il linguaggio, e la morte dei tratti inferiori del sistema nervoso centrale che controllano altre funzioni del nostro corpo, come i visceri e alcuni riflessi. È per questo che, sino al 1968, pur in presenza di una morte della corteccia, non si poteva affermare che la persona era morta. La tecnologia rese possibile dimostrare con sicurezza che quei pazienti erano in realtà in stato di morte cerebrale, e quindi potevano essere dichiarati deceduti anche legalmente. Da allora, il corretto impiego delle tecnologie nelle neuroscienze può certamente evitare il rischio di dichiarare morto un individuo ancora vivo. Oggi queste tecnologie sono ancora più sofisticate e per questo, se si vogliono cambiare i criteri per definire la morte, la tendenza dovrebbe essere quella di renderli più liberali anziché più rigidi: tuttavia, si tratta di una direzione che può allarmare e suscitare il timore che si possa dichiarare in morte cerebrale chi non lo è. Comunque, credo che queste preoccupazioni assumano toni più caldi in Italia che altrove, probabilmente per la presenza del Vaticano».

MARINO: «Eppure un alone di insicurezza resiste, per lo meno nell'immaginario collettivo, alimentato da notizie su risvegli mi-

racolosi. Notizie false, che rischiano di creare problemi alle donazioni degli organi se si insinua il dubbio che una persona in rianimazione possa non essere davvero morta nel momento in cui viene chiesta la donazione degli organi».

STARZL: «Certo, alcuni esseri umani possiedono un'innata tendenza alla menzo-

gna».

MARINO: «Nella mia lunga esperienza sia negli Stati Uniti che in Italia non ho mai avuto il minimo sospetto che, nelle fasi di accertamento della morte cerebrale di un paziente, si scegliessero delle scorciatoie. È evidente che ciò sarebbe assolutamente da contrastare e condannare severamente. Tuttavia non credo che i principi della morte cerebrale oggi non siano più validi; piuttosto, se esistono dei dubbi, dobbiamo vigilare sulla correttezza della procedura all'interno degli ospedali e sull'accuratezza di chi le esegue».

STARZL: «Una delle peggiori esperienze della mia vita mi capitò una notte di Capodanno a Pittsburgh. Partii per un prelievo d'organi, ma arrivato all'ospedale il paziente definito in morte cerebrale mostrava dei segni che non mi convincevano del tutto. Chiesi nuovi test per l'accertamento della morte, ma il neurologo non accettò e così decisi di non procedere al prelievo e ritornai a casa a mani vuote, ad affrontare la delusione del mio paziente e della sua famiglia che attendevano il mio ritorno con quell'organo così prezioso che gli avrebbe cambiato la vita».

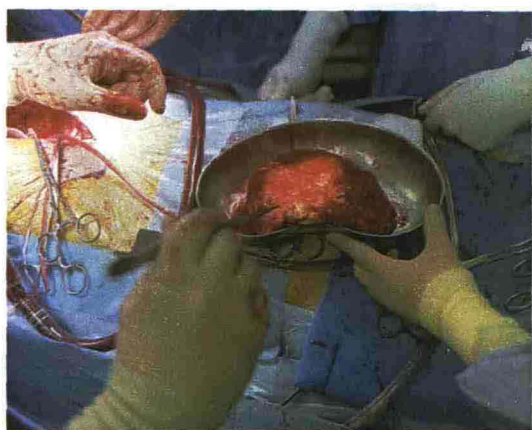
MARINO: «Nel 1987 anch'io ebbi un'esperienza difficile. Una notte volai da Pittsburgh a Portland per un prelievo di fegato, ne avevamo bisogno urgente per salvare un bambino in pericolo di vi-

ta. Ricordo bene il viaggio con il piccolo jet, perché atterrammo in Montana per il rifornimento e in aeroporto c'era una fotografia delle frecce tricolori... Arrivati all'ospedale di Portland, mi resi conto che non potevo iniziare il prelievo degli organi perché non ero assolutamente certo che il paziente fosse morto. Chiamai Pittsburgh e lei, professor Starzl, mi disse: "Sbrigati a decidere, il bambino non può aspettare a lungo". La pressione su di me era forte e lo stress anche, ma chiesi di eseguire un'angiografia cerebrale: avrebbe richiesto del tempo in più, ma avrei avuto quella certezza per me indispensabile per procedere. Feci una passeggiata nella baia di Portland mentre veniva allertata la radiologia e, una volta rientrato, assistetti all'angiografia e non ebbi più dubbi sulla effettiva morte del paziente. Anche considerando la responsabilità nei confronti di chi è in attesa di un organo, è fondamentale sentirsi vincolati ai protocolli stabiliti e, se necessario, eseguire un test in più per essere sicuri».

STARZL: «Prendere scorciatoie non è mai una buona idea. Comunque credo sia giusto porsi il problema di ripensare ai criteri di accertamento della morte. Infatti c'è chi sostiene siano troppo restrittivi. Si deve certo stare in guardia contro la possibilità che si possa dichiarare morto un individuo se questi ha ancora possibilità di riprendersi, ma le moderne tecnologie impediscono che acca-

da. A Portland hai fatto la cosa giusta, e con quel prelievo di organi abbiamo potuto salvare la vita di un bambino e probabilmente anche di altri pazienti».

Bisogna ripensare gli attuali criteri di accertamento della morte: che per molti, oggi, sono troppo restrittivi





Sotto: Hannover, un trapianto di cuore, come nella foto a sinistra. In basso: Marino e Starzl

Un trapianto di fegato effettuato al Policlinico di Essen, in Westfalia

