



ESPIANTI E TRAPIANTI DI ORGANI (INFORMAZIONI PER UNA SCELTA CONSAPEVOLE)

UNA PREMESSA NECESSARIA

La visione e la pratica della medicina che oggi conosciamo nella nostra parte del pianeta non può contenere “verità scientifiche assolute”. Infatti le ‘verità scientifiche’ di un medico nato nel 1850 sono radicalmente diverse da quelle di un medico nato nel 1900, e così ancora quelle di uno nato nel 1950... Nel 1600 si curava la maggioranza delle malattie con i **salassi** e con le **purghe**; lo **scorbuto**, sino al 1936, era considerato una malattia infettiva, e così la **pellagra**, sino alla scoperta delle vitamine; appena 150 anni fa per un medico il **lavarsi le mani** prima di un parto o di un’operazione chirurgica era considerata una follia eretica; le pratiche cruenti della **vivisezione** erano giustificate dagli scienziati poiché “*gli animali in fondo non soffrono perché non hanno il senso dell’apprensione proveniente dal ricordo del dolore*”; il **latte in polvere**, in questo secolo, ha sostituito per molti decenni (*e continua ancora a sostituirlo in molti paesi e soprattutto nel Terzo e Quarto Mondo*) il latte materno.

Eppure tutte queste erano considerate “verità scientifiche” che non potevano neppure essere messe in discussione.

Le considerazioni che oggi godono più di credito, nelle analisi sulle prospettive della medicina, e cioè quelle di tipo tecnologico imprenditoriale, minimizzano sistematicamente quel fattore storico che è elemento ineludibile per rintracciare le ragioni dell’assunzione di certi paradigmi e non altri, di particolari certezze, di contingenti ortodossie.

Se continuiamo a non volere o riuscire a dare nuova forza e dignità all’analisi delle condizioni storico geografiche che permettono il verificarsi dei fenomeni sociali, ci condanniamo ad una miopia progressiva che ci renderà sempre più oscura l’individuazione di possibili prospettive, dei percorsi da seguire per correggere distorsioni, per prevenire disastri o per stabilire con giusto anticipo i necessari cambi di rotta.

L’analisi antropologica, in questo caso, può essere particolarmente utile per mettere a fuoco il modo di agire **di quel quinto di umanità** del quale facciamo parte che, da alcuni decenni, attribuisce ai propri modelli di sviluppo l’etichetta della “globalizzazione”, dell’inarrestabilità dello sviluppo, della razionalità intrinseca e senza alternative del mercato, del “non ci sono altre strade possibili”.

È solo partendo da questa premessa che possiamo inquadrare il prelievo di organi ai fini del trapianto.

IL PRELIEVO DI ORGANI

Lo chiamiamo prelievo e non “donazione” non a caso. La parola ‘donazione’ implica di per sé un atto spontaneo: è antitetica al concetto di obbligo: un dono imposto non è un dono e dunque se il prelievo di organi dopo la morte in vista di un trapianto è reso di fatto obbligatorio dallo Stato non possiamo parlare di donazione. Ma affronteremo più avanti questo aspetto di metodo. La pratica del prelievo di organi è un fatto assolutamente nuovo nella storia della medicina. Esso è divulgato, nel nostro Paese, praticamente da una sola voce: quella delle istituzioni e di alcune associazioni che invitano i cittadini a farsi “donatori di organi”. Questo fa sì che le informazioni necessarie ad assumere una decisione così importante con piena consapevolezza non siano né complete né, tantomeno, comprensibili, e per questo vengono da più parti contestate, sia nel **merito** che nel **metodo**.

NEL MERITO: IL CONCETTO DI MORTE

Le definizioni di Cadavere:

· **Il corpo umano dopo la morte** [...] - Diritto: - Il C.P. punisce con la reclusione il vilipendio, la distruzione, la soppressione, la sottrazione, l’occultamento e l’uso illegittimo di cadavere. [...] (*Enciclopedia Universale Curcio*)

· **Corpo umano dopo la morte** (usato anche come fonte di organi da trapiantare oppure conservato a scopo di studio e di dissezione) (*Enciclopedia Medica de “La Repubblica”*)

È anzitutto sul possibile equivoco nell’accezione del termine “morte” che si incentra il dibattito.

Da più parti si invita a “donare gli organi prelevati dal proprio cadavere”; ma questo termine induce una concezione di “morte” diversa nelle diverse persone. Infatti, possiamo facilmente constatare che se poniamo la domanda “*se hai un incidente mortale, per esempio in automobile, e dopo qualche ora trasportano il tuo cadavere in ospedale, credi di poter donare i tuoi organi?*”, la maggior parte degli interrogati risponderà di sì, mentre ciò **non è possibile**.

Infatti l’espianto di un organo per il successivo trapianto può avvenire solamente “a cuore battente”. Vale a dire che l’espianto (*non si tratta qui ovviamente dei trapianti da vivo a vivo*) di organi quali cuore, fegato, polmoni, reni, ecc., si effettua solo e sempre da persona con circolazione cardiaca e respirazione aiutate. Dunque solo una persona già ospedalizzata ed in grave pericolo di vita può essere considerata come “potenziale donatore”. In questo caso il decorso del paziente viene seguito da un medico rianimatore che segnala (leggiamo testualmente dall’opuscolo della Regione Emilia Romagna e Centro Riferimento Trapianti E.R., “Donatore o non donatore?”) «*alla Direzione Sanitaria del proprio ospedale il possibile stato di morte cerebrale di un paziente. La Direzione Sanitaria ha l’obbligo di convocare la Commissione per l’accertamento di morte, presente in ogni ospedale, composta da 3 medici (un medico legale, un anestesista-rianimatore ed un neurologo esperto in elettroencefalografia) che si riuniscono al capezzale del paziente. Se la Commissione è concorde sullo stato di morte encefalica inizia il periodo di osservazione della stessa. Vengono condotti tutti gli accertamenti necessari e previsti dalla legge (n 578 del 29 dicembre 1993, DMS n 582 del 22 agosto 1994), che vanno ripetuti per 3 volte durante le 6 ore di osservazione previste per gli adulti, le 12 o 24 ore per i bambini (a seconda delle diverse fasce di età). Al ter-*

mine del periodo di osservazione le manovre rianimatorie devono essere in ogni caso interrotte: nel caso di donazione di organi si mantiene la ventilazione artificiale fino all'arrivo in sala operatoria ed all'inizio del prelievo; se non c'è donazione si sospende subito la ventilazione meccanica, il cuore va in arresto in pochi minuti e la salma viene trasferita in camera mortuaria.» E sempre in esso leggiamo che c'è "morte cerebrale" quando «tutte le cellule del cervello sono morte e la condizione è irreversibile».

(Ma quanti hanno avuto per le mani questo opuscolo o similari? Quanto è stata chiarita questa distinzione dai mass media più diffusi?).

Ma guardiamo il testo esatto della legge n. 578 del 29 dic. 1993

Art. 1 Definizione di morte

1. La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Art. 2 Accertamento di morte

1. La morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e può essere accertata con le modalità definite con decreto emanato dal Ministro della sanità.

Art. 4 Periodo di osservazione dei cadaveri

1. Nei casi in cui l'accertamento di morte non viene effettuato secondo le procedure di cui all'articolo 2, nessun cadavere può essere chiuso in cassa, nè essere sottoposto ad autopsia, a trattamenti conservativi, a conservazione in celle frigorifere, nè essere inumato, tumulato, cremato prima che siano trascorse 24 ore dal momento del decesso, salvi i casi di decapitazione o di maciullamento.

E il decreto 22 agosto 1994, n. 582 del Ministro della sanità:

REGOLAMENTO RECANTE LE MODALITÀ PER L'ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE

Art. 1 Accertamento della morte per arresto cardiaco

1. In conformità all'art. 2, comma 1, della legge 29 dicembre 1993, n.578, l'accertamento della morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un medico con il rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi.

Art. 3 Accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposte a misure rianimatorie

1. Nei soggetti di cui all'art. 2 la morte è accertata quando sia riscontrata, per il periodo di osservazione previsto dall'art. 4, la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

- stato di incoscienza;
 - assenza di riflesso corneale, riflesso fotomotore, riflesso oculocefalico e oculovertibolare, reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino, riflesso carenale e respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale fino al raggiungimento di ipercapnia accertata da 60 mm Hg con pH ematico minore di 7,40;
 - silenzio elettrico cerebrale, documentato da EEG eseguito secondo le modalità tecniche riportate nell'allegato 1;
 - assenza di flusso cerebrale preventivamente documentata nelle situazioni particolari previste dal comma 2 dell'art.2.
2. I riflessi spinali, spontanei o provocati, non hanno rilevanza alcuna ai fini dell'accertamento della morte, essendo

essi compatibili con la condizione di cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche.

3. Nel neonato l'accertamento della morte di cui al presente articolo può essere eseguito solo se la nascita è avvenuta dopo la 38ª settimana di gestazione e comunque dopo una settimana di vita extrauterina.

Ecco che allora apprendiamo che quando si dice "morte" si intende "morte cerebrale".

(C'è voluta una legge dello Stato per dichiarare solennemente che è cambiato il concetto comune, tradizionale di morte, e cioè l'arresto respiratorio e cardiocircolatorio.

È solo nell'art. 4 della L.578 soprariportato che permane ancora qualcosa del concetto tradizionale di morte)

È questa una nuova, recente definizione della morte. E, come tutte le nuove 'verità scientifiche' di cui in premessa, viene presentata con la solita tecnica che ha ben spiegato Gianfranco Domenighetti¹: **“si enfatizzano i benefici, si occultano i rischi, si nasconde che al proposito esiste una controversia scientifica”**.

• Sostengono infatti diversi medici: *«I mezzi di accertamento di cui disponiamo, e che sono previsti dalla legge, non attestano in positivo una morte cerebrale, ma, in negativo, la nostra incapacità a rilevare segni di alcune attività cerebrali.... Se poi questa incapacità sia dovuta o no alla inadeguatezza dei nostri mezzi di indagine, come è pur possibile, non vien tolto il fatto che l'assenza di un'attività cerebrale documentabile non è PROVA, ma sospetto o, se vogliamo, PRESUNZIONE di morte cerebrale, quale che sia il grado di probabilità attribuibile a tale presunzione. L'uguaglianza "morte cerebrale = morte della persona" è falsa. Il decerebrato è vivo, non vitale; non è morto fintanto che l'apparato cardiocircolatorio è in grado, in un modo o nell'altro, di perfondere i vari tessuti. Non bisogna fare analogie con l'arresto cardiocircolatorio, le cui conseguenze comportano danni irreversibili a tutte le strutture dell'organismo, in tempi relativamente brevi (da minuti a qualche ora). Chi accetta quella uguaglianza fa una scelta filosofica frutto di "pregiudizi".... oggi dobbiamo ritenere la pratica del trapianto d'organo ancora in fase sperimentale, e prematura la sua introduzione sistematica nella pratica clinica, finché non sia data risposta medica esauriente a numerosi interrogativi»²*

• «... vi è una distinzione fondamentale tra l'espianto di tessuti quali per esempio il midollo osseo, che può essere donato senza nessun pericolo da una persona vivente; il rene che può anch'esso essere donato da vivi coscienti, con un atto di estrema generosità, essendo comunque consentita una vita normale alle persone che hanno un rene solo; le cornee che possono essere espianate dopo che il soggetto donatore è morto nel modo "comune" di intendere la morte, cioè quando tutte le funzioni vitali sono interrotte, il paziente è rigido, freddo, il cuore non batte, non vi è circolazione sanguigna, non vi è respirazione, si ha dilatazione fissa delle pupille ecc. Diversissima è la situazione per l'espianto del cuore, dei polmoni e del fegato, perché può essere eseguito soltanto se il cuore della persona batte autonomamente, la circolazione del sangue è normale, ed il paziente si trova ricoverato presso un centro di rianimazione. Infatti nel momento in cui il cuore cessa di battere gli organi, quali il cuore, i polmoni, ed il fegato, non sono più utilizzabili per un trapianto. Chi muore nel proprio letto, o per strada oppure anche in ospedale **non può** essere un donatore, può esserlo solo chi viene ricoverato presso un Centro di Rianimazione in stato di Coma detto irreversibile. Che si voglia far accettare come **dogma ai fini di trapianto** che la morte per arresto del cuore (con rigor mortis ecc) è equivalente alla morte cosiddetta cerebrale è un'assurdità»²

• Il Dr. David W. Evans, Fellow Commoner of Queens College

Cambridge, cardiologo dimessosi dal Papworth Hospital per opposizione alla morte cerebrale, afferma: “*Non c’è modo di accertare una vera morte cerebrale prima della cessazione della circolazione sanguigna. C’è una grande differenza tra l’essere veramente morto ed essere dichiarato clinicamente in morte cerebrale*”. (Audizione Parlamento Italiano ‘92)

• Ricercatori dell’Harvard University affermano, già dal 1992, che non è possibile accertare la cessazione irreversibile di tutte le funzioni del cervello con i mezzi clinico-strumentali attuali. [Critical Care Medicine-vol. 20, n° 12,1992, Harvard Medical School, Boston, Rethinking Brain Death (Ripensamento sulla morte cerebrale)].

• Il Presidente dell’Associazione internazionale di Bioetica, Peter Singer, al congresso di Cuba (1996), in merito alla riluttanza a donare organi, ha affermato:

“*La gente ha abbastanza buon senso da capire che i ‘morti cerebrali’ non sono veramente morti... la morte cerebrale non è altro che una comoda finzione. Fu proposta e accettata perché rendeva possibile il procacciamento di organi*”.

È dunque legittimo e doveroso, per questo e a questo punto, aprire un dibattito fra quanti hanno diverse concezioni della vita e della morte. Concezioni filosofiche, religiose, scientifiche e mediche diverse che inducono a definizioni differenziate anche dell’essere umano morente e/o morto e che, per logica conseguenza, hanno portato anche a due diversi modelli di medicina³:

IL MODELLO MECCANICISTICO,

insegnato nelle Facoltà di Medicina, che definisce se stessa “medicina scientifica”, per il quale l’essere umano è concepito come un insieme di organi e tessuti e la patologia è vista come l’apparizione, in punti ben localizzati e in istanti ben definiti, di deviazioni dallo schema tipico standard prodotte o da errori biochimici (*molecole che deviano dal codice*) o da corpi perturbatori estranei (*microorganismi o molecole singole o in aggregati*). Un modello “meccanicistico”, appunto, che assimila l’organismo ad una macchina scomponibile in parti riparabili o sostituibili. Secondo tale modello le proprietà e il comportamento delle parti determinano i comportamenti del Tutto, e **la determinazione della morte viene considerata una diagnosi medica**.

IL MODELLO ORGANICO,

che sta alla base, in forme diverse, delle varie medicine *non convenzionali* e di altre medicine (*fra le quali quella cinese*) - presuppone, invece, l’integrità psico-fisico-emozionale-spirituale dell’essere umano, e considera l’organismo come una rete di interazioni complesse tra diversi sistemi: fisici, biologici, psichici, mentali, spirituali. Secondo questo modello è il Tutto che determina il comportamento delle parti, e la morte viene considerata come una fase complessa che si attua per stadi successivi attraverso i quali avviene la “chiusura” del ciclo vitale; una visione che è condivisa da ogni tipo di spiritualità o religione, e che richiede una forma di “rispetto” per il corpo del defunto che dovrebbe “riposare” in pace e silenzio; per la maggioranza anche per tre giorni, prima di essere cremato o inumato.

Possiamo dunque circoscrivere a questa dicotomica valutazione della morte il dibattito sostanziale, senza scomodare casi (*comunque verificatisi*) di ripresa delle funzioni vitali in soggetti pervenuti ad uno stato di “morte cerebrale”.⁴

RIASSUMENDO

L’espianto (*non si tratta qui ovviamente dei trapianti da vivo a vivo*) di organi quali cuore, fegato, polmoni, reni, ecc., si effet-

tua solo e sempre da persona con respirazione aiutata, e non da cadavere freddo e rigido come tutti intendiamo.

La persona viene incisa dal bisturi mentre il suo cuore batte, il sangue circola, il corpo è roseo e tiepido, urina, può muovere gambe, braccia, tronco, ecc... Le donne gravide portano avanti la gravidanza.

Non è vero che prima si interrompa la ventilazione e che poi, a cuore e respiro fermi, si inizi il prelievo, ma è proprio l’opposto.

Gli organi vengono tolti da persona che ha perso la coscienza e le cui reazioni alla sofferenza prodotta dall’espianto sono considerate possibili, tanto è vero che vengono iniettati farmaci paralizzanti o anestetici.

NEL METODO: IL SILENZIO/ASSENSO

Un’altra discussione è quella riguardante il metodo. E per questa non è questione di opinioni e personale visione della vita. Semplicemente, da parte delle istituzioni, si è creata una situazione ambigua ed ingannevole. Anziché introdurre il criterio del “consenso informato”, si è applicato quello del “silenzio-assenso”.

La Legge n. 91 del 1/4/99 prevede quanto segue all’art.4:

Art. 4. (Dichiarazione di volontà in ordine alla donazione)

1. Entro i termini, nelle forme e nei modi stabiliti dalla presente legge e dal decreto del Ministro della sanità di cui all’articolo 5, comma 1, i cittadini sono tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, e sono informati che **la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione**, secondo quanto stabilito dai commi 4 e 5 del presente articolo.

E all’art. seguente sanziona la sua violazione con una pena che lo fa apparire come un “peccato veniale”:

6. Il prelievo di organi e di tessuti effettuato in violazione delle disposizioni di cui al presente articolo è punito con la reclusione fino a due anni e con l’interdizione dall’esercizio della professione sanitaria fino a due anni.

Ma poiché a tutt’oggi, giugno 2001, non sono stati emessi i decreti attuativi previsti dall’art.5, comma 1, **la situazione attuale** è quella prevista dal seguente art.23:

Art. 23. (Disposizioni transitorie)

1. Fino alla data di cui all’articolo 28, comma 2, è consentito procedere al prelievo di organi e di tessuti da soggetto di cui sia stata accertata la morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582, **salvo che il soggetto abbia esplicitamente negato il proprio assenso**.

2. Nelle ipotesi di cui al comma 1, il coniuge non separato o il convivente more uxorio o, in mancanza, i figli maggiori di età o, in mancanza di questi ultimi, i genitori ovvero il rappresentante legale **possono presentare opposizione scritta entro il termine corrispondente al periodo di osservazione ai fini dell’accertamento di morte**, di cui all’articolo 4 del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582.

In parole semplici ciò significa che chi non abbia espresso la propria volontà (contraria o non) ed i cui familiari non presentino **opposizione scritta** entro i tempi (*le 6 ore*) dell’accertamento di morte cerebrale, diverrà “donatore”.

Art. 28. (Entrata in vigore)

2. Le disposizioni previste dall'articolo 4 acquistano efficacia a decorrere dalla data di attivazione del sistema informativo dei trapianti di cui all'articolo 7.

Quando, dunque, ci sarà un elenco informatizzato da cui risulti che le Asl hanno notificato la richiesta, in assenza di risposta il cittadino **sarà considerato comunque donatore e i parenti non avranno più diritto di opporsi.**

Quanti decidano di voler donare i propri organi sono garantiti del soddisfacimento della loro volontà, espressa o meno che sia.

Al contrario, chi non intenda essere sottoposto all'espanto di organi con le modalità esposte, **a tutt'oggi non ha garanzia del rispetto della sua volontà**, che può essere certificata solo ad organismi che si sono manifestati sostenitori del trapianto o tramite "tesserini" od altre carte autografe sul cui destino, soprattutto in caso di incidente, non si possono che nutrire seri dubbi.

CONCLUSIONI

Nel merito: è necessario alimentare l'informazione e dunque la consapevolezza. La morte della persona, intesa come separazione del principio vitale dalla corporeità è un evento che crediamo possa essere difficilmente individuato "tecnicamente". Recuperiamo la sacralità della morte, patrimonio delle religioni e delle tradizioni di tutti i popoli del pianeta, contro la tendenza scienziata contemporanea di attendersi l'immortalità dalla scienza e dalla tecnologia. Approfondiamo piuttosto il dibattito su come si possa e si debba migliorare la QUALITÀ DELLA MORTE, **"cercando le vie e i segreti per il morire bene. Di queste vie, e dei mezzi tecnici che le supplementano, abbiamo un bisogno estremo, tutti; e, se anche solo una minoranza fra noi le scoprisse, le ricadute sulla società sarebbero straordinarie, epocali"**⁵ Approfondiamo il dibattito sulla QUALITÀ DI VITA di chi è stato trapiantato con successo, e, soprattutto, sulla QUALITÀ DELLA SALUTE che ci porta a introdurre **come terapia** la pratica dei trapianti! Sulla necessità di un'informazione trasparente che ci racconti anche le percentuali degli insuccessi, dei rigetti, della medicalizzazione estrema dopo il trapianto, senza che si debba apprendere solo dalla stampa che il sig. X, trapiantato di una mano, se la vuole tagliare di nuovo. Sulla nostra paura del dolore che ce lo fa rimuovere confidando nelle promesse della 'tecnologia medica', quella tecnologia che vanta **"trionfi eccezionali forse illeciti, come le sostituzioni globali degli organi" o le clonazioni umane, "ma che nello stesso tempo si dimostra incapace di guarire causalmente un banale raffreddore o un'emicrania, e persino un 'alito cattivo'"**⁶. Sul fatto che così come la vita è diventata un'attività a pagamento lo stia diventando anche la morte, e che l'interesse economico decide sui nostri corpi da quando nasciamo a quando moriamo⁷, sulla tragica tendenza a **nascere e morire** sempre di più in ospedale, con una medicalizzazione ossessiva di due eventi assolutamente naturali.

Approfondiamo il dibattito su come un atto d'amore come la donazione di un organo corre il rischio quasi certo, in un sistema sociale che ha fatto del suo valore primario "il fare soldi", di essere sporcato dal business...

Nel metodo: riteniamo che debba essere cambiata la legislazione, in modo da effettuare la schedatura dei soli donatori che abbiano personalmente dichiarato all'ASL la propria decisione di "donare organi a cuore battente e sangue circolante".

L'obbligo, di per sé, teme la formazione di un cittadino consapevole.

«Signore liberaci dal troppo zelo per le novità; dall'anteporre la cultura alla saggezza; la scienza all'arte; l'intelligenza al buon senso; dal curare i malati come se fossero malattie; dal rendere la guarigione più penosa del persistere del morbo»

(SIR JONATHAN HUTCHINSON, Londra, 1904)

NOTE

1 Gianfranco Domenighetti, economista, dottore in scienze sociali, docente di politica sanitaria alla facoltà di scienze economiche e sociali dell'Università di Losanna e di Ginevra, dirige da più di trenta anni il servizio di Salute pubblica del canton Ticino, in Svizzera. Autore del libro best-seller "Il Mercato della salute - Ignoranza o adeguatezza?", è vincitore di numerosi premi, tra i quali ricordiamo il premio OMS 1992 per l'educazione alla salute.

2 dalla Relazione presentata alla Commissione Affari Sociali della Camera il 14.01.1998 da Nerina Negrello, Presidente della Lega Nazionale contro la Predazione di Organi e la Morte a Cuore Battente, Giuseppe Bertolini, medico anestesista-rianimatore, Maria Luisa Robbiati, medico anestesista-rianimatrice, e R.Sonnino, medico.

3) vedi al proposito il Comunicato Andromeda N. 50/1998 (MEDICINA: I DUE MODELLI - Salute o mercato della Salute?)

4 Giappone, Nihon University - «"Sconfitta la 'morte cerebrale' con l'ipotermia cerebrale controllata" - Neurochirurghi hanno salvato 14 pazienti su 20 casi di ematoma subdurale acuto associato a danno cerebrale diffuso e 6 su 12 casi di ischemia cerebrale globale da arresto cardiaco da 30 a 47 minuti, riportandoli a normale vita quotidiana, con pieno ristabilimento delle capacità di comunicazione verbale. Una dichiarazione affrettata di cosiddetta 'morte cerebrale' senza che sia stata tentata tale terapia potrebbe ben costituire omicidio, o, come minimo, premeditata omissione di soccorso e "malpractice"» Yoshio Watanabe, medico, "Cardiac Transplantation: Flaws in the logic of the Proponents", JPN Heart J Sett. 1997; N.Hayashi, medico, "Brain Hypothermia Therapy", JPN Med J, 6 luglio 1996.

5 tratto dallo stupendo libro di Paolo Barnard dal titolo: "Aiutami a morire - storie di lotta contro l'abbandono dei malati terminali", Interlinea edizioni - 0321.612571, Novara 1999

6 tratto dal libro "L'uomo senza futuro - Nella medicina riumanizzata l'alternativa per sopravvivere" (Mursia Ed. Milano, 1976) di L.Oreste Speciani, medico, padre della "Medicina Integrata"

7 Il sistema degli incentivi a chi "trapianta di più", impostato dall'art. che segue della legge 91/99, è stato "migliorato" da una legge regionale, in Lombardia, che stanziava 10 miliardi annui alle rianimazioni che più espantano.

Art. 8. (Centro nazionale per i trapianti)

comma 6. Il Centro nazionale svolge le seguenti funzioni:

h) individua il fabbisogno nazionale di trapianti e **stabilisce la soglia minima annuale di attività** per ogni struttura per i trapianti e i criteri per una equilibrata distribuzione territoriale delle medesime;

Art. 16. (Strutture per i trapianti)

1. Le regioni individuano, nell'ambito della programmazione sanitaria, tra le strutture accreditate quelle idonee ad effettuare i trapianti di organi e di tessuti. Con decreto del Ministro della sanità, sentiti il Consiglio superiore di sanità ed il Centro nazionale, sono definiti i criteri e le modalità per l'individuazione delle strutture di cui al presente articolo, in base ai requisiti previsti dal decreto del Ministro della sanità 29 gennaio 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 26 del 10 febbraio 1992, nonché gli standard minimi di attività per le finalità indicate dal comma 2.

2. Le regioni provvedono ogni due anni alla verifica della qualità e dei risultati delle attività di trapianto di organi e di tessuti svolte dalle strutture di cui al presente articolo revocando l'idoneità a quelle che abbiano svolto nell'arco di un biennio meno del 50 per cento dell'attività minima prevista dagli standard di cui al comma 1.

Per ulteriori informazioni o per richiedere il Catalogo rivolgersi a **ANDROMEDA**
via Salvador Allende n. 1, 40139 Bologna - Tel. ☎ - 051490439 - 0534.62477 - Fax 051491356
e-mail: andromeda@posta.alinet.it - http://www.alinet.it/andromeda