

Si può espian- tare se il cuore batte?

Caro direttore, dopo aver letto con interesse gli articoli riportati nel suo giornale, riguardo al dibattito sulla morte cerebrale e sui dubbi che sorgono da più parti attorno a questa tematica, mi trovo, come medico e come cattolico, più vicino alle tesi sostenute dal Comitato nazionale di bioetica.

Già nel libro *Di che vita morire* di cui sono coautore con il senatore Antonio Del Pennino, parlando dei trapianti di organo, consideravo i criteri dell'Harvard Medical School del 1968 come una "legittimazione scientifica" offerta al mondo clinico in occasione dei primi trapianti. Tale legittimazione, da alcuni criticata come risoluzione scientifica di un problema etico, fu confutata dal filosofo H Jonas che sosteneva l'accertamento della morte prima dell'espian-
to, non

potendosi conoscere con certezza assoluta il limite tra vita e morte nel caso di morte cerebrale, optando così per una presunzione di vita. Ne deriverebbe l'attesa della morte prima di un espian-
to. Credo quindi sia di importanza assoluta definire con precisione il concetto di morte cerebrale.

Si intende per "morte cerebrale" l'autolisi degli emisferi cerebrali e del tronco encefalico: vale a dire la distruzione totale ed irreversibile di tutto ciò che vi è all'interno della cavità cranica. Alla luce delle attuali conoscenze cliniche si può definire certa la morte in presenza di: coma con assenza di riflessi del tronco cerebrale (fotomotore, corneale, oculovestibolare); assenza di risposte motose nei territori innervati dai nervi cranici; assenza di respirazione spontanea in presenza di pressione parziale di

anidride carbonica nel sangue uguale o superiore a 40mmHg di mercurio; assenza di attività elettrica cerebrale da Ecg.

Sei ore di persistenza di tali segni legittimano una diagnosi certa di morte cerebrale. Ai pazienti con tali danni irreversibili deve essere fornito solo il certificato medico per avere riconosciuta la validità legale della loro morte. È certo che l'artificioso prolungare della funzionalità di alcuni organi (polmoni, cuore, rene, fegato) con manovre complesse di tipo strumentale, è solo in funzione di eventuale trapianto. Se interrogativi legittimi si pongono, questi derivano dalla dimostrazione della completa morte cellulare. Questa è difficile da dimostrare, poiché possiamo supporre che non tutti i circuiti cerebrali si interrompano nello stesso tempo.

Credo che un maggiore

sviluppo dell'imaging morfofunzionale ci aiuterà a dissipare questi interrogativi. Come ho già avuto modo di dire nel mio libro, il nodo centrale resta, a mio avviso, la liceità di un prelievo di organo da un paziente in cui il battito cardiaco sia presente e che lo fa sembrare vivo. La presenza di tale battito non prova affatto che il paziente sia vivo, ancorché assistito da strumenti tecnologici che gli consentono la sopravvivenza. In definitiva, colui che è privo di attività corticale e troncoencefalica è da considerarsi morto, mancando in lui un "principio di vita". Del resto, anche la Chiesa cattolica accetta la definizione di morte cerebrale e la liceità dei trapianti.

DANIELE MERLO *Professore di anatomia clinica, facoltà di Medicina e Chirurgia. Università degli studi di Milano*

