



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΔΙΠΛΩΜΑ ΕΙΔΙΚΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Νομικό πλαίσιο δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων

Σπυριδούλα Νάκα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Στεφανίδης Ιωάννης, Καθηγητής Παθολογίας-Νεφρολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας (Επιβλέπων)

Ελευθεριάδης Θεόδωρος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νεφρολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Λιακόπουλος Βασίλειος, Καθηγητής Νεφρολογίας, Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης

Λάρισα, Ιανουάριος, 2023



UNIVERSITY OF THESSALY

SCHOOL OF HEALTH SCIENE
FACULTY OF MEDICINE

MASTER PROGRAM IN



“MASTER OF SCIENCE DIPLOMA IN NEPHROLOGICAL CARE”

MASTER THESIS

TITLE: Legal framework of organ donation and transplantation

Spyridoula Naka

Examination committee:

Stefanidis Ioannis, Professor of Internal Medicine-Nephrology, University of Thessaly (Supervisor)

Eleftheriadis Theodoros, Associate Professor of Nephrology, University of Thessaly

Liakopoulos Vasilios, Profesor of Nefrology Aristotle University of Thessaloniki

Larisa, January, 2023

Ευχαριστίες

Ολοκληρώνοντας την διπλωματική μου εργασία και τις σπουδές μου στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Μεταπτυχιακό Δίπλωμα Ειδίκευσης στην Νεφρολογική Φροντίδα» θα ήθελα να ευχαριστήσω τον επιβλέποντα καθηγητή μου **κ. Στεφανίδα Ιωάννη** για την ανάθεση του θέματος « Νομικό πλαίσιο δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων
>> για τη διπλωματική μου εργασία καθώς και για την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές του στη συγγραφή της.

Επίσης, ευχαριστώ τον καθηγητή **κ. Ελευθεριάδη Θεόδωρο** καθώς και τον καθηγητή **κ. Λιακόπουλος Βασίλειος** για την τιμή που μου έκαναν να συμμετάσχουν στη τριμελή επιτροπή της διπλωματικής μου. Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την υποστήριξη.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της πτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην πτυχιακή εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η διπλωματική εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του προγράμματος σπουδών του Μεταπτυχιακού διπλώματος ειδίκευσης στη Νεφρολογική Φροντίδα, του Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Περίληψη

Η μεταμόσχευση οργάνων είναι ένα ιατρικό επίτευγμα του 20ού αιώνα που βελτίωσε την ποιότητα ζωής των ασθενών και αύξησε το προσδόκιμο ζωής τους. Λόγω της αναγκαιότητας της μεταμόσχευσης οργάνων για τη διάσωση της ζωής των ασθενών και της σπανιότητας των διαθέσιμων προς μεταμόσχευση οργάνων, ορισμένα άτομα μπορεί να στραφούν σε ανήθικα μέτρα για την απόκτηση οργάνων. Στο πλαίσιο αυτό, η πολιτεία θεσπίζει νομοθεσία για την προώθηση του θεσμού των μεταμοσχεύσεων, ώστε να εγγυάται ότι τα μοσχεύματα παρέχονται με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια και να αποφεύγεται η παράνομη διακίνηση και εμπορία μοσχευμάτων. Όλα αυτά γίνονται σε μια προσπάθεια να καταπολεμηθεί η εμπορία ανθρώπων και το παράνομο εμπόριο μεταμοσχεύσεων. Στην παρούσα εργασία διερευνούμε την ιστορική εξέλιξη και το σύγχρονο νομικό περιβάλλον της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα.

Abstract

Organ transplantation is a 20th-century medical breakthrough that has improved the quality of life for patients and increased their life expectancy. Due to the necessity of organ transplantation in saving patients' lives and the scarcity of organs available for transplantation, some individuals may turn to unethical measures to acquire organs. In this context, the state is enacting legislation to promote the institution of transplantation to guarantee that transplants are supplied with respect for human dignity and to avoid transplant trafficking and illicit transplant trafficking. All of this is done in an effort to combat human trafficking and transplant trafficking. In this research, we investigate the historical evolution and contemporary legal environment of organ donation and transplantation in Greece.

Περιεχόμενα

| | |
|---|----|
| Περίληψη | 2 |
| Abstract | 2 |
| Εισαγωγή | 5 |
| Κεφάλαιο 1ο : Θεωρητικό Υπόβαθρο | 6 |
| 1.1 Ιστορική Αναδρομή | 6 |
| 1.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί | 10 |
| 1.3 Είδη μεταμόσχευσης & μοσχευμάτων | 11 |
| 1.3.1 Μεταμόσχευση | 11 |
| 1.3.2 Μοσχεύματα | 12 |
| 1.4 Αρχική εκτίμηση ασθενούς | 16 |
| Κεφάλαιο 2ο : Νομικό Πλαίσιο | 18 |
| 2.1 Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο | 18 |
| 2.2 Γενικές αρχές και προϋποθέσεις δωρεάς οργάνων (ΦΕΚ 150 Α΄, ν.3984/2011) | 20 |
| 2.3 Ποιότητα και ασφάλεια οργάνων (ΦΕΚ 150 Α΄, ν. 3984/2011) | 23 |
| 2.4 Νόμος 2737/1999 | 24 |
| 2.5 Συντονισμός μεταμοσχευτικής διαδικασίας | 27 |
| 2.6 Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων | 28 |
| 2.7 Ο νοσηλευτής ως μέλος της μεταμοσχευτικής ομάδας | 30 |
| 2.8 Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων | 30 |
| 2.9 Διεθνές πλαίσιο- Πολιτικές μεταμοσχεύσεων | 31 |
| 2.10 Κριτήρια καταλληλότητας δοτών και μοσχευμάτων | 35 |
| 2.11 Μεταμόσχευση μυελού των οστών | 36 |
| Κεφάλαιο 3ο : Βιοηθική | 39 |
| 3.1 Βιοηθικά ζητήματα | 39 |
| 3.2 Το έλλειμμα οργάνων προς μεταμόσχευση | 40 |

| | |
|--|----|
| 3.3 Ενημέρωση και συναίνεση δότη & λήπτη - Αρχή της Ενημέρωσης | 40 |
| 3.4 Αρχή της απαγόρευσης ανταλλάγματος | 43 |
| 3.5 Αφαίρεση Οργάνων | 46 |
| 3.6 Αφαίρεση Οργάνων από ζώντα δότη..... | 46 |
| 3.7 Αφαίρεση Οργάνων από θανόντα δότη | 47 |
| 3.8 Αρχή τήρησης Ανωνυμίας & Αρχή της ίσης μεταχείρισης | 49 |
| Κεφάλαιο 4ο : Τελευταία στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα..... | 49 |
| Συμπεράσματα..... | 57 |
| Βιβλιογραφία..... | 58 |

Εισαγωγή

Στους ασθενείς που χρειάζονται μεταμόσχευση δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία στη ζωή μέσω της μεταμόσχευσης ανθρώπινων οργάνων και ιστών. Η ανάπτυξη της ιατρικής γνώσης έχει καταστήσει δυνατή τη μακροβιότερη και ποιοτικότερη ζωή των ατόμων. Παρόλο που πολλοί από εμάς στη χώρα μας δεν γνωρίζουν ότι οι ασθενείς που βρίσκονται στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση και περιμένουν για πολλά χρόνια πεθαίνουν καθημερινά, δεν έχουμε ενημερωθεί για τη σημασία της διδασκαλίας στο σχολείο για θέματα υγιεινής και, κυρίως, για τη σημασία της ανιδιοτελούς ευγένειας προς τους άλλους. Ο νόμος 2737/1999, ο οποίος ισχύει πλέον στην Ελλάδα, περιγράφει τη διαδικασία μεταμόσχευσης και την επίτευξη αξιοσημείωτων αποτελεσμάτων στους τομείς της υγείας και της πρόνοιας για τους ασθενείς με παθολογικές καταστάσεις. Το νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης πραγματοποίησε την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού στη χώρα το 1968, εγκαινιάζοντας μια νέα εποχή για τις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα. Κάθε νοσοκομείο διαθέτει έναν συντονιστή μεταμοσχεύσεων και έναν Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (EOM), οι οποίοι συνεργάζονται για τη διαχείριση και την ορθή οργάνωση και τον συντονισμό των μεταμοσχεύσεων.

Κεφάλαιο 1ο : Θεωρητικό Υπόβαθρο

1.1 Ιστορική Αναδρομή

Η ελληνική μυθολογία περιέχει την πρώτη καταγεγραμμένη αναφορά στη μεταμόσχευση, η οποία ενσωματώνεται στην ιστορία του Δαίδαλου και του Ίκαρου, οι οποίοι κατασκεύασαν κέρινα φτερά για να διαφύγουν από τον έλεγχο του Μίνωα. Το κερι έλιωσε κατά την πρώτη προσπάθεια, η οποία απέτυχε λόγω του έντονου ήλιου της Ανατολικής Μεσογείου. Ο πρώτος λόγος απόρριψης οργάνων ήταν η ηλιακή θερμότητα. Τα γραπτά του Γαληνού από την εποχή της αρχαιότητας στην Ελλάδα περιέχουν αναφορές στη μεταμόσχευση. Σύμφωνα με αρχαία κινεζικά γραπτά που έχουν διασωθεί, ο ήρωας Pien Chiaο πραγματοποίησε την πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς περίπου το 300 π.Χ. Το βιβλίο Suschouta Shamhita, το οποίο χρονολογείται περίπου το 700 π.Χ., περιγράφει μεταμοσχεύσεις ιστών και αυτομεταμοσχεύσεις δέρματος στην Ινδία.

Στην Ορθόδοξη Εκκλησία μας διδάσκεται το θαύμα των Αγίων Πατέρων και προστάτες της ιατρικής, Κοσμά και Δαμιανού, οι οποίοι έκοψαν ένα κάτω πόδι που είχε υποστεί βλάβη από καρκινικό όγκο, αφού προσέφεραν μια πανηγυρική προσευχή και μπόλιασαν ένα υγιές πόδι από έναν πρόσφατα αποθανόντα Αιθίοπα.

Οι πρώτες επιτυχείς μεταμοσχεύσεις έγιναν κατά τη διάρκεια της Αναγέννησης, εποχή κατά την οποία χιζόνταν τα θεμέλια της επιστημονικής ιατρικής και γίνονταν σκόπιμες προσπάθειες για τη διατήρηση της ακεραιότητας του σώματος, ώστε να αντικατασταθούν οι κερδοσκοπικές πρακτικές. Για ανεξήγητους λόγους, ο Σικελός Μπράνκα επιχείρησε ανεπιτυχώς να μεταμοσχεύσει δέρμα από ένα άτομο σε άλλο το 1503. Τα μισά μοσχεύματα δέρματος χρησιμοποιήθηκαν για πρώτη φορά προς το τέλος του 16ου αιώνα ως αποτέλεσμα των αποτελεσματικών επιστημονικών διαδικασιών των Tagliacozzi και Bologna για τη διόρθωση των ανθρώπινων σωματικών ελαττωμάτων (EOM 2015, Αλκ Κωστάκη 2005).

Ο Βρετανός ερευνητής J. Hunter πραγματοποίησε προσπάθειες μεταμόσχευσης ιστών το 1771. Ωστόσο, οι ιστορίες του Sir William Hunter για αλλομεταμοσχεύσεις μεταξύ ανθρώπων και ζώων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μυστηριώδεις αλλά όχι απαραίτητα θρυλικούς θριάμβους, τράβηξαν την προσοχή των επιστημόνων στα τέλη του 18ου αιώνα. Τα τέλη του 19ου αιώνα, που μερικές φορές αναφέρεται ως η αυγή της σύγχρονης ιατρικής,

σηματοδοτεί την έναρξη της πραγματικής μεταμόσχευσης. Βασίστηκε στην αναστόμωση και συρραφή αιμοφόρων αγγείων του Alexis Carrel το 1903, για την οποία δεν του απονεμήθηκε το βραβείο Νόμπελ Ιατρικής, και στη δυνατότητα αποκατάστασης της ροής του αίματος.

Το 1936, ο Ρώσος ερευνητής Βορόνοβ πραγματοποιεί την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από άνθρωπο σε άνθρωπο μεταφέροντας ένα νεφρό από πτωματικό δότη με ομάδα αίματος B Rh(+) σε λήπτη με ομάδα αίματος 0 Rh(+). Ο λήπτης απεβίωσε 48 ώρες αργότερα και η αιτία θανάτου προσδιορίστηκε ότι ήταν μια ανεπιθύμητη αντίδραση στην ασυμβατότητα της ομάδας αίματος. Οι Murray και Harrison πραγματοποίησαν την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού το 1954 στο Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ, εισάγοντας το νεφρό του δότη στον πανομοιότυπο αδελφό του. Ο Bernard πραγματοποίησε την πρώτη μεταμόσχευση ανθρώπινης καρδιάς το 1967 στη Νότια Αμερική. Αφού τελειοποίησαν τη διαδικασία σε σκύλους, οι Calne στο Ηνωμένο Βασίλειο και Starzi στο Ντένβερ πραγματοποίησαν με επιτυχία μεταμοσχεύσεις ήπατος στις αρχές της δεκαετίας του 1970 (EOM 2015, Αλκ Κωστάκη 2005).

Η χρήση της κυκλοσπορίνης-A, της οποίας οι ανοσοκατασταλτικές ιδιότητες αποδείχθηκαν για πρώτη φορά παγκοσμίως από τον Κωστάκη, καθηγητή Χειρουργικής και Μεταμοσχεύσεων στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, κατά τη διενέργεια μεταμοσχεύσεων καρδιάς το 1975-1977, αποτέλεσε σημαντική καμπή στην επιβίωση των μεταμοσχεύσεων. Έκτοτε, το φάρμακο λαμβάνεται με επιτυχία εδώ και 25 χρόνια.

Το 1968, ο καθηγητής Κ. Τούντα και οι συνεργάτες του στη Θεσσαλονίκη και ο καθηγητής Παπαδημητρίου και οι συνεργάτες του στην Αθήνα πραγματοποίησαν την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού στη χώρα από πτωματικό δότη. Στο Λαϊκό Νοσοκομείο της Αθήνας, οι καθηγητές Σκαλέα και Κωστάκης πραγματοποίησαν την πρώτη διπλή μεταμόσχευση παγκρέατος και νεφρού το 1989. Στην Κλινική Υγεία το 1990, πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς από τον καρδιοχειρουργό Γ. Τόλη. Στη Θεσσαλονίκη, η πρώτη μεταμόσχευση πνεύμονα πραγματοποιήθηκε το 1992 από τον καθηγητή Π. Σπύρου. Ο ίδιος και οι συνεργάτες του πραγματοποίησαν επίσης την ίδια χρονιά την πρώτη διπλή μεταμόσχευση καρδιάς-πνεύμονα. Την ίδια χρονιά ο καθηγητής Ε. Χατζηγιαννάκης πραγματοποίησε την πρώτη ταυτόχρονη μεταμόσχευση ήπατος και νεφρού καθώς και διπλή μεταμόσχευση στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός (EOM 2015, Αλκ Κωστάκη 2005).

Το 1933, ο Mann και οι συνεργάτες του εμφύτευσαν σε πειραματόζωα μια υγρή καρδιά με τακτικούς παλμούς χρησιμοποιώντας τη μέθοδο του Carrel. Η διαδικασία διήρκεσε

οκτώ ημέρες (Κωστάκη 2004). Το 1936, ο Ρώσος χειρουργός Voronoy πραγματοποίησε την πρώτη μεταμόσχευση νεφρού από άνθρωπο σε άνθρωπο. Δώρισε ένα νεφρό από έναν νεκρό δότη με ομάδα αίματος B (Rh+) σε έναν ασθενή με ομάδα αίματος O (Rh+). Μετά από 48 ώρες, ο λήπτης απεβίωσε και διαπιστώθηκε ότι αιτία θανάτου ήταν μια αντίδραση ασυμβατότητας αίματος (Κωστάκης, 2004). Επιπλέον, το 1940 ο Voronoy ήταν ο πρώτος που όρισε τις αγγειακές αναστομώσεις, γεγονός που αποτέλεσε σημαντική πρόοδο στην ιστορία της μεταμόσχευσης (Matevossian et al., 2009).

Η μεταμόσχευση νεφρού από έναν πρόσφατα νεκρό άνδρα σε μια γυναίκα σε κώμα καταγράφηκε το 1948 από τους Hufnagel, Hume και Landsteiner. Ο μεταμοσχευμένος νεφρός έπαυσε να λειτουργεί μετά από τρεις ημέρες, ωστόσο η ασθενής μπόρεσε να ξυπνήσει και να επιβιώσει. Ο J. Scola πραγματοποίησε την πρώτη ορθοτοπική μεταμόσχευση νεφρού τον Μάρτιο του 1951 στο νοσοκομείο Springfield της Μασαχουσέτης. Ο χειρουργός αυτός προχώρησε στην αναστόμωση του νεφρού και των σπληνικών αγγείων. Οι χειρουργοί της Γαλλικής Σχολής ανέφεραν πολυάριθμες προσπάθειες κλινικής μεταμόσχευσης νεφρού στη λαγόνια μοίρα κατά την ίδια χρονική περίοδο. Δεδομένου ότι δεν χρησιμοποιήθηκε ανοσοκαταστολή κατά τη διάρκεια αυτών των μεταμοσχεύσεων, η πλειονότητα των μοσχευμάτων αποβλήθηκε μέσα σε λίγες εβδομάδες (Κωστάκης, 2004).

Οι σημαντικές πρόοδοι στην ανοσολογία κατά το δεύτερο μισό του 20ού αιώνα δημιούργησαν τις βάσεις για την ευρεία χρήση της μεταμόσχευσης. Έτσι ανακαλύφθηκαν τα HLA (ανθρώπινα λευκοκυτταρικά αντιγόνα) και το MHC (μείζον σύμπλεγμα ιστοσυμβατότητας) (Οικονομίδου, 2011).

Στο Πανεπιστήμιο του Χάρβαρντ, οι Murray και Harrison πραγματοποίησαν την πρώτη επιτυχή μεταμόσχευση νεφρού το 1954, εμφυτεύοντας το νεφρό του δότη στη μικρότερη λεκάνη του πανομοιότυπου δίδυμου αδελφού του (Γερολούκα, 2002). Ο J. Murray ήταν επίσης ο πρώτος που χρησιμοποίησε την ολική ακτινοβολία σώματος ως ανοσοκατασταλτική τεχνική το 1958 στο νοσοκομείο Peter Bent Brigham (Κωστάκης, 2004). Το φάρμακο μερκαπτοπουρίνη αποδείχθηκε ότι βελτιώνει την ανοσοκαταστολή το 1959. (Calne, 2006). Η χρήση της αζαθειοπρίνης ως ανοσοκατασταλτικό αποτελεί σημαντικό παράγοντα στη διαχείριση της απόρριψης. Η χρήση της κορτιζόνης έδωσε μεγαλύτερη ώθηση στον τομέα της ανοσοκαταστολής.

Μετά από εκτεταμένες πειραματικές εργασίες, η Th. Starzl πραγματοποίησε την πρώτη κλινική ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος το 1963. Ο Hardy πραγματοποίησε την

ίδια χρονιά την πρώτη μεταμόσχευση πνεύμονα σε κλινικό περιβάλλον. Ο Kéllý, ο οποίος μεταμόσχευσε ταυτόχρονα ένα νεφρό και ένα πάγκρεας, πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχή κλινική ετερότοπη μεταμόσχευση παγκρέατος το 1966. Ο Carrel αποκάλυψε την πρώτη πειραματική ετεροτοπική μεταμόσχευση καρδιάς το 1905. Ωστόσο, μέχρι το 1960, όταν τέθηκαν οι βάσεις για την κλινική χρήση, παρέμεινε εργαστηριακό εγχείρημα. Η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς πραγματοποιήθηκε με επιτυχία από τον C. Barnard το 1967. Ο Wells πραγματοποίησε την πρώτη επιτυχή κλινική μεταμόσχευση παραθυρεοειδών αδένων το 1975. Στην κλινική πρακτική σήμερα χρησιμοποιείται κυρίως η αυτομεταμόσχευση παραθυρεοειδικών τεμαχίων (Κωστάκης, 2004).

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή παρουσίασε στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη δωρεά και τη μεταμόσχευση οργάνων στις 9 Οκτωβρίου 2012. Στο τέλος του 2011, υπήρχαν περισσότεροι από 61.500 χιλιάδες ασθενείς στην Ευρωπαϊκή Ένωση που βρίσκονταν σε λίστα αναμονής.

Συγκεκριμένα, υπήρχαν 42.000 χιλιάδες άτομα στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού, 10.000 χιλιάδες άτομα στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση ήπατος, 4.000 χιλιάδες άτομα στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση καρδιάς και 2.300 χιλιάδες άτομα στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση πνευμόνων. Περίπου 5.500 άτομα στη λίστα αναμονής μεταμοσχεύσεων απεβίωσαν ενώ βρίσκονταν ακόμη στη λίστα.

Η Ιταλία και η Μάλτα έχουν συνάψει συμφωνίες για την ανταλλαγή οργάνων. Είκοσι όργανα, συμπεριλαμβανομένων νεφρών, καρδιών, ήπατος και διηρημένου ήπατος, μεταμοσχεύθηκαν στην Ιταλία μεταξύ 2008 και 2010. Το ίδιο συνέβη μεταξύ της Ισπανίας και της Πορτογαλίας το 2009, όταν η Πορτογαλία προσέφερε στην Ισπανία 41 όργανα. Αφού άρχισαν να καλύπτουν τη θέση του συντονιστή μεταμοσχεύσεων στα νοσοκομεία, οι χώρες της ΕΕ είδαν μεγάλη αύξηση. Μεταξύ του 2001 και του 2011, ανέβηκαν κατά 130% στην Ισπανία. 132% περισσότεροι άνθρωποι στην Ελλάδα μεταξύ 2001 και 2005. Οι δωρεές αυξήθηκαν στην Τοσκάνη της Ιταλίας μέσα σε ένα χρόνο.

Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση έχουν ποσοστό επιβίωσης 10 ετών, σε σύγκριση με 20 χρόνια μετά από μεταμόσχευση νεφρού. Το 93% των ληπτών μεταμοσχεύσεων νεφρού καταφέρνουν να περάσουν τον πρώτο χρόνο.

Η χρήση της κυκλοσπορίνης-Α, της οποίας η ανοσοκατασταλτική δράση αποδείχθηκε για πρώτη φορά από τον καθηγητή Α. Κωστάκη το 1977, σηματοδότησε μια σημαντική καμπή στην επιβίωση των μεταμοσχεύσεων. Έκτοτε, το φάρμακο αυτό αποτελεί τον κύριο ανοσοκατασταλτικό παράγοντα στις μεταμοσχεύσεις (Κωστάκης, 2004). Το φάρμακο

tacrolimus λειτουργεί με τρόπο συγκρίσιμο με την κυκλοσπορίνη. Είναι 10-100 φορές πιο αποτελεσματικό από την κυκλοσπορίνη στην καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, αλλά έχει μικρότερο θεραπευτικό παράθυρο και πιο απρόβλεπτη φαρμακοκινητική (Shelley, 2010).

Η ραδιοβιολογία και η αιματολογία της μεταμόσχευσης μυελού των οστών έχει επηρεαστεί από την κλινική έρευνα για συγκεκριμένα κληρονομικά σύνδρομα ανοσοανεπάρκειας. Η κλινική ανάπτυξη της αναβλήθηκε έως ότου διατεθούν ακριβείς τεχνικές για την αντίγνωση αντιγόνων HLA. Τα ανοσοκατεσταλμένα παιδιά έλαβαν τις πρώτες απόλυτα επιτυχείς μεταμοσχεύσεις και οι δότες επιλέχθηκαν από συμβατά μέλη της οικογένειας. Η μεταμόσχευση μυελού των οστών χρησιμοποιήθηκε αργότερα με συνεχώς βελτιωμένα αποτελέσματα σε αιμοποιητικές ασθένειες, διάφορες μορφές κακοηθειών και πολυάριθμες συγγενείς μεταβολικές ασθένειες, αφού χρησιμοποιήθηκε η μεθοτρεξάτη ως ανοσοκατασταλτικό (Groth et al., 2000). Ο E. Donald Thomas, ο οποίος επινόησε τη μεταμόσχευση μυελού στον άνθρωπο, έλαβε το βραβείο Νόμπελ το 1990, αναγνωρίζοντας τη σημασία της κλινικής έρευνας στον τομέα της μεταμόσχευσης μυελού των οστών (Κωστάκης, 2004).

Πολλαπλά όργανα μπορούν πλέον να μεταμοσχευθούν ταυτόχρονα, συμπεριλαμβανομένου του ήπατος, του λεπτού εντέρου και του παγκρέατος, του νεφρού και του παγκρέατος, ακόμη και ορισμένα ενδοκοιλιακά όργανα. Η ιδέα της μεταμόσχευσης κυττάρων ή τμημάτων οργάνων, όπως ηπατοκύτταρα ή νησίδια του παγκρέατος, αποτελεί το επίκεντρο της τρέχουσας μελέτης. (2002) (Geroluka).

1.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Μεταμόσχευση: χειρουργική επέμβαση κατά την οποία υγιή όργανα, ιστοί ή κύτταρα χορηγούνται από θανόντα ή ζώντα δότη σε ασθενή που πάσχει από χρόνια ασθένεια με σκοπό την αντικατάσταση ενός ελλιπούς οργάνου.

Δωρεά οργάνων: Ένας από τους σημαντικότερους τύπους εθελοντισμού θεωρείται ότι είναι αυτός.

Δωρητής οργάνων: Αποθανόν πρόσωπο από το οποίο αφαιρείται τουλάχιστον ένα όργανο για μεταμόσχευση ή ζωντανό πρόσωπο το οποίο, σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία, δωρίζει όργανο ή ιστό σε συγγενή του για μεταμόσχευση. Ένας ενήλικος πολίτης που δωρίζει εθελοντικά τα όργανά του για να χρησιμοποιηθούν σε χειρουργική επέμβαση μεταμόσχευσης είναι γνωστός ως δωρητής οργάνων. Το πρόσωπο αυτό πρέπει να είναι τουλάχιστον 18 ετών. Ο δωρητής οργάνων φέρει μια κάρτα δωρητή οργάνων.

Λήπτης οργάνων: Το άτομο που λαμβάνει το μόσχευμα

Ιστοσυμβατότητα: Η ομοιότητα ή η διαφορά μεταξύ των σχετικών αντιγόνων του δότη και του λήπτη όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις. Να θυμάστε ότι η αντιγονική φυσιογνωμία κάθε ατόμου είναι γενετικά προκαθορισμένη από ορισμένα γονίδια που βρίσκονται σε ακριβείς θέσεις ενός χρωμοσώματος (Rapsomaniki et al. 2009, EOM 2015).

Ανοχή: Η ανοσία είναι ένας ανοσοβιολογικός όρος για την έμφυτη ή επίκτητη ανικανότητα ενός οργανισμού να ανταποκριθεί όταν υπάρχει ένα συγκεκριμένο αντιγόνο. Ως αποτέλεσμα, ο ξενιστής δεν εμφανίζει αντίδραση απόρριψης μετά τη λήψη του μοσχεύματος.

Απόρριψη: είναι μια σύνθετη ανοσοβιολογική διαδικασία κατά την οποία δεν υπάρχει φυσική ή χημική (φαρμακευτική) ανοχή, με αποτέλεσμα την καταστροφή των ιστών και τη νέκρωση του μοσχεύματος. Αυτό συμβαίνει όταν ο ξενιστής (δέκτης) δεν μπορεί να αποδεχτεί με κάποιο τρόπο την ύπαρξη του μοσχεύματος. Πρόκειται για την πιο σοβαρή επιπλοκή της μεταμόσχευσης.

Ανοσοκατασταλτική θεραπεία: Πρόκειται για τη χρήση διαφόρων φαρμάκων που εμποδίζουν τη φυσική άμυνα του οργανισμού του λήπτη να επιτεθεί στο μόσχευμα. Μετά από κάθε μεταμόσχευση, λαμβάνεται καθημερινά για όλη τη ζωή.

1.3 Είδη μεταμόσχευσης & μοσχευμάτων

1.3.1 Μεταμόσχευση

- **Ορθοτοπική μεταμόσχευση:** Είναι η αφαίρεση του πάσχοντος οργάνου και η αντικατάστασή του στην ίδια θέση με το μόσχευμα που έχει σωστή λειτουργία.
- **Ετεροτοπική μεταμόσχευση:** Είναι αυτή κατά την οποία το μόσχευμα τοποθετείται σε άλλη θέση εντός του σώματος εκτός της φυσιολογικής (EOM, 2014).

1.3.2 Μοσχεύματα

- **Αυτομοσχεύματα:** Προέρχονται από το ίδιο το άτομο (π.χ δερματικά, οστικά)
- **Αλλομοσχεύματα:** Είναι όταν ο δότης και ο λήπτης του μοσχεύματος είναι γενετικά διαφορετικοί αλλά ανήκουν στο ίδιο ζωικό είδος (π.χ άνθρωπος σε άνθρωπο)
- **Ξενομοσχεύματα:** Είναι όταν ο δότης και ο λήπτης προέρχονται από διαφορετικό ζωικό είδος (Γερολούκα, 2002).
- **Ισομόσχευμα:** Είναι αυτό που ανταλλάσσεται μεταξύ γενετικά ταυτόσημων ατόμων και βιολογικά συμπεριφέρεται σαν αυτομόσχευμα (EOM,2015.,Αλλήλων Μέλη, 2005).

Πηγές μοσχευμάτων:

- **Πτωματικοί δότες με πάλλουσα καρδιά:** Πρόκειται για άτομα με εγκεφαλικό θάνατο που ήδη νοσηλεύονται σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, βρίσκονται υπό μηχανική υποστήριξη της αιμοδυναμικής και μεταβολικής τους κατάστασης, μέχρις ότου ληφθεί η απόφαση για δωρεά οργάνων. (αυτή η ομάδα αποτελεί τη μεγαλύτερη πηγή).
- **Πτωματικοί δότες χωρίς πάλλουσα καρδιά:** Αφορούν άτομα που χάνουν αιφνίδια τη ζωή τους , λόγω ανατάξιμης βλάβης (π.χ καρδιακή ανακοπή). Από αυτούς μπορεί να γίνει λήψη οργάνου ή οργάνων ,όπως τα νεφρά, αφού προηγηθούν οι νόμιμες διαδικασίες για τη δωρεά οργάνων. (Γαλάνης, Καλοκαιρινού, 2005)
- **Μυελός των οστών:** Η λήψη του γίνεται με παρακέντηση από τα οστά της λεκάνης κάτω από τη γενική ή ραχιαία αναισθησία. Η συλλογή του μοσχεύματος γίνεται σε χειρουργείο από ειδικούς αιματολόγους. Ο μυελός που αφαιρείται αναγεννιέται γρήγορα χωρίς να επηρεάζεται η γενική κατάσταση του δότη. Το πιο συνηθισμένο σύμπτωμα είναι ένας ήπιος πόνος στο σημείο της παρακέντησης.

- **Κύτταρα περιφερικού αίματος:** Λίγες μέρες πριν την συλλογή του μοσχεύματος χορηγούνται στο δότη ειδικοί αυξητικοί παράγοντες, ώστε να προκληθεί υπερπαραγωγή των προγονικών αιμοποιητικών κυττάρων. Ο τρόπος που λαμβάνεται αυτό το μόσχευμα είναι παρόμοιος με της αιμοδοσίας (κυτταφαίρεση)
- **Μονάδες ομφαλιοπλακουντικού αίματος :** Είναι η συλλογή αίματος από τον ομφάλιο λώρο μετά τον τοκετό, το οποίο φυλάσσεται κατεψυγμένο σε ειδικές τράπεζες. Τυποποιείται και μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μόσχευμα, εάν βρεθεί ότι είναι συμβατό με κάποιον ασθενή. Η μεταμόσχευση μπορεί να γίνει με 1 ή 2 μονάδες αναλόγως του σωματικού βάρους του ασθενή (EOM,2015).

Οι κατηγορίες δωρητών που χτυπούν την καρδιά είναι οι εξής:

A) Ζωντανοί δότες: Είναι άτομα που είναι συμβατά με τους ιστούς και έχουν άριστη υγεία και τα οποία μπορούν να δώσουν ένα όργανο, ένα συστατικό οργάνου ή ακόμη και πρόσθετο ιστό, όπως μυελό των οστών. Τα μέλη της οικογένειας που προσφέρουν αίμα θεωρούνται συγγενείς. Για τη δωρεά μοσχεύματος από μη συγγενή δότη ισχύουν ειδικοί νόμοι. Αυτό γίνεται σε μια προσπάθεια να μειωθούν οι ανήθικες συναλλαγές (Κωστάκης, 2004).

B)Οι εγκεφαλικά νεκροί δότες είναι εκείνοι που έχουν ήδη πεθάνει από εγκεφαλικό θάνατο και νοσηλεύονται σε μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Μέχρι να γίνει η επιλογή της δωρεάς οργάνων, η αιμοδυναμική και μεταβολική τους κατάσταση παρακολουθείται και υποστηρίζεται στενά. Παρέχουν την πλειονότητα των μεταμοσχεύσεων (Geroluka, 2002).

Γ) Βρέφη που γεννιούνται χωρίς εγκέφαλο: Στις ανεπτυγμένες χώρες, η ανεγκεφαλία διαγιγνώσκεται συχνότερα μετά από πρόωρη διακοπή της εγκυμοσύνης (Obeidi et al., 2010).

Σημαντικές ηθικές ανησυχίες έχουν εγερθεί από τις μεταμοσχεύσεις νεφρών και άλλων οργάνων από παιδιά χωρίς εγκέφαλο που έχουν πραγματοποιηθεί στην Ευρώπη και την Αμερική (Βούβαρη, Βούβαρη, Βασιλείου, 2007).

Με την καθιέρωση των κριτηρίων για τον εγκεφαλικό θάνατο στις δεκαετίες του 1970 και 1980, η ανάκτηση οργάνων από δότες μετά από καρδιακό θάνατο -που ήταν το πρότυπο

στα πρώτα χρόνια της μεταμόσχευσης- εγκαταλείφθηκε. Οι αρνητικές επιπτώσεις της θερμής ισχαιμίας στη λειτουργία των οργάνων και η συνακόλουθη καθυστερημένη λειτουργία του μοσχεύματος ανάγκασαν την πλειονότητα των μεταμοσχευτικών μονάδων να χρησιμοποιούν μόνο εγκεφαλικά νεκρούς δότες. Η χρήση οργάνων από αυτούς τους δότες επανεξετάζεται, ωστόσο, από αρκετά κέντρα καθώς διευρύνεται η διαφορά μεταξύ προσφοράς και ζήτησης στερεών οργάνων (Ojo et al., 2004).

Σύμφωνα με τους Δρακόπουλο και Κουκουλάκη (2006), οι μη παλλόμενοι ή ασυστολικοί δότες είναι άτομα που υπέστησαν ανεπανόρθωτη καρδιακή ανακοπή πριν από την αφαίρεση του μοσχεύματός τους. Σύμφωνα με την κλίμακα του Μάαστριχτ, οι δότες αυτοί ανήκουν σε μία από τις πέντε κατηγορίες:

Κατηγορία I: Αποθανών στον τόπο του εγκλήματος.

Η αναποτελεσματική ανάνηψη εμπίπτει στην κατηγορία II.

Η αναμονή για καρδιακή ανακοπή είναι η κατηγορία III.

Η καρδιακή ανακοπή σε εγκεφαλικά νεκρό δότη εμπίπτει στην κατηγορία IV.

Η απροσδόκητη καρδιακή ανακοπή σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση ανήκει στην κατηγορία V. (Χάρτης της Ιατρικής, 2010).

Το πιο κρίσιμο στάδιο για την ανάκτηση οργάνων από τέτοιους δότες είναι η εφαρμογή καρδιοπνευμονικής αναζωογόνησης (ΚΑΡΠΙΑ) μόλις τα όργανα μπορούν να ψυχθούν (μέσω ενδοαορτικής ή μηριαίας οδού), αφού έχει σταματήσει η παροχή αίματος, ο δότης έχει κηρυχθεί νεκρός και έχει δοθεί η συγκατάθεση (Koostra et al., 2002).

Οποιαδήποτε διαδικασία που περιλαμβάνει τη μεταμόσχευση, εμφύτευση ή έγχυση σε ανθρώπινο λήπτη ζωντανών κυττάρων, ιστών ή οργάνων από ζωική πηγή αναφέρεται ως ζωική διαδικασία (ξενομεταμόσχευση) (Fishman, 2012). Σημαντικές εξελίξεις στις προκλινικές μελέτες με τη χρήση χοίρων, πιθήκων και μπαμπούνων ανακοινώθηκαν στη 2η Παγκόσμια Σύσκεψη για τις κλινικές δοκιμές στις ξενομεταμοσχεύσεις που πραγματοποιήθηκε από τον ΠΟΥ στη Γενεύη το 2011. (WHO, 2011).

Ο εγκεφαλικός θάνατος είναι μια κατάσταση κατά την οποία έχει προκληθεί ανεπανόρθωτη εγκεφαλική βλάβη και έχουν χαθεί όλες οι λειτουργίες του εγκεφαλικού στελέχους (εγκεφαλικός θάνατος). Στο ανθρώπινο σώμα συνυπάρχουν πολυάριθμοι διαφορετικοί τύποι κυττάρων. Χωρίς την κεντρική διαχείριση ρυθμιστικών συστημάτων

όπως το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, η απλή παρουσία ζωντανών κυττάρων δεν μπορεί να εγγυηθεί τη ζωή. Παρόλο που υπάρχει ένας νεκρός εγκέφαλος, ο εγκεφαλικός θάνατος είναι μια σύνθετη διαδικασία που εκφράζει το θάνατο ολόκληρου του οργανισμού. Όπως και ο θάνατος όλων των ιστών, ο εγκεφαλικός θάνατος είναι μια προοδευτική διαδικασία που λαμβάνει χώρα κατά τη διάρκεια μερικών ωρών.

Ο δικτυωτός σχηματισμός του εγκεφαλικού στελέχους είναι κυρίως υπεύθυνος για την υποστήριξη των ανώτερων νοητικών λειτουργιών, συμπεριλαμβανομένης της μνήμης, της νόησης, της αντίληψης και άλλων γνωστικών διεργασιών, οι οποίες συγκεντρώνονται στον φλοιό του εγκεφάλου. Η δυσλειτουργία του εγκεφάλου στο σύνολό του είναι αποτέλεσμα της δυσλειτουργίας του δικτυωτού σχηματισμού που προκαλείται από τον τραυματισμό του εγκεφαλικού στελέχους. Επομένως, συμφωνούμε ότι η μόνιμη βλάβη του εγκεφαλικού στελέχους είναι τόσο αναγκαία όσο και ικανή συνθήκη για να θεωρηθεί ολόκληρος ο εγκέφαλος νεκρός. Ο σωματικός θάνατος ή ο θάνατος όλων των οργάνων του σώματος επέρχεται μετά τον εγκεφαλικό θάνατο και συχνά διαρκεί 48-72 ώρες ή περισσότερο για τους ενήλικες και 10-15 ώρες για τα παιδιά (Geroluka, 2002). Η μόνιμη φυτική κατάσταση και ο εγκεφαλικός θάνατος δεν πρέπει να συγχέονται. Η κύρια διάκριση μεταξύ των δύο είναι ότι το εγκεφαλικό στέλεχος δεν λειτουργεί πλέον στον εγκεφαλικό θάνατο, ενώ ο φλοιός δεν λειτουργεί πλέον στη φυτική κατάσταση. Παρά το γεγονός ότι χάνουν σχεδόν όλα τα συστατικά που συνθέτουν την προσωπικότητα, όσοι βρίσκονται σε διαβίου φυτική κατάσταση παρουσιάζουν εντούτοις ορισμένα σημάδια ζωής. Δεν θεωρούνται, ωστόσο, δωρητές οργάνων (Καραμπίνης, 2005).

Κατά τη διάρκεια αυτής της ενδιάμεσης περιόδου, παρά την προοδευτική απορρύθμιση όλων των λειτουργιών του οργανικού συστήματος, η βιολογική ζωή των οργάνων μπορεί να διατηρηθεί στη μονάδα εντατικής θεραπείας, επιτρέποντας την αφαίρεσή τους για μεταμόσχευση και τη δυνατότητα να σωθούν οι ζωές άλλων ανθρώπων (Γερολούκα, 2002).

Η αιτία του συμβάντος ήταν: Η ολική νέκρωση της εγκεφαλικής ουσίας είναι το αποτέλεσμα της πλήρους και μόνιμης διακοπής της κυκλοφορίας του αίματος σε όλα τα αιμοφόρα αγγεία του εγκεφάλου, ανεξάρτητα από τη βασική αιτία (τραυματισμός στο κεφάλι, υποξία κ.λπ.) που αποτέλεσε το κύριο υπόβαθρο για την εμφάνιση ανεπανόρθωτων εγκεφαλικών βλαβών. Ωστόσο, όταν διατηρείται η καρδιακή λειτουργία, εξασφαλίζεται η κυκλοφορία του αίματος σε σημαντικά όργανα και τελικά σταματά η αιματική ροή του

εγκεφάλου, αυτό οφείλεται σε σημαντική αύξηση της ενδοκρανιακής πίεσης (Geroluka, 2002).

Για να συνεχιστεί η νευρολογική αξιολόγηση πρέπει να πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

Για να μπορέσει να εξεταστεί ο ασθενής, πρέπει να πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

- α) Η αιτία του κόματος μπορεί να προσδιοριστεί,
- β) Ο ασθενής μπορεί να προσδιοριστεί μόνο εάν πληρούνται τα ακόλουθα κριτήρια:
 - α) Η υποκείμενη αιτιολογία του κόματος μπορεί να προσδιοριστεί.
 - β) Αποκλείονται αναστρέψιμες αιτίες του κόματος, όπως φάρμακα, ασθένειες ή κλινικές διαταραχές.
 - γ) Διαφορική διάγνωση από πιθανά αίτια που μιμούνται τον εγκεφαλικό θάνατο.
 - δ) Εξάλειψη κάθε παράγοντα που μπορεί να θολώσει τον προσδιορισμό του εγκεφαλικού θανάτου.

1.4 Αρχική εκτίμηση ασθενούς

Αρχικά αξιολογείται η κατάσταση του ασθενούς και εξετάζονται προσεκτικά τα ακόλουθα:

- α) Ιστορικό
- β) Τρέχουσα ασθένεια
- γ) τρέχουσα ασθένεια- τρέχουσα χρήση φαρμάκων
- δ) Κλινική εξέταση: φυσική εκτίμηση, στάση του σώματος, μυϊκός τόνος, θερμοκρασία, καρδιαγγειακή λειτουργία, έλλειψη αυθόρμητης αναπνοής, αντιδράσεις σε εξωτερικά ερεθίσματα, αντανακλαστικά του εγκεφαλικού στελέχους και του φλοιού και κλίμακα Γλασκώβης.

Η εξέταση για την απουσία δραστηριότητας ή φλοιωδών αντανακλαστικών θα πρέπει να αποκαλύπτει απουσία απόκρισης σε κάθε είδους βλαπτικό ερέθισμα, καθώς και απουσία σημείων εγκεφαλισμού ή γαβγίσματος, προκειμένου να επιβεβαιωθεί ο εγκεφαλικός θάνατος (Geroluka, 2002).

Κλίμακα κώματος του Glasgow (GCS)

Η Κλίμακα Κώματος της Γλασκώβης δημιουργήθηκε για πρώτη φορά από τους Teasdale και Jennett το 1974 ως εργαλείο για την κλινική αξιολόγηση της απώλειας συνείδησης. Έκτοτε, έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως ως προγνωστικός δείκτης, για την αξιολόγηση μεμονωμένων ασθενών και για τη σύγκριση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας. Πολυάριθμα συστήματα ταξινόμησης τραυμάτων και ασθενειών την έχουν επίσης υιοθετήσει (Sternbach, 2000). Η ξεχωριστή αξιολόγηση των κλιμακωτών απαντήσεων σε τρεις τομείς συμπεριφοράς -άνοιγμα των ματιών, κινητική απόκριση και λεκτική δραστηριότητα- αποτελεί τον πυρήνα του GCS (Jennett, 2005). Το σύνηθες όριο για τη διάκριση μεταξύ ήπιων και σοβαρών τραυματισμών είναι η βαθμολογία 8 ή λιγότερο (Balestrieri et al., 2004).

Η κρίσιμη βαθμολογία για τους νέους ορίζεται στο 5 και η κλίμακα εκτείνεται από το 3 έως το 11 (Chung et al., 2006). Με μέγιστη βαθμολογία 4 για κάθε μία από τις τέσσερις ενότητες αξιολόγησης (μάτια, κινητικότητα, κορμός και αναπνοή) στη νέα βαθμολογία του κώματος, FOUR (Full Outline of Unresponsiveness), που αναπτύχθηκε από τους Wijdicks και συν. το 2005, οι Gill και συν. πρότειναν το ίδιο έτος ένα ακόμη πιο απλό σύστημα βαθμολόγησης 3 σημείων (Simplified Motor Score) που βασίζεται αποκλειστικά στην κινητικότητα (Gill et al., 2005).

| Δραστηριότητα | Ανταπόκριση | Βαθμολογία |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------|
| Άνοιγμα ματιών | Αυτόματα | 4 |
| | Σε εντολή | 3 |
| | Σε πόνο | 2 |
| | Καμία ανταπόκριση | 1 |
| Καλύτερη κινητική ανταπόκριση | Υπακοή | 6 |
| | Εντόπιση | 5 |
| | Τράβηγμα | 4 |
| | Κάμψη | 3 |
| | Έκταση | 2 |
| | Καμία ανταπόκριση | 1 |
| Καλύτερη λεκτική ανταπόκριση | Προσανατολισμός και συνομιλία | 5 |
| | Συγκεχυμένη συνομιλία | 4 |
| | Ακατάλληλες λέξεις | 3 |
| | Ακατανόητοι ήχοι | 2 |
| | Καμία ανταπόκριση | 1 |

Πίνακας 1: Teasdale G, Jennett B: Assessment of coma and impaired consciousness. A practice scale. Lancet 2: 81–84, 1974

Κεφάλαιο 2ο : Νομικό Πλαίσιο

2.1 Ελληνικό θεσμικό πλαίσιο

Οι βασικές κατευθυντήριες γραμμές και απαιτήσεις για την αφαίρεση οργάνων από ζώντες και νεκρούς ανθρώπους με σκοπό τη μεταμόσχευση σε ανθρώπινα σώματα ρυθμίζονται από τον νόμο 3984/2011. Η Οδηγία 2010/53/ΕΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης για τις απαιτήσεις ασφάλειας και ποιότητας των οργάνων αυτών, η οποία ψηφίστηκε στις 7 Ιουλίου 2010, έχει ενσωματωθεί στην ελληνική νομοθεσία και έχουν ληφθεί μέτρα για την εφαρμογή της. Το πλαίσιο της ποινικής νομοθεσίας έχει αυστηροποιηθεί για την αντιμετώπιση της παράνομης διακίνησης οργάνων.

Ο νόμος 3984/2011 για τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και συναφείς ρυθμίσεις διέπει σήμερα τη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων. Η οδηγία 2010/53/ΕΕ της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την ποιότητα και την ασφάλεια των μεταμοσχεύσεων, η οποία λειτουργεί ως πλαίσιο για την εφαρμογή τυποποιημένων ευρωπαϊκών προτύπων μεταμοσχεύσεων, αποτέλεσε έναν από τους νομοθετικούς στόχους κατά την έκδοση της νομοθεσίας. Η διαπίστωση ότι η Ελλάδα κατέχει την τελευταία θέση στην Ευρώπη όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις οργάνων οδήγησε στην αναγκαιότητα του νόμου 3984/2011. Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου 3984/2011, η πραγματικότητα αυτή δείχνει ότι το Δημόσιο συμπεριφέρεται με κακή διάθεση απέναντι σε όσους χρειάζονται κρατική βοήθεια για τη μεταμόσχευση, τη μόνη θεραπεία για τους ασθενείς με ηπατική ανεπάρκεια τελικού σταδίου και τη μόνη αποδεκτή θεραπεία για τους ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια.

Η Πολιτεία εφάρμοσε νέους νόμους για τις μεταμοσχεύσεις το 2011 λόγω της αναποτελεσματικότητας του ξεπερασμένου νομικού συστήματος. Η αποτυχία του νομικού πλαισίου που ίσχυε πριν από αυτό αποδεικνύεται από την επιμήκυνση των λιστών αναμονής των ασθενών για μεταμόσχευση κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του, καθώς ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων δεν αυξήθηκε και οι ανάγκες των ασθενών δεν καλύφθηκαν (αιτιολογική έκθεση του νόμου 3984/2011), από τη μακρά περίοδο αναμονής που εμπόδιζε τους ασθενείς να λάβουν μεταμόσχευση (Σερέτης, 2011) και από την έλλειψη οργάνων που λαμβάνονται για μεταμόσχευση τόσο από πτωματικούς όσο και από ζώντες δότες (Βιδάλης, 2011).

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του ΕΟΜ, τα οποία περιλαμβάνονται στην αιτιολογική έκθεση του νόμου 3984 (2011), το 2010 χρειάστηκαν μεταμόσχευση νεφρού 1.257 ασθενείς, αλλά πραγματοποιήθηκαν μόνο 103 μεταμοσχεύσεις- από αυτές, 27 από ζώντες δότες και 76 από πτωματικούς δότες- 28 ασθενείς έλαβαν μεταμόσχευση καρδιάς- πραγματοποιήθηκαν πέντε μεταμοσχεύσεις- και 61 μεταμοσχεύσεις ήπατος- πραγματοποιήθηκαν 61 μεταμοσχεύσεις. Αιτιολογική έκθεση για το νόμο 3984/2011: Η αυξημένη ανάγκη για μεταμοσχεύσεις καλύφθηκε εν μέρει με τη μεταφορά ασθενών στο

εξωτερικό, γεγονός που επιβάρυνε τα ασφαλιστικά ταμεία, επέτρεψε τη διάκριση των δυνητικών ληπτών και κατέστησε δυνατή τη λειτουργία κυκλωμάτων εμπορίας οργάνων, θέτοντας σε κίνδυνο την υγεία και την αξιοπρέπεια των πολιτών.

Το σύστημα μεταμοσχεύσεων μπορεί να απέτυχε λόγω οργανωτικών αδυναμιών και έλλειψης κοινωνικής συνοχής μεταξύ των κατοίκων. Θεωρώντας τα προβλήματα με το σύστημα δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων ως κοινωνικό ζήτημα και όχι ως πρόβλημα διοικητικής οργάνωσης, η νομοθεσία 3984/2011 τροποποιεί την προηγούμενη στρατηγική και αντιμετωπίζει την έλλειψη κοινωνικής αλληλεγγύης. Στην αρχική του μορφή, ο νόμος αντιμετώπιζε το νεκρό σώμα με τρόπο συγκρίσιμο με αυτόν της κρατικής περιουσίας, την οποία διαχειριζόταν για το καλό της κοινωνίας και του κοινού, περιορίζοντας τα ατομικά δικαιώματα (Βιδάλης, 2011).

1. οι συγκεκριμένοι στόχοι του νόμου είναι: 2. την καταπολέμηση της εμπορευματοποίησης της μεταμόσχευσης οργάνων που συνδέεται με το οργανωμένο έγκλημα

2. οι περισσότεροι δότες και

3. να διασφαλιστεί η ποιότητα των μεταμοσχεύσεων και η διακρατική συνεργασία μεταξύ των μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης (Σερέτης, 2011).

2.2 Γενικές αρχές και προϋποθέσεις δωρεάς οργάνων (ΦΕΚ 150 Α΄, ν. 3984/2011)

Ο Ν. 3984/2011 έχει οκτώ κεφάλαια και θεσπίζει κανονισμούς για τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση (Α-Η). Αποτελείται από τα άρθρα 1-3. Το θέμα ορίζεται στο τμήμα Α- οι γενικές αρχές και προϋποθέσεις της δωρεάς οργάνων περιγράφονται στο τμήμα Β, στα άρθρα 4-11- η ποιότητα και η ασφάλεια των οργάνων περιγράφονται στο τμήμα Γ, στα άρθρα 12-22- και τα καθήκοντα των αρμόδιων αρχών περιγράφονται στο τμήμα Δ, στα άρθρα 23-28. Οι Ευρωπαϊκοί Οργανισμοί Ανταλλαγής Οργάνων και Πληροφοριών διέπονται από τα άρθρα 29 έως 33 του Ε, ενώ τα άρθρα 34 έως 41 του ΣΤ προβλέπουν απαιτήσεις για την προστασία των προσωπικών δεδομένων, το ιατρικό απόρρητο και την ταυτοποίηση. Το Κεφάλαιο Η΄, με τα άρθρα 64-73, αφορά τις τελικές και λοιπές διατάξεις του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, προσδιορίζοντας τις καταργούμενες διατάξεις (άρθρο 64), ορίζοντας τις μεταβατικές διατάξεις και επισυνάπτοντας ως αναπόσπαστο μέρος του νόμου

παράρτημα για την ταξινόμηση των οργάνων και των δοτών. Τα άρθρα 42-63 του Κεφαλαίου Ζ εισάγουν διατάξεις για την αφαίρεση, δωρεά, εξέταση, επεξεργασία, συντήρηση, αποθήκευση και διανομή ιστών και κυττάρων (άρθρο 67).

(α) Όργανα από ζώντες ή νεκρούς δότες μπορούν να αφαιρούνται για μεταμόσχευση μόνο εάν είναι απαραίτητα για ιατρική θεραπεία.

(β) Η δωρεά οργάνων είναι μια ελεύθερη, ανιδιοτελής πράξη. Απαγορεύονται οποιεσδήποτε οικονομικές ανταλλαγές μεταξύ ιατρών ή άλλων εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που συμμετέχουν στη διαδικασία μεταμόσχευσης, συμπεριλαμβανομένων των ανταλλαγών μεταξύ δοτών και ληπτών.

(γ) Δεν απαγορεύεται η προσφορά αποζημίωσης σε ζώντα δότη, υπό την προϋπόθεση ότι περιορίζεται αυστηρά στην αναπλήρωση των εξόδων και της απώλειας εισοδήματος του δότη λόγω της δωρεάς. Σε περίπτωση που η δωρεά προκαλεί αναπηρία ή θάνατο, πρέπει επίσης να παρέχεται αποζημίωση. Η ασφαλιστική εταιρεία του λήπτη ή, σε περίπτωση ανασφάλιστου ατόμου, το Υπουργείο Υγείας, θα καταβάλει τα έξοδα που σχετίζονται με την πλήρη επέμβαση μεταμόσχευσης.

(δ) Υποχρέωση ειδοποίησης των υποψήφιων δωρητών που είναι ακόμη εν ζωή, των κηδεμόνων νεκρού ανηλίκου και των πολιτών. Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται από αρμόδια άτομα, να είναι πλήρης, κατανοητή και αντικειμενική και να γίνεται με σεβασμό στην ανεξαρτησία, την προσωπικότητα και την κουλτούρα του ατόμου.

(ε) τα όργανα ενός ζωντανού δότη μπορούν να αφαιρεθούν μόνο από ενήλικα, εφόσον ο ενήλικος αυτός είναι ενήλικος και παρέχει ρητή, ειδική άδεια. Η άδεια του δότη μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή πριν από την πραγματική αφαίρεση του οργάνου.

(στ) σε ενήλικες που έχουν αποβιώσει θα αφαιρούνται τα όργανά τους με την άδεια της οικογένειάς τους και εφόσον δεν διαμαρτυρήθηκαν όσο ήταν εν ζωή, καταθέτοντας δήλωση στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων. (Νόμος 4075/2012). Στην περίπτωση ανηλίκου, επιτρέπεται εφόσον συναινούν οι γονείς ή ο γονέας που ασκεί την επιμέλεια. Η αφαίρεση οργάνων πραγματοποιείται μετά τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου.

(ζ) Η ταυτότητα του θανόντος δότη δεν αποκαλύπτεται στον λήπτη και στην οικογένειά του. Επίσης, η ταυτότητα του λήπτη δεν αποκαλύπτεται στην οικογένεια του δότη.

(η) Η δωρεά από θανόντα δότη δεν μπορεί να γίνει σε καθορισμένο λήπτη. Ακολουθείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας.

Η θεμελιώδης έννοια της αφαίρεσης οργάνων από ζωντανό ή νεκρό δότη για μεταμόσχευση είναι ότι πρέπει να γίνεται μόνο για ιατρικούς λόγους (Άρθρο 4(1) του καταστατικού 3984/2011). Η νομοθεσία καθιστά σαφές ότι η μεταμόσχευση γίνεται μόνο για ιατρικούς λόγους. Η διάταξη αυτή θεσπίστηκε σύμφωνα με το άρθρο 19 του νόμου 2619/1998, ο οποίος επικύρωσε τη Σύμβαση του Οβιέδο και καθιέρωσε ως γενικό κανόνα τον θεραπευτικό σκοπό των μεταμοσχεύσεων. Η διάταξη αυτή αποτελεί επανάληψη εκείνης του νόμου 2737/1999, ο οποίος όριζε τον θεραπευτικό σκοπό ως τον μοναδικό σκοπό των μεταμοσχεύσεων. Το θεραπευτικό όφελος για τον λήπτη είναι ο ορισμός του θεραπευτικού σκοπού στο άρθρο 19 του νόμου 2619/1998. Κατά συνέπεια, ο μοναδικός σκοπός πίσω από τη μεταμόσχευση οργάνων είναι αυστηρά ιατρικός και κάθε άλλος λόγος -όπως αυτός που βασίζεται σε μελέτη ή πείραμα- απαγορεύεται αυστηρά. Το θεραπευτικό όφελος του λήπτη μπορεί να περιλαμβάνει τη διάσωση, τη βελτίωση της υγείας και τη θεραπεία. Ο θεραπευτικός στόχος υποστηρίζεται από το γεγονός ότι η αφαίρεση ενός μοσχεύματος προκαλεί σωματική βλάβη στον ζώντα δότη με τη μορφή απλού ή σοβαρού σωματικού τραυματισμού.

Η επίτευξη ενός στόχου που υπερβαίνει τον σωματικό πόνο του δότη μπορεί να δικαιολογήσει την όποια βλάβη. Δεδομένου ότι το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του σώματος με τη μορφή αιτήματος για τον τρόπο διάθεσής του εξακολουθεί να υφίσταται και μετά το θάνατο, τα έννομα συμφέροντα επηρεάζονται και στην περίπτωση του θανάτου. Μόνο η ζωή και η υγεία του λήπτη μπορούν να θεωρηθούν ως πρωταρχικό έννομο συμφέρον σε περίπτωση τραυματισμού. Επιπλέον, η απόρριψη του μοσχεύματος καθώς και τυχόν αρνητικές παρενέργειες ενδέχεται να επιδεινώσουν την υγεία του λήπτη σε σημείο θανάτου. Κατά συνέπεια, η μεταμόσχευση θα πρέπει να πραγματοποιείται ως μέρος της θεραπείας μετά από ανάλυση κινδύνου (Καϊάφα-Γκμπάντι, 2008α).

Η αφαίρεση οργάνων με σκοπό τη θεραπεία του λήπτη, σύμφωνα με τον Nuskali, είναι αποτέλεσμα του άρθρου 1 της Σύμβασης του Οβιέδο, όπως κυρώθηκε με το νόμο 2619/1998, το οποίο ορίζει ότι το κράτος προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, το σεβασμό της ακεραιότητας, των δικαιωμάτων και των θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπου όσον αφορά τις εφαρμογές στη βιολογία και την ιατρική, καθώς και του άρθρου 2 για την υπεροχή του ανθρώπου έναντι του κοινωνικού συμφέροντος και την πρόοδο της επιστημονικής γνώσης. Επιπλέον, καθιστώντας τον θεραπευτικό σκοπό ως κινητήρια αρχή για την αφαίρεση οργάνων, το κράτος απαγορεύει κάθε αφαίρεση που δεν είναι συμπονετική

και εξαλείφει τη δυνατότητα χρήσης ανθρώπων ως πειραματόζωα (Κούρτης, 2002 & Καϊάφα -Γκμπάντι, 2008a).

2.3 Ποιότητα και ασφάλεια οργάνων (ΦΕΚ 150 Α΄, ν. 3984/2011)

Όλα τα στάδια από τη δωρεά μέχρι τη μεταμόσχευση ή την απόρριψη οργάνων διέπονται από ένα πλαίσιο ποιότητας και ασφάλειας, το οποίο καθορίζεται με απόφαση του Υπουργού Υγείας μετά από πρόταση του ΕΟΜ και γνώμη της ΚΕΚ. Το πλαίσιο αφορά τους εμπλεκόμενους επαγγελματίες υγείας, τα ιατρικά πρωτόκολλα, τις εγκαταστάσεις, τον εξοπλισμό, τα τηρούμενα αρχεία κ.λπ.

Η αφαίρεση οργάνων πραγματοποιείται σε Οργανισμούς Αφαίρεσης, οι οποίοι είναι νοσοκομεία, τα οποία είναι δημόσια ή μη κερδοσκοπικά νοσοκομεία ή ιδιωτικές κλινικές, που έχουν λάβει τη σχετική τριετή άδεια και συνδέονται με τον ΕΟΜ και τις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων. Πραγματοποιούνται επιθεωρήσεις των εταιρειών μετακόμισης για να βεβαιωθείτε ότι πληρούνται όλες οι απαιτήσεις και οι άδειες μπορεί να ακυρωθούν.

Με τη συμβουλή και την καθοδήγηση ενός γιατρού, πραγματοποιείται η αφαίρεση οργάνων, η επιλογή δωρητή και η αξιολόγηση. Προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα και η ασφάλεια των αφαιρούμενων οργάνων, ο Υπουργός Υγείας εξέδωσε επίσης απόφαση που καθορίζει τις απαιτήσεις για τα χειρουργεία όπου γίνεται η αφαίρεση, για την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού και για τις ιατρικές διαδικασίες.

Οι μεταμοσχεύσεις πραγματοποιούνται αποκλειστικά σε ειδικά οργανωμένες μονάδες, τις Μονάδες Μεταμοσχεύσεων των νοσηλευτικών ιδρυμάτων δημόσιων ή μη κερδοσκοπικών κοινωφελών και μη κερδοσκοπικών ιδρυμάτων, που έχουν λάβει τη σχετική τριετή άδεια. Καθορίζονται οι προϋποθέσεις που πρέπει να πληροί η Μονάδα και διενεργούνται έλεγχοι από το Ε.Κ.Α.Β.Ε. για την τήρησή τους. Οι Μονάδες είναι σε 24ωρη ετοιμότητα και υποβάλλουν ετήσια έκθεση για τις δραστηριότητές τους. Πριν από τη μεταμόσχευση, όλα τα όργανα που θα αφαιρεθούν και όλοι οι πιθανοί δότες σκιαγραφούνται μέσω συλλογής πληροφοριών. Οι πληροφορίες χαρακτηρισμού πρέπει να αποστέλλονται γρήγορα στη μονάδα μεταμόσχευσης. Το ΕΚΑΒ, και σε έκτακτες περιπτώσεις, η συνδρομή του ΕΚΕΑ, μεταφέρει την ομάδα μεταμοσχεύσεων, τα προς αφαίρεση όργανα, τους δότες, τους πιθανούς λήπτες και τους απαιτούμενους συνοδούς τους.

Οφείλουν όλοι οι οδηγοί και οι λοιποί εμπλεκόμενοι στη μεταφορά οργάνων να εγγυώνται την ακεραιότητα του οργάνου εντός της προβλεπόμενης προθεσμίας και να διασφαλίζουν ότι το πακέτο μεταφοράς φέρει τα κατάλληλα σήματα. Κάθε ιατρός που ασχολείται με ασθενή που έχει υποβληθεί σε μεταμόσχευση πρέπει να διαθέτει την απαιτούμενη εκπαίδευση και κατάρτιση. Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων, οι οποίοι έχουν λάβει εξειδικευμένη εκπαίδευση από τον EMEA, είναι επιφορτισμένοι με την ενθάρρυνση της δωρεάς οργάνων και την υποστήριξη των μεταμοσχεύσεων. Κάθε υποψήφιος λήπτης εγγράφεται στο εθνικό μητρώο του EOM αφού πιστοποιηθεί. Ο EOM ζητά πιστοποιητικό καλής υγείας από τους δυνητικούς λήπτες τουλάχιστον μία φορά κάθε χρόνο. Το Εθνικό Μητρώο κατατάσσει τα άτομα χρησιμοποιώντας ένα σύστημα σταθμισμένης βαθμολογίας που λαμβάνει υπόψη παράγοντες όπως ο τύπος του οργάνου, το στάδιο της νόσου, η συμβατότητα ομάδων αίματος μεταξύ δοτών και ληπτών, η ηλικία, το ιατρικό ιστορικό κ.λπ. Η ιχνηλασιμότητα όλων των οργάνων πρέπει να εξασφαλίζεται με ιδιαίτερη προσοχή.

Μετά από μια δωρεά, ο EOM πρέπει να διατηρεί τα αρχεία πληροφοριών για τουλάχιστον 30 χρόνια. Τα σοβαρά ανεπιθύμητα συμβάντα και οι αντιδράσεις στη διαδικασία μεταμόσχευσης, καθώς και τα πρωτόκολλα που εφαρμόζονται για την αντιμετώπισή τους, πρέπει να καταγράφονται από τους οργανισμούς αφαίρεσης και τις μονάδες μεταμόσχευσης και να αναφέρονται αμέσως στον EMEA. Η καθιέρωση κατάλληλων πρωτοκόλλων για τη διαχείριση τέτοιων συμβάντων αποτελεί ευθύνη του EMEA.

Στο μέγιστο δυνατό βαθμό, τα όργανα των ζώντων δοτών πρέπει να προστατεύονται κατά την αφαίρεσή τους. Πρέπει να επιλέγονται από άτομα που έχουν λάβει την απαραίτητη εκπαίδευση και ο EMEA πρέπει να διατηρεί αρχείο με τις πληροφορίες που τους αφορούν.

2.4 Νόμος 2737/1999

Ο νόμος 2737/1999 Μεταμόσχευση ανθρώπινων ιστών και οργάνων και άλλες διατάξεις, ο οποίος καταργεί τον νόμο 1383/1983 και εκσυγχρονίζει το νομικό πλαίσιο ώστε να ληφθούν υπόψη οι ιατρικές εξελίξεις και οι διατάξεις του, τροποποιεί τη Σύμβαση του Οβιέδο για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοηθική (1997), την οποία η Ελλάδα επικύρωσε

με τον νόμο 2619/1998. (Αιτιολογική έκθεση, 1999). Ο νόμος 2737/1999, νόμος 3984/2011 (2011), χαρακτηρίστηκε από νομική καινοτομία όσον αφορά τις μεταμοσχεύσεις ιστών και οργάνων, εισάγοντας τους απαραίτητους κανόνες για την οργάνωση του συστήματος δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων, όπως η ίδρυση του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, η αδειοδότηση των μονάδων μεταμόσχευσης, η δημιουργία του Εθνικού Μητρώου υποψήφιων ληπτών και η δήλωση της επιθυμίας δωρεάς οργάνων μετά θάνατον.

Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων δημιουργήθηκε και του δόθηκαν αρμοδιότητες βάσει του νόμου 2737/1999, ο οποίος, σύμφωνα με τον Βιδάλη (2011), αγνόησε ζητήματα που αφορούσαν τα θεμελιώδη δικαιώματα στις μεταμοσχεύσεις υπέρ της οργάνωσης του διοικητικού συστήματος και της παραδοχής ότι τα όργανα θα διατίθεντο μέσω της δωρεάς ως ένδειξη κοινωνικής αλληλεγγύης. Τα άρθρα 1, 10 και 12 καλύπτουν την αφαίρεση ιστών και οργάνων από ανθρώπινο πρόσωπο, ζωντανό ή νεκρό, με μοναδικό θεραπευτικό σκοπό τη μεταμόσχευσή τους σε άλλο ανθρώπινο ον. Το άρθρο 2 θεσπίζει τον κανόνα ότι η διαδικασία πραγματοποιείται χωρίς πληρωμή και απαγορεύει οποιαδήποτε συναλλαγή μεταξύ του λήπτη, του δότη και των οικογενειών τους. Όλα τα νομικά συστήματα απαγορεύουν την ανταλλαγή, η οποία ενσωματώνεται στο άρθρο 21 της Σύμβασης του Οβιέδο, το οποίο ορίζει ότι το ανθρώπινο σώμα και τα συστατικά του δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να κερδηθούν χρήματα ως τέτοια (έκθεση του εισηγητή, 1999).

Το άρθρο 4 του νόμου επέβαλε ότι όλες οι μεταμοσχεύσεις οργάνων και ιστών πρέπει να πραγματοποιούνται σε μονάδες μεταμοσχεύσεων, οι οποίες είναι τμήματα νοσηλευτικών ιδρυμάτων που έχουν δημιουργηθεί ειδικά για τον σκοπό αυτό. Το άρθρο 5 του νόμου καθιέρωσε τη θέση του συντονιστή μεταμοσχεύσεων για να βοηθήσει στο έργο των μεταμοσχεύσεων, και το άρθρο 6 του νόμου καθιέρωσε τράπεζες ιστών για μεταμοσχεύσεις για τη διατήρηση και διάθεση των ανθρώπινων ιστών που προορίζονται για μεταμόσχευση. Καθίσταται δυνατή η δημιουργία ενός Εθνικού Μητρώου Εθελοντών Δοτών Μυελού των Οστών (άρθρο 6), ενός Εθνικού Μητρώου Δυνητικών Ληπτών (άρθρο 7), μητρώων δοτών οργάνων και ιστών, καθώς και ενός καταλόγου όσων έχουν λάβει όργανα και ιστούς για μεταμόσχευση (άρθρο 8).

Σύμφωνα με το νόμο αριθ. 2472/1997, οι πληροφορίες που τηρούνται στο Εθνικό Μητρώο Δικαιούχων και Δωρητών αποτελούν ευαίσθητες πληροφορίες (άρθρο 9). Κατά το άρθρο 10, για να αφαιρεθούν όργανα από ζώντα δότη προς μεταμόσχευση, πρέπει να πληρούνται οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Να γίνεται μόνο για το θεραπευτικό όφελος του λήπτη,
2. Πριν από την αφαίρεση του οργάνου, δεν είναι προσβάσιμοι ιστοί ή όργανα από θανόντες.
3. Δεν υπάρχουν άλλες θεραπευτικές εναλλακτικές λύσεις με ίση αποτελεσματικότητα.

Το άρθρο 19 παράγραφος 1 στοιχείο β) του νόμου 2619/1998 ορίζει ότι η αφαίρεση οργάνων ή ιστών για μεταμόσχευση μπορεί να πραγματοποιηθεί μόνο όταν δεν υπάρχουν διαθέσιμα όργανα ή ιστοί από ένα νεκρό πρόσωπο και δεν υπάρχει άλλη εναλλακτική θεραπευτική μέθοδος συγκρίσιμης αποτελεσματικότητας. Τα σημεία 1-3 συμμορφώνονται πλήρως με τη διάταξη αυτή.

4. Η ζωή ή η υγεία του δότη δεν κινδυνεύει σαφώς και άμεσα.

5. Ο δότης ιστών και οργάνων πρέπει να είναι ενήλικος, με εξαίρεση τη μεταμόσχευση μυελού των οστών που γίνεται σε αδελφό ή αδελφή όταν υπάρχει ιστοσυμβατότητα μεταξύ τους, η αφαίρεση είναι απαραίτητη για τη ζωή του λήπτη, δεν υπάρχει άλλος ιστοσυμβατός δότης και συναινούν και οι δύο γονείς ή το εποπτεύον συμβούλιο κηδεμόνων. Εάν ο ανήλικος είναι άνω των 12 ετών, πρέπει επίσης να δώσει την άδειά του. Η διάταξη αντικατοπτρίζει τις απαιτήσεις του άρθρου 20 της Σύμβασης του Οβιέδο. Η τροποποίηση του προηγούμενου νομικού συστήματος θεωρήθηκε ότι υπολείπεται των προτύπων προστασίας της Σύμβασης, καθώς δεν επέτρεπε στα αδέρφια να κάνουν μεταμόσχευση μυελού των οστών ελλείψει τρίτου συμβατού δότη. Για την ερμηνεία της φράσης "δεν υπάρχει άλλος διαθέσιμος συμβατός δότης" πρέπει να ακολουθείται το άρθρο 20 της Σύμβασης του Οβιέδο, το οποίο ορίζει ότι δεν πρέπει να υπάρχει κατάλληλος δότης που να είναι νομικά ικανός να προσφέρει έγκυρη άδεια για τη μεταμόσχευση.

6. Ο δότης δεν είναι πλήρως προστατευμένος, έχει τη διανοητική ικανότητα να δώσει την άδεια και δίνει τη συγκατάθεσή του με τη θέλησή του, αφού ενημερωθεί για τον στόχο, τη φύση και τους πιθανούς κινδύνους της διαδικασίας (έκθεση του εισηγητή, 1999).

7. Οι μεταμοσχεύσεις πρέπει να πραγματοποιούνται σε σύζυγο του δότη ή σε συγγενή μέχρι δεύτερου βαθμού συγγένειας, σε ευθεία ή πλάγια γραμμή, με εξαίρεση τις μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών, οι οποίες απαλλάσσονται από αυτόν τον περιορισμό, δεδομένου ότι ο μυελός των οστών είναι αναγεννητικός. Όλοι οι εξαιρούμενοι ιστοί καλύπτονται από την εξαίρεση του αγγλικού δικαίου (έκθεση του εισηγητή, 1999). Η ισχύουσα διάταξη του νόμου

που επιβάλλει τον προαναφερθέντα περιορισμό δεν προέρχεται από τη Σύμβαση Oviedo, αλλά αποτελεί χαρακτηριστικό πολλών νομικών συστημάτων (έκθεση του εισηγητή, 1999).

Δεδομένου ότι η γερμανική νομοθεσία επιτρέπει τη δωρεά οργάνων από ζώντα δότη και σε άτομα που συνδέονται με τον δότη με κοινή συναίνεση με ιδιαίτερο προσωπικό δεσμό, η έκθεση του 1999 αναφέρει την ποικιλομορφία του πεδίου εφαρμογής του περιορισμού. Αυτό περιλαμβάνει προφανώς τις περιπτώσεις όπου ο δότης και ο λήπτης δεν έχουν επίσημη νομική σχέση, αλλά έχουν έναν γνήσιο προσωπικό δεσμό συγκρίσιμης εγγύτητας, όπως είναι η άγαμη συμβίωση. Κάνει επίσης αναφορά στο αγγλικό δίκαιο, το οποίο επιτρέπει τις ζωντανές μεταμοσχεύσεις μεταξύ τρίτων από το 1989, υπό την προϋπόθεση ότι η μεταμόσχευση πραγματοποιείται για φιλανθρωπικούς σκοπούς και δεν περιλαμβάνει αθέμιτη συναλλαγή που αποσκοπεί στην προώθηση των κοινωνικών και θεραπευτικών στόχων της μεταμόσχευσης. Ωστόσο, τα πλεονεκτήματα της διεύρυνσης της δεξαμενής των δυνητικών ληπτών πρέπει να εκτιμηθούν έναντι των κινδύνων από ενδεχόμενες παραβιάσεις του κανόνα ότι οι εν λόγω δραστηριότητες δεν μπορούν να αποφέρουν οικονομικό όφελος στον δότη.

8. Η ελεύθερα ανακλητή συγκατάθεση χορηγείται είτε με συμβολαιογραφική πράξη, έγγραφο στο οποίο η Αστυνομική Αρχή βεβαιώνει την εγκυρότητα της υπογραφής του δότη, είτε προφορικά παρουσία δύο μαρτύρων και καταχωρείται σε ειδικό μητρώο που τηρείται στο νοσοκομείο όπου θα πραγματοποιηθεί η μεταμόσχευση. Σύμφωνα με την έκθεση του εισηγητή του 1999, η προτεινόμενη νομοθεσία φαίνεται να δίνει μεγαλύτερη αξία στον κίνδυνο πιθανής καταστρατήγησης με υψηλότερο κόστος. Ο EOM λαμβάνει και αποθηκεύει όλες τις πληροφορίες που αφορούν τη μεταμόσχευση σε ξεχωριστό αρχείο (άρθρο 10).

2.5 Συντονισμός μεταμοσχευτικής διαδικασίας

Όταν ένας ασθενής στη μονάδα εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) βιώνει τον εγκεφαλικό θάνατο, η επιλογή να δωρίσει τα όργανά του προκαλεί έναν άμεσο συντονισμό ενεργειών για τις ομάδες μεταμοσχεύσεων που θα παραλάβουν τα όργανα. Σύμφωνα με την παρούσα διαδικασία κατανομής μεταμοσχεύσεων, επιλέγονται οι υποψήφιοι λήπτες.

Ο μηχανισμός ενημέρωσης του αρμόδιου συντονιστικού οργάνου, που στην Ελλάδα είναι ο EOM, ενεργοποιείται μόλις ο τοπικός συντονιστής μεταμοσχεύσεων ή ο υπεύθυνος γιατρός της ΜΕΘ δώσει έγκριση για δωρεά οργάνων. Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων ενημερώνουν όλους όσους εμπλέκονται στη διαδικασία μεταμόσχευσης (γιατροί, νοσηλευτές, εργαστήρια κ.λπ.). (Κωστάκης, 2004).

Δεδομένου ότι ο ιστικός τύπος κάθε ανθρώπου κληρονομείται από τους γονείς του, η αναζήτηση κατάλληλου ιστικού δότη στην περίπτωση μεταμόσχευσης μυελού των οστών ξεκινά από τους άμεσους συγγενείς του ασθενούς (κυρίως αδέρφια). Εάν δεν μπορεί να ανακαλυφθεί κανένα στενό συγγενικό μέλος για να δωρίσει, αρχίζει το κυνήγι για μη συγγενείς δότες. Η παγκόσμια δεξαμενή δοτών (BMDW - Bone Marrow Donors Worldwide), η οποία συγκεντρώνει εθελοντές δότες μυελού των οστών από όλο τον κόσμο και ενημερώνεται σε καθημερινή βάση, χρησιμοποιείται για την εξεύρεση ενός μη συγγενικού ιστικά συμβατού δότη.

Οι συντονιστές αναζήτησης του EOM αναζητούν συμβατούς δότες στην Ελλάδα και στον BMDW (BMDW) και στη συνέχεια αναφέρουν τα ευρήματά τους στον θεράποντα ιατρό. Ο ιατρός ενημερώνεται αμέσως ότι υπάρχουν υποψήφιοι δότες για τον ασθενή του και αφού εξετάσει τις κλινικές πληροφορίες, τον κατευθύνει σε μία από τις Μονάδες Μεταμόσχευσης Μυελού των Οστών (MMMO) που λειτουργούν στη χώρα μας.

Ο EOM και η MMO συνεργάζονται για την ολοκλήρωση όλων των επόμενων εργασιών και είναι αυτοί που δίνουν την οδηγία για την έναρξη της αναζήτησης και την έναρξη επαφής με τις Δεξαμενές όπου έχουν εντοπιστεί οι πιθανοί δότες (EOM, 2013).

2.6 Συντονιστής Μεταμοσχεύσεων

Στα τέλη της δεκαετίας του 1970 στις ΗΠΑ, εμφανίζεται το αίτημα για το θεσμό του συντονιστή μεταμοσχεύσεων. Δεδομένης της ταχύτητας με την οποία πρέπει να κοινοποιούνται οι πληροφορίες σχετικά με τη διαθεσιμότητα και τη μετακίνηση των μεταμοσχεύσεων, στόχος του ήταν να διευκολύνει τον συντονισμό των μεταμοσχεύσεων. Αφού αναφερθούν, ο συντονιστής μεταμοσχεύσεων θεσπίζει τυποποιημένες διαδικασίες λειτουργίας για την επιτάχυνση της διαδικασίας μεταμόσχευσης και μεγιστοποιεί τη χρήση των διαθέσιμων μοσχευμάτων.

Η Ολλανδία ήταν το πρώτο έθνος στην Ευρώπη που εφάρμοσε αυτόν τον θεσμό το 1979 και στη συνέχεια το Ηνωμένο Βασίλειο. Σε ολόκληρη την Ευρώπη, σήμερα πιστεύεται ότι υπάρχουν περισσότεροι από 200 οργανισμοί συντονιστών μεταμοσχεύσεων. Εκτός από τους διαχειριστές, το 33% αυτών είναι γιατροί, το 12% φοιτητές και το 50% νοσηλευτές.

- ✓ Παρά το γεγονός ότι οι πολιτικές μεταμοσχεύσεων διαφέρουν από χώρα σε χώρα, οι ακόλουθες δραστηριότητες των συντονιστών μεταμοσχεύσεων μπορούν να κατηγοριοποιηθούν: διατήρηση και τακτική ενημέρωση του καταλόγου αναμονής των πιθανών ληπτών, εξασφάλιση ότι οι ασθενείς είναι πάντα σε ετοιμότητα σε περίπτωση που τα κλινικά και εργαστηριακά δεδομένα τους αλλάξουν.
- ✓ συντονισμός των εργασιών αφαίρεσης και συντήρησης των οργάνων.
- ✓ Τα διοικητικά και άλλα καθήκοντα συντονισμού περιλαμβάνουν τη διατήρηση επαφής με την οικογένεια του δότη, την ενημέρωση του νοσοκομείου όπου ο δότης λαμβάνει θεραπεία, τη σύνταξη ετήσιας έκθεσης δραστηριοτήτων, τη συνεργασία με άλλους συντονιστές για την ανταλλαγή πληροφοριών, τη διεξαγωγή έρευνας και τη συγγραφή άρθρων.
- ✓ Εκπαιδευτικές πρωτοβουλίες που συντονίζονται με κοινωνικές οργανώσεις και αποσκοπούν στην εκπαίδευση τόσο των δημογραφικών ομάδων όσο και άλλων επαγγελματιών υγείας.

Η σημασία της συμβολής των συντονιστών μεταμοσχεύσεων στην προώθηση της μεταμόσχευσης εξαρτάται από το εύρος των προσπαθειών τους. Στην πραγματικότητα, ο προσδιορισμός των αναγκών και της ετοιμότητας των ασθενών για μεταμόσχευση ξεκινά με τη σωστή οργάνωση της λίστας αναμονής των δυνητικών ληπτών. Το κοινό εξοικειώνεται με την έννοια της δωρεάς οργάνων και την αποδέχεται σε περίπτωση τραγικού και απροσδόκητου θανάτου, καθιστώντας απλούστερη την έναρξη της διαδικασίας μεταμόσχευσης από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Η σωστή ενημέρωση του κοινού και των επαγγελματιών υγείας έχει επίσης άμεσο αντίκτυπο στην επιτυχία των προγραμμάτων μεταμοσχεύσεων.

Η αποτελεσματικότερη λειτουργία ολόκληρου του συστήματος εξασφαλίζεται περαιτέρω από τη συστηματική συνεργασία του συντονιστή μεταμοσχεύσεων με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό. Με την εκπαίδευσή τους σχετικά με τα πρότυπα για την

αναγνώριση και την υποστήριξη ενός δυναμικού δότη οργάνων, τη ροή των διαδικασιών συντονισμού σε κάθε στάδιο και την προσέγγιση των ασθενών, εξαλείφεται η παρατηρούμενη απροθυμία του προσωπικού να συμμετάσχει στις διαδικασίες λόγω άγνοιας ή φόρτου εργασίας. Τέλος, ο ορισμός του συντονιστή μεταμοσχεύσεων ως σημείου επαφής διευκολύνει την επικοινωνία και τη συνέχιση των εργασιών εντός των απαραίτητων προθεσμιών (Ομπέση, Μανιού, 2008).

2.7 Ο νοσηλευτής ως μέλος της μεταμοσχευτικής ομάδας

Με τις γνώσεις και τα talέντα τους, οι νοσηλευτές βελτιώνουν το επίπεδο της φροντίδας των ασθενών ως σημαντικό μέλος της ομάδας μεταμοσχεύσεων (Lerret, Stendahl, 2011). Η επαγγελματική ικανοποίηση προέρχεται από την αυτονομία και την εργασία ως μέρος μιας διεπιστημονικής ομάδας για την επίτευξη ενός συγκεκριμένου, ασθενοκεντρικού στόχου (Russell, Van Gelder, 2008).

Η στενή επαφή με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους μπορεί να προκαλέσει στους νοσηλευτές προστατευτικές συμπεριφορές που μπορούν να αποφευχθούν μέσω της εκπαίδευσης (Kent, 2004). (Siddiqui et al., 2012). Επειδή θα επηρεάσει τις απόψεις τους απέναντι στο θέμα, είναι ζωτικής σημασίας η εκπαίδευση και η διαφώτιση των φοιτητών νοσηλευτικής σχετικά με τη διαδικασία της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης (López-Montesinos, Manzanera Saura, Mikla et al., 2010).

2.8 Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων

- ✓ Ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων ιδρύθηκε με βάση το ιδιωτικό δίκαιο και καθορίζεται από το Υπ. Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Στόχος του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων είναι να συνδράμει το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης στη δημιουργία της εθνικής στρατηγικής για την προώθηση των μεταμοσχεύσεων στη χώρα μας. Για την επίτευξη του σκοπού αυτού χρησιμοποιείται ο Κώδικας Δεοντολογίας για τη Λειτουργία των Μονάδων Μεταμοσχεύσεων και των Τραπεζών Ιστών για Μεταμόσχευση, καθώς και οι Όροι, Προϋποθέσεις και Διαδικασία Μεταμόσχευσης.

- ✓ Σχεδιάζει και οργανώνει την τοπική, κυβερνητική και παγκόσμια ροή μεταμοσχεύσεων, ιδίως μυελού των οστών.
- ✓ Αίτηση για τη χορήγηση άδειας ίδρυσης μονάδας μεταμοσχεύσεων ή τράπεζας ιστών για μεταμόσχευση υποβάλλεται στον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης από οποιονδήποτε εγγράφει πιθανούς λήπτες, δυνητικούς και χρησιμοποιημένους δότες και δωρητές ιστών και οργάνων.
- ✓ Αξιολογείται ετησίως η λειτουργία και τα αποτελέσματα των μονάδων μεταμοσχεύσεων και αναφέρονται τα πορίσματα στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- ✓ Για την ανταλλαγή και προμήθεια μοσχευμάτων θα συνεργάζεται με οργανισμούς και κέντρα μεταμοσχεύσεων στο εξωτερικό που είναι συγκρίσιμα.
- ✓ Θα παρέχει στους λήπτες, στους ζώντες δότες και στους συγγενείς του δότη ψυχοκοινωνική υποστήριξη.
- ✓ Στοχεύει στην αύξηση του αριθμού των ατόμων που προορίζονται για μεταμόσχευση οργάνων με τη χρήση όλων των κατάλληλων μεθόδων, με βασικό άξονα την ευαισθητοποίηση του κοινού και τις ενημερωτικές εκστρατείες (EOM, 2013).

2.9 Διεθνές πλαίσιο- Πολιτικές μεταμοσχεύσεων

Υπάρχει αυξανόμενη έλλειψη μεταμοσχευμένων οργάνων ως αποτέλεσμα της ταχείας αύξησης του αριθμού των ασθενών που βρίσκονται σε λίστες αναμονής και των δωρητών οργάνων τις τελευταίες δεκαετίες. Η χρόνια έλλειψη οργάνων στα πλούσια έθνη έχει κερδίσει σημαντική πολιτική προσοχή, και οι πρόσφατες ιδέες επικεντρώθηκαν στο πόσο καλά η νομοθεσία περί τεκμαιρόμενης συναίνεσης θα μπορούσε να αυξήσει τους αποθανόντες δότες.

Τα συστήματα για την απόκτηση οργάνων βασίζονται σε νομικά τεκμήρια συναίνεσης μετά από ενημέρωση. Εμπειρογνώμονες στον τομέα της υγείας, βιοηθικόλογoi,

δικηγόροι και φιλόσοφοι έχουν ξεκινήσει μια αυξανόμενη συζήτηση σχετικά με τα οφέλη και τα μειονεκτήματα και των δύο συστημάτων.

Σύμφωνα με μελέτες, οι νόμοι που απαιτούν συναίνεση μετά από ενημέρωση ισχύουν στην πλειονότητα των ευρωπαϊκών κρατών (Bilgel, 2012) και έχουν ευεργετικό αντίκτυπο στην αύξηση των ποσοστών δωρεάς (Abadie, Gay, 2006).

Ισπανία

Ένα από τα σημαντικότερα επιτεύγματα της ισπανικής κοινωνίας και του εθνικού συστήματος υγείας ήταν η ανάπτυξη της μεταμόσχευσης, η οποία ξεκίνησε στην Ισπανία πριν από περίπου 30 χρόνια. Παρά την ίδρυσή του το 1980, ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων (Organization National de Transplanttes, ONT) άρχισε να λειτουργεί μόλις το 1989. Οι στόχοι του ήταν να αντιμετωπίσει τις μακρές λίστες αναμονής για τους λήπτες νεφρικών μοσχευμάτων που είχαν παρατηρηθεί στα τέλη της δεκαετίας του 1980 και να υποστηρίξει την περίπλοκη διαχείριση των μεταμοσχεύσεων άλλων συμπαγών οργάνων. Στην Ισπανία, υπάρχουν τρεις βαθμίδες του συστήματος μεταμοσχεύσεων: εθνική, περιφερειακή και τοπική. Υπάρχει ένας εθνικός συντονιστής, 17 περιφερειακοί συντονιστές (ίσοι με τον αριθμό των αυτόνομων περιφερειών) και τοπικοί συντονιστές σε νοσοκομεία σε εθνικό επίπεδο. Οι τελευταίοι είναι υπόλογοι στη διοίκηση των νοσοκομείων και διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στον εντοπισμό πιθανών δότην. Με βάση ένα συνδυασμό γεωγραφικών και ιατρικών κριτηρίων, κατανέμονται οι μεταμοσχεύσεις (επαναξιολογούνται κάθε χρόνο).

Από τότε που ξεκίνησε το ONT, οι δότες και τα όργανα που διανέμονται αυξάνονται σταθερά, με αποτέλεσμα να υπάρχουν σήμερα λιγότεροι άνθρωποι στις λίστες αναμονής (www.msc.es).

Στην Ισπανία έχει δημιουργηθεί η τεκμαιρόμενη συγκατάθεση- στην πράξη, όμως, ζητείται επίσης η γνώμη των μελών της οικογένειας για να αποφευχθούν σκληρές αντιδράσεις, αν και από τα ευρήματα φαίνεται ότι οι τοπικοί συντονιστές κάνουν εξαιρετική δουλειά εξασφαλίζοντας την έγκριση της οικογένειας (Matesanz, 2004). Δεν υπάρχουν περιορισμοί στη σχέση μεταξύ δότη και δικαιούχου όσον αφορά τη δωρεά ζώντων οργάνων.

Ο λήπτης αποφασίζεται, φυσικά, από την αρχή, αλλά δεν είναι απαραίτητο να υπάρχει συγκεκριμένη οικογενειακή σχέση. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τα χαμηλά ποσοστά μεταμοσχεύσεων από ζώντες δότες, μας οδηγεί στην υπόθεση ότι, τελικά, αν οι ανάγκες ενός

ασθενούς καλύπτονται ικανοποιητικά και με ασφάλεια από το επίσημο δίκτυο μεταμοσχεύσεων, είναι απίθανο να στραφεί στη μαύρη αγορά (Deve, 2007).

Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής

Το 1986 ιδρύθηκε το εθνικό δίκτυο προμήθειας και μεταμόσχευσης οργάνων από το UNOS (United Network for Organ Sharing) (OPTN). Ως συντονιστής του δικτύου μεταμοσχεύσεων, το UNOS είναι ένας μη κερδοσκοπικός, μη κυβερνητικός οργανισμός που δημιουργεί κατευθυντήριες γραμμές για τα μέλη του και κανόνες διανομής οργάνων. Μέλη του δικτύου είναι εργαστήρια συμβατότητας ιστών, εθελοντικές οργανώσεις υγείας, επιστημονικοί οργανισμοί και μέλη του κοινού, όπως οι οικογένειες των δοτών. Άλλα μέλη περιλαμβάνουν κέντρα μεταμοσχεύσεων, οργανισμούς μεταμοσχεύσεων, οργανισμούς μεταμοσχεύσεων και εργαστήρια συμβατότητας ιστών. Η ανάγκη για τη μέγιστη δυνατή συναίνεση κατά τη δημιουργία κανόνων μεταμόσχευσης εξηγεί αυτή τη διαφοροποίηση (Linteris, 2004).

Η παρουσία άδειας θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική όταν αφαιρούνται ιστοί ή όργανα από ζώντα δότη (Linteris, 2004). Τόσο οι ομοσπονδιακοί όσο και οι πολιτειακοί νόμοι επιβάλλουν να ζητείται από την οικογένεια όλων των υποψήφιων δοτών να προβούν σε δωρεά. Οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων σέβονται την επιθυμία της οικογένειας ακόμη και αν υπάρχει κάρτα δότη (Healy, 2005). Για να εμπλακούν οι συντονιστές μεταμοσχεύσεων το συντομότερο δυνατό, τέθηκαν σε ισχύ το 1998 κανονισμοί για την υποχρεωτική αναφορά όλων των επικείμενων θανάτων στα νοσοκομεία. (Λιντέρης, 2004).

Αφού διαπιστωθεί η αναγκαιότητα μεταμόσχευσης από τον ιατρό, ο ασθενής παραπέμπεται στο κέντρο μεταμοσχεύσεων για εξέταση προκειμένου να τοποθετηθεί στη λίστα αναμονής, ενώ ειδικά για ορισμένα όργανα (όπως η καρδιά), η ύπαρξη ασφάλισης αποτελεί προϋπόθεση (Deve, 2007).

Ιταλία

Τα τελευταία χρόνια, το ποσοστό μεταμοσχεύσεων στην Ιταλία αυξάνεται σταθερά. Φυσικά, τα ποσοστά μεταξύ του πλούσιου Βορρά και του φτωχού Νότου διαφέρουν σημαντικά. Ο νόμος που διέπει την αφαίρεση και μεταμόσχευση ανθρώπινων ιστών και οργάνων στην Ιταλία εγκρίθηκε από το Κοινοβούλιο με ισχυρή πλειοψηφία το 1999. Το Εθνικό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων (Centra Nazionale Trapianti, CNT) ιδρύθηκε με τον νόμο

αυτό, ο οποίος προέβλεπε επίσης τη διαίρεση του έθνους σε ισάριθμες περιοχές μεταμοσχεύσεων, όσες είναι και οι διοικητικές περιφέρειες.

Το άλλο νέο χαρακτηριστικό του νόμου, το οποίο ήταν εμπνευσμένο από την Ισπανία, ήταν η δημιουργία του επαγγέλματος του τοπικού συντονιστή (Τσουχούλη, 2010). Ο ακριβής καθορισμός του ελάχιστου αριθμού ετήσιων μεταμοσχεύσεων ανά όργανο που απαιτείται για την κάλυψη των λειτουργικών τους δαπανών είναι ένα από τα πιο ενδιαφέροντα χαρακτηριστικά των απαιτήσεων λειτουργίας των μεταμοσχευτικών κέντρων (Συμβούλιο της Ευρώπης, 2002).

Γερμανία

Ο νόμος του 1997 για τις μεταμοσχεύσεις στη Γερμανία έθεσε τέλος σε πολυετείς συζητήσεις και αντιπαραθέσεις. Κατέστησε απαραίτητη τη λήψη άδειας πριν από την αφαίρεση. Σε περιπτώσεις που δεν ήταν γνωστή η βούληση του ίδιου του δότη, επιτρέπει την αφαίρεση από νεκρό δότη με την έγκριση της οικογένειάς του. Θεωρεί τόσο τον εγκεφαλικό θάνατο όσο και την παύση της καρδιακής και κυκλοφορικής λειτουργίας ως εξίσου έγκυρους λόγους θανάτου (Linteris, 2004).

Οργανισμοί διακρατικής συνεργασίας

Μια άλλη περίπτωση ανάπτυξης πολιτικής για τις μεταμοσχεύσεις αφορά καταστάσεις στις οποίες πολλά έθνη ενώνονται για να λύσουν από κοινού ένα πρόβλημα. Προκειμένου να διευκολυνθούν οι μεταμοσχεύσεις και η κατανομή οργάνων για τα έθνη της Αυστρίας, της Γερμανίας, του Βελγίου, του Λουξεμβούργου, των Κάτω Χωρών, της Σλοβενίας και της Κροατίας, η Eurotransplant είναι υπεύθυνη γι' αυτό. Προκειμένου να επιτευχθεί μια κεντρική καταγραφή όλων των ασθενών που περιμένουν μεταμόσχευση και να βελτιωθούν οι πιθανότητες εύρεσης συμβατού δότη, ο οργανισμός ιδρύθηκε το 1967 από τον Dr. Van Rood και ιδρύθηκε επίσημα το 1969. Η συνεργασία ξεκίνησε αρχικά για την ανταλλαγή νεφρών πριν επεκταθεί σταδιακά στο ήπαρ και στη συνέχεια σε άλλα όργανα και ιστούς (www.eurotransplant.org).

Όλα τα στοιχεία των υποψήφιων ληπτών εισάγονται σε μια ενιαία ηλεκτρονική βάση δεδομένων. Η βάση δεδομένων, η οποία περιέχει τον καταλληλότερο δέκτη, λαμβάνει τις σχετικές πληροφορίες όταν βρεθεί ένας πιθανός δότης. Η Eurotransplant έρχεται σε επαφή με το μεταμοσχευτικό κέντρο του λήπτη, όπου ο χειρουργός αποφασίζει αν θα δεχθεί τη μεταμόσχευση και σχεδιάζει τη διαδικασία μεταμόσχευσης σε συνεργασία με τον

περιφερειακό συντονιστή. Εάν δεν μπορεί να βρεθεί λήπτης στο πλαίσιο της Eurotransplant, προσφέρεται η μεταμόσχευση σε συνεργαζόμενους οργανισμούς όπως η UK Transplant και η ScandiTransplant (www.eurotransplant.org).

Μέσω της προσπάθειας του Jon J. Van Rood Bone Marrow Donors Worldwide-BMDW, κατέστη δυνατή η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων δεξαμενών δοτών μυελού των οστών. Ουσιαστικά επιτρέπει την παγκόσμια αναζήτηση εθελοντών δοτών που αντιστοιχούν σε ιστούς, συνδυάζοντας τα δεδομένα των εθελοντών δοτών των μεγαλύτερων δεξαμενών δοτών στον κόσμο. Ένας χρυσός οδηγός που περιλάμβανε τις πληροφορίες για 150.000 εθελοντές από 8 έθνη περιλαμβανόταν στην πρώτη έκδοση του BMDW το 1989. (www.bmdw)

2.10 Κριτήρια καταλληλότητας δοτών και μοσχευμάτων

Εντός των πρώτων 24 ωρών μετά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο ή στη μονάδα εντατικής θεραπείας, αναγνωρίζονται συνήθως οι ασθενείς που είναι πιθανό να δωρίσουν τα όργανά τους (Geroluka, 2002). Φυσικά, ο ασθενής είναι το πρωταρχικό σημείο εστίασης όλων των πρώτων θεραπευτικών προσπαθειών. Ωστόσο, μετά την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου, η έμφαση της θεραπείας μετατοπίζεται στην υποστήριξη των οργάνων που θα μεταμοσχευθούν. Η αστάθεια των δυνητικών δοτών συχνά συμβαίνει μεταξύ της στιγμής που αρχίζει ο εγκεφαλικός θάνατος και της στιγμής που αφαιρούνται τα όργανα του δότη. Αυτή η αστάθεια αυξάνεται με την πάροδο του χρόνου και προκαλεί το 10% έως 20% των χαμένων δυνητικών δοτών (Wood et al., 2004).

Μόνο όταν τα όργανα δεν είναι κατάλληλα για μεταμόσχευση ή όταν η άμεση οικογένεια του δυνητικού δότη έχει προβεί σε αμετάκλητη άρνηση, η υποστήριξη αυτή διακόπτεται. Η αποδοχή ενός δότη βασίζεται συχνά στη βιολογική του κατάσταση, στην ηλικία του και, ιδίως, στην έλλειψη ιστορικού νόσου ή κλινικών ή εργαστηριακών ενδείξεων που να υποδηλώνουν δυσλειτουργία ή βλάβη των υπό εξέταση οργάνων. Πριν από την έναρξη της διαδικασίας μεταμόσχευσης, μια βιοψία μοσχεύματος μπορεί να παράσχει σημαντικές πληροφορίες, ιδίως σε περιπτώσεις όπου το μόσχευμα φαίνεται να είναι οριακό ή κακής ποιότητας (π.χ. με πιθανές ισχαιμικές βλάβες, αθηρωματικά αγγεία ή ήπαρ με λιπώδη εκφύλιση). Πριν από τη λήψη αίματος από δυνητικό δότη, θα πρέπει να διενεργούνται εργαστηριακές εξετάσεις που συμπληρώνουν την αξιολόγηση της συμβατότητας των

οργάνων για μεταμόσχευση. Αυτό θα συμβάλει στην αποφυγή ψευδώς θετικών αποτελεσμάτων στις ανοσολογικές και λοιμώξεις.

Κάθε πιθανός δότης οργάνων θα πρέπει να ελέγχεται διεξοδικά για να αποκλειστεί η πιθανότητα μεταφοράς οποιουδήποτε επιβλαβούς ή μολυσματικού παράγοντα που θα μπορούσε να επηρεάσει τον λήπτη του μοσχεύματος. Αν και η παρουσία λοίμωξης στον δότη που έχει αντιμετωπιστεί επιτυχώς δεν αποκλείει τη μεταμόσχευση, η μεταμόσχευση αποφεύγεται όταν η αιτία του εγκεφαλικού θανάτου είναι άγνωστη και υπάρχει υποψία για μολυσματική ή τοξική ουσία. Λόγω της πιθανότητας μικροβιακού αποικισμού των οργάνων και της επακόλουθης ανάπτυξης σοβαρών λοιμώξεων στον λήπτη, η μακρά παραμονή του δότη στη ΜΕΘ, συχνά μεγαλύτερη από 5 ημέρες, μπορεί να αποτελεί αντένδειξη για τη λήψη οργάνων προς μεταμόσχευση.

2.11 Μεταμόσχευση μυελού των οστών

Λόγω των μοναδικών ιδιοτήτων του δωρηθέντος οργάνου, οι μεταμοσχεύσεις μυελού των οστών ξεχωρίζουν μεταξύ των άλλων μεταμοσχεύσεων. Χρησιμοποιείται ως η προτιμώμενη θεραπεία για ορισμένες σοβαρές, θανατηφόρες συγγενείς ή επίκτητες διαταραχές, κυρίως του λεμφικού και του αιμοποιητικού συστήματος, εδώ και πολλές δεκαετίες (Κωστάκης, 2004).

Στον μυελό των οστών βρίσκονται αρχέγονα πολυδύναμα αιμοποιητικά κύτταρα που μπορούν να διαφοροποιηθούν σε λευκά αιμοσφαίρια, ερυθρά αιμοσφαίρια και αιμοπετάλια (Γερμενής, 2000). Σοβαρές αιματολογικές ασθένειες, όπως η λευχαιμία, η μυελοειδής απλασία κ.λπ. εμφανίζονται εάν ο μυελός των οστών ενός ασθενούς είναι ανεπαρκής, κατεστραμμένος ή έχει προσβληθεί από καρκινικά κύτταρα. Αν και χρησιμοποιούνται διάφορα φαρμακευτικά σχήματα για τη θεραπεία αυτών των διαταραχών, η μεταμόσχευση - κατά την οποία ο κατεστραμμένος μυελός των οστών αντικαθίσταται με οστό που θα παραχθεί με τη μεταμόσχευση αρχέγονων αιμοποιητικών κυττάρων από συμβατό υγιή δότη - αποτελεί συχνά τη μόνη επιλογή. Για τη μεταμόσχευση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο μυελός των οστών ή τα κύτταρα του περιφερικού αίματος του δότη. Αυτά τα μοναδικά αδιαφοροποίητα κύτταρα έχουν την ικανότητα να παράγουν όλους τους διαφορετικούς τύπους κυττάρων του αίματος. Από το μυελό των οστών, όπου ζουν συνήθως τα αιμοποιητικά κύτταρα, συλλέγονται.

Ο οστικός ιστός που παράγει αίμα είναι γνωστός ως μυελός των οστών. Σήμερα, αφού διεγείρουμε τα κύτταρα του αίματος να εγκαταλείψουν τα οστά δίνοντάς τους αυξητικούς παράγοντες, μπορούμε επίσης να αφαιρέσουμε κύτταρα του αίματος για ανάλυση. Τα αιμοποιητικά κύτταρα λαμβάνονται από τον ασθενή κατά τη διάρκεια της προθεραπείας και δωρίζονται ξανά μετά από υψηλή δόση χημειοθεραπείας ή ακτινοβολίας σε μια αυτόλογη μεταμόσχευση. Τα αυτόλογα αιμοποιητικά κύτταρα δεν έχουν ιδιαίτερο θεραπευτικό όφελος για τη θεραπεία της πάθησης. Η ικανότητά τους να επιδιορθώνουν το μυελό των οστών τα καθιστά χρήσιμα. Αυτό επιτρέπει τη χρήση εξαιρετικά ισχυρής χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας, η οποία σκοτώνει τον μυελό των οστών, για την πλήρη θεραπεία της νόσου. Ο μυελός των οστών διατηρείται στη συνέχεια ζωντανός με τη χορήγηση αιμοποιητικών κυττάρων.

Ο ασθενής λαμβάνει αιμοποιητικά κύτταρα που λαμβάνονται από υγιή δότη κατά τη διάρκεια αλλογενούς μεταμόσχευσης. Τα αιμοποιητικά κύτταρα από υγιή δότη έχουν ισχυρή ανοσολογική δράση κατά του καρκίνου, εκτός από την αποκατάσταση της αιμοποίησης μετά από έντονη χημειοθεραπεία ή ακτινοθεραπεία, γεγονός που συμβάλλει ουσιαστικά στη θεραπεία της νόσου.

Η αποτελεσματικότητα της μεταμόσχευσης μυελού των οστών εξαρτάται από την ιστοσυμβατότητα του ασθενούς και του δότη. Η μεταμόσχευση μυελού των οστών απαιτεί υψηλό βαθμό συμβατότητας δότη-λήπτη, καθώς είναι πολύ απίθανο δύο άτομα να είναι γενετικά πανομοιότυπα, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη χρήση πολλών εθελοντών δοτών (EOM, 2013).

Ο δότης ενημερώνεται αρχικά για τις δύο διαθέσιμες πηγές αιμοποιητικών κυττάρων, είτε πρόκειται για μυελό των οστών είτε για αίμα, καθώς και για τις πιθανές αρνητικές επιπτώσεις της συλλογής. Στη συνέχεια, θα έχει την ευκαιρία και το χρόνο να θέσει πρόσθετες ερωτήσεις. Η καταφατική πρόθεση του δότη εξακολουθεί να είναι αναστρέψιμη μέχρι το σημείο αυτό, και του επιτρέπεται να αποχωρήσει από την επέμβαση εάν διαφωνεί με οτιδήποτε. Εάν αποδεχθεί τη διαδικασία, παρέχει τη γραπτή συγκατάθεσή του, όπως απαιτεί ο νόμος, οπότε και αρχίζει η τελική αξιολόγηση της επιλεξιμότητάς του να συμβάλει στη μεταμόσχευση. Πριν από τη λήψη γίνεται κλινική και αναλυτική εξέταση του δότη για να διασφαλιστεί ότι τόσο ο δότης όσο και ο ασθενής θα είναι ασφαλείς.

Υπάρχουν δύο άλλες προσεγγίσεις για τη λήψη αιμοποιητικών κυττάρων από τον δότη:

Μία από τις εναλλακτικές λύσεις συλλογής αιμοποιητικών κυττάρων από τον δότη είναι:

α) Ο δότης εισάγεται στο νοσοκομείο όπου θα πραγματοποιηθεί η συλλογή αιμοποιητικών κυττάρων το πρωί ως πρώτη επιλογή. Ο μυελός των οστών της λεκάνης αναρροφάται κατά τη διαδικασία συλλογής στο χειρουργείο, ενώ ο ασθενής βρίσκεται υπό γενική αναισθησία. Μια ομάδα ιατρών μεταμοσχευτών και αιματολόγων πραγματοποιεί τη συλλογή. Χρειάζονται 1-2 ώρες για να ολοκληρωθεί η διαδικασία. Ο δότης αφήνεται ελεύθερος αργά το απόγευμα ή νωρίς το πρωί της επόμενης ημέρας.

β) Η συλλογή αιμοποιητικών κυττάρων από το αίμα: Τέσσερις ημέρες πριν από τη συλλογή, χορηγείται στον δότη G-CSF, ένας υποδόριος αυξητικός παράγοντας για τα λευκά αιμοσφαίρια. Τα μηχανήματα αιμοξυγόνωσης είναι εξειδικευμένες φυγόκεντρες αίματος που χρησιμοποιούνται για τη συλλογή αίματος την πέμπτη ημέρα. Μέσω των δύο μεσοπλεύριων φλεβών του, ο δότης συνδέεται με τον εξοπλισμό αιμαφαίρεσης (φλέβες του αγκώνα). Η διαδικασία αιμοδοσίας διαρκεί δύο έως τρεις ώρες και ο δότης δεν χρειάζεται να εισαχθεί και να νοσηλευτεί. Αμέσως μετά τη λήψη, ο δότης φεύγει για το σπίτι του πριν παρουσιαστεί για την εργασία του την επόμενη ημέρα.

Η συλλογή αιμοποιητικών κυττάρων είναι εντελώς ακίνδυνη για τον δότη και οι όποιες συνέπειες είναι συνήθως ήσσονος σημασίας. Η συλλογή μυελού πραγματοποιείται στο χειρουργείο υπό ασηπτικές συνθήκες, προστατεύοντας τον δότη από μεταδοτικές ασθένειες. Τα αιμοποιητικά κύτταρα εξάγονται από το αίμα με τη χρήση αποστειρωμένου κιτ μίας χρήσης. Επιπλέον, ο δότης δεν κινδυνεύει από μυελική ανεπάρκεια, επειδή τα αιμοποιητικά κύτταρα αποκαθίστανται από τα αποθέματα του μυελού, ανεξάρτητα από το πόσα λαμβάνονται από το μυελό ή το αίμα.

Ωστόσο, η διαδικασία συλλογής για τα μοσχεύματα μυελού των οστών οδηγεί περιστασιακά σε μικρές επιπλοκές. Η πιο συχνή επιπλοκή είναι ο πόνος στο σημείο της συλλογής, ο οποίος μπορεί να αντιμετωπιστεί με παυσίπονα που δεν κυκλοφορούν στο φαρμακείο και συχνά υποχωρεί σε διάστημα μίας έως δύο εβδομάδων. Μετά από μία εβδομάδα, ο δότης συχνά επιστρέφει στη δουλειά του. Οι κίνδυνοι που σχετίζονται με τη συλλογή περιφερικών κυττάρων (αίμα) είναι ελάχιστοι. Τα κοινά συμπτώματα κρυολογήματος (πονοκέφαλος, βουλωμένη μύτη και πόνοι στα οστά) είναι η πιο συχνή παρενέργεια του αυξητικού παράγοντα G-CSF, ο οποίος χορηγείται στον δότη πριν από τη

συλλογή. Υπάρχουν για όσο διαρκεί η θεραπεία με τον GCSF και εξαφανίζονται με τα παυσίπονα που χορηγούνται χωρίς συνταγή (EOM, 2013).

Κεφάλαιο 3ο : Βιοηθική

3.1 Βιοηθικά ζητήματα

Οι μεταμοσχεύσεις εγείρουν διάφορα ηθικά και δεοντολογικά ζητήματα που είναι δύσκολο να επιλυθούν ακριβώς επειδή αφορούν τόσο ευαίσθητες ιδέες όπως η ζωή, ο θάνατος, η ανθρώπινη αυτονομία, ο έλεγχος του σώματός μας κ.λπ. Επομένως, σε αυτό το περιβάλλον, οι κοινότητες καλούνται να δώσουν πολύπλοκες απαντήσεις και να κάνουν εξαιρετικά λεπτές προσαρμογές για να διασφαλίσουν τον σεβασμό των ανθρώπων, την προστασία του δικαιώματός τους στην υγεία και τη ζωή και τη διατήρηση της ευαίσθητης ισορροπίας των ανθρώπινων σχέσεων (Κωστάκης, 2004).

3.2 Το έλλειμμα οργάνων προς μεταμόσχευση

Η ζήτηση για μεταμοσχεύσιμα όργανα έχει αυξηθεί ραγδαία σε όλο τον κόσμο ως αποτέλεσμα της αύξησης των ποσοστών οργανικής ανεπάρκειας καθώς και της επιτυχίας και της συνεχούς εξέλιξης των αποτελεσμάτων των μεταμοσχεύσεων. Ως αποτέλεσμα, τόσο ο αριθμός των ασθενών στις λίστες αναμονής όσο και ο αριθμός των ασθενών που πεθαίνουν ενώ βρίσκονται σε αυτές έχει αυξηθεί σημαντικά (Κωστάκης, 2004). Σύμφωνα με τον Abouna, έχει αποδειχθεί ότι ορισμένες διαδικασίες και προσεγγίσεις προσφέρουν εφικτές και αποτελεσματικές απαντήσεις σε αυτό το δίλημμα. Μεταξύ αυτών είναι η εφαρμογή κατάλληλων εκπαιδευτικών προγραμμάτων για το ευρύ κοινό και το προσωπικό των νοσοκομείων σχετικά με τη σημασία και τα πλεονεκτήματα της δωρεάς οργάνων, η κατάλληλη χρήση των δοτών που δεν πληρούν τα κριτήρια, η αποδοχή της δωρεάς οργάνων σε ζευγάρια, η αποδοχή της έννοιας της εικαζόμενης συναίνεσης, η εφαρμογή ενός συστήματος ανταμοιβής για την οικογένεια του θανόντος δότη καθώς και για τις συνθήκες διαβίωσης του δότη και η ανάπτυξη ενός συστήματος αλτρουιστικού δ (Abouna, 2008).

Τα τελευταία χρόνια προσφέρονται σε λίστες αναμονής όργανα από αποβιώσαντες δότες με κλινικούς παράγοντες κινδύνου (όπως υπέρταση, προχωρημένη ηλικία κ.λπ.), γνωστοί και ως δότες με διευρυμένα κριτήρια, σε μια προσπάθεια να μειωθεί η περίοδος αναμονής. Οι υποψήφιοι λήπτες θα πρέπει να ενημερώνονται για τους πιθανούς κινδύνους και τα οφέλη μιας τέτοιας μεταμόσχευσης λόγω των ανισοτήτων στην ποιότητα των οργάνων, της ασάφειας όσον αφορά την εξέλιξη και τα αποτελέσματα και της ενθάρρυνσης της αυτονομίας (Voo et al., 2009). Τέτοια όργανα έχουν διερευνηθεί για τη δυνατότητά τους να διπλασιάσουν τον όγκο των μεταμοσχεύσεων, να προσφέρουν άμεσα αποτελέσματα και να λειτουργούν παρόμοια με τα όργανα που ανταποκρίνονται στις παραδοσιακές απαιτήσεις (Stratta et al., 2004). Για παράδειγμα, έρευνες έχουν δείξει ότι άτομα με διάφορες παθήσεις (όπως ο διαβήτης) και μακρές λίστες αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού είναι πιθανότερο να αποκτήσουν τέτοιους νεφρούς παρά να συνεχίσουν να υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (Pascual et al., 2008).

3.3 Ενημέρωση και συναίνεση δότη & λήπτη - Αρχή της Ενημέρωσης

Η έννοια του καθήκοντος προκήρυξης εισάγεται για πρώτη φορά στο άρθρο 7. Η έμφαση αυτού του κειμένου δίνεται στην ενημέρωση: 1. των ζώντων ανθρώπων που θέλουν να δωρίσουν τα όργανά τους- 2. των γονέων ενός νεαρού παιδιού που έχει πεθάνει- 3. όλων εκείνων που θέλουν λεπτομερή γνώση για το θέμα αυτό. Δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην ουσία του θέματος και στον τρόπο παρουσίασης των δεδομένων. Σε όσους επιθυμούν να δωρίσουν τα όργανά τους και σε όσους έχουν τη γονική μέριμνα ενός αποβιώσαντος ανηλίκου, πρέπει να δοθούν πλήρεις, κατανοητές και αντικειμενικές πληροφορίες με διακριτικό τρόπο, σεβόμενοι την ελευθερία, την προσωπικότητα και τις θρησκευτικές, κοινωνικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις του ατόμου. Η ενημέρωση πρέπει, ιδίως, να περιγράφει τη φύση της διαδικασίας αφαίρεσης οργάνων, την προετοιμασία που απαιτείται από τον δότη, τη διαδικασία και το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την αποκατάσταση της υγείας του δότη, τους ενδεχόμενους κινδύνους για τη ζωή ή την υγεία του δότη και, σε κάθε περίπτωση, την αναγκαιότητα της δωρεάς και τα πλεονεκτήματα της μεταμόσχευσης για τον λήπτη (άρθρο 7).

Επιπροσθέτως, διασφαλίζει ότι τηρείται η απαίτηση της βασικής πληροφόρησης και ότι το περιεχόμενό της είναι κατανοητό, απαιτώντας από τον επιζώντα δότη και τους συναινούντες κηδεμόνες του νεκρού ανηλίκου δότη να υπογράψουν συγκεκριμένο έντυπο πληροφόρησης, αντίγραφο του οποίου φυλάσσεται στον ιατρικό φάκελο. Ο νόμος 3418/2005 ορίζει την υποχρέωση ειλικρίνειας του γιατρού έναντι του ασθενούς στην παράγραφο 1 του άρθρου 11 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Ο ασθενής πρέπει να λαμβάνει σαφείς και κατανοητές πληροφορίες από τον ιατρό σχετικά με την τρέχουσα κατάσταση της υγείας του, τη φύση και τα αναμενόμενα αποτελέσματα της θεραπείας αποκατάστασης, τους πιθανούς κινδύνους, τις διαθέσιμες εναλλακτικές λύσεις και την απαιτούμενη διάρκεια της αποκατάστασής του. Στόχος της πληροφόρησης είναι να δώσει στον ασθενή τη δυνατότητα να λάβει αποφάσεις με βάση την πλήρη επίγνωση της υγείας του και πρέπει να παρέχεται με ιδιαίτερη προσοχή σε περιπτώσεις μεταμόσχευσης (άρθρο 11 παράγραφος 3 του νόμου 3418/2005).

Σύμφωνα με το άρθρο 32 του νόμου 3418/2005, το οποίο ορίζει ότι ο γιατρός αναμένεται να προσφέρει ορθή πληροφόρηση και οφείλει να το πράττει, παραδίδονται οι απαραίτητες πληροφορίες σύμφωνα με τα άρθρα 7 και 11 των νόμων 3984/2011 και 3418/2005.

Η μεταμόσχευση ζώντων οργάνων είναι μια μη θεραπευτική ιατρική διαδικασία που έχει αυστηρότερες απαιτήσεις για έγκυρη συγκατάθεση. Η εκπαίδευση του δότη, η κατανόηση της σημασίας της πράξης και ο χειρισμός του άγχους της απώλειας ενός αγαπημένου προσώπου τυγχάνουν ιδιαίτερης προσοχής προκειμένου να τον βοηθήσουν να λάβει τη σωστή απόφαση (Βάρκα-Αδάμη και Αδάμης, 2007). Η έλλειψη κατανόησης σχετικά με τη μεταμόσχευση αναφέρθηκε ως βασικό ζήτημα κατά τη διάρκεια μιας ημερίδας εργασίας του 2011 σχετικά με τον νέο νόμο. Ο Γιαννόπουλος (2011) προτείνει ότι οι πρωτοβουλίες που αναπτύσσονται από επιστημονικές ενώσεις, γιατρούς και μη κυβερνητικές οργανώσεις θα πρέπει να υλοποιηθούν μέσω της τηλεόρασης, προκειμένου να ξεπεραστεί η έλλειψη κατανόησης της έννοιας και των πτυχών της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης (Διαμαντίδης, 2011).

Σύμφωνα με το άρθρο 7 παράγραφος 4, ο Εθνικός Οργανισμός Μεταμοσχεύσεων θα πρέπει να οριστεί επίσημα και να του χορηγηθεί η εξουσία να διεξάγει εκστρατείες δημόσιας εκπαίδευσης σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση. Παρόμοια εξουσία για την παροχή πληροφοριών σχετικά με το θέμα αυτό μπορεί να παραχωρηθεί σε άλλα υπουργεία, συμπεριλαμβανομένων των υπουργείων Εθνικής Άμυνας και Παιδείας, καθώς και σε άλλους οργανισμούς, όπως η Εκκλησία της Ελλάδος, μετά από εισήγηση του αρμόδιου υπουργού. Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 7 παράγραφος 3, ο καθένας έχει το δικαίωμα πρόσβασης σε λεπτομερείς πληροφορίες σχετικά με τη δωρεά οργάνων και τη μεταμόσχευση από επαγγελματίες του ιατρικού τομέα, οργανώσεις αφαίρεσης, μονάδες μεταμόσχευσης, συντονιστές μεταμοσχεύσεων και τον εθνικό οργανισμό μεταμοσχεύσεων. Δεδομένου ότι η πληροφόρηση, και ιδίως η πλήρης, αντικειμενική και κατανοητή πληροφόρηση, συμβάλλει στη διαμόρφωση της ελεύθερης βούλησης των ανθρώπων και εν συνεχεία στην ελευθερία επιλογής τους, η προτεινόμενη αυστηρή και εξαντλητική ρύθμιση όσον αφορά την υποχρέωση πληροφόρησης είναι αναγκαία ενόψει της διερεύνησης του κύκλου των δυνητικών ζώντων δοτών και της θέσπισης του κανόνα της μη εναντίωσης στη μεταθανάτια δωρεά οργάνων (αιτιολογική έκθεση του ν. 3984/2011).

Εκδήλωση του δικαιώματος αυτονομίας και αυτοδιάθεσης του ασθενούς, το οποίο προστατεύεται από το Σύνταγμα, τις διεθνείς συνθήκες (συμπεριλαμβανομένων των 62) και τους κοινούς νόμους, είναι η έγκριση του ασθενούς για οποιαδήποτε ιατρική διαδικασία. Όμως, για να είναι νόμιμη η συγκατάθεση, ο ασθενής πρέπει να έχει ενημερωθεί εκ των προτέρων για τη φύση και τους πιθανούς κινδύνους της συγκεκριμένης ιατρικής διαδικασίας (Βάρκα-Αδάμη, Αδάμης, 2008).

Ενημέρωση του υποψήφιου δότη και λήπτη

Είναι προφανές ότι ο υποψήφιος δότης πρέπει να λάβει ιδιαίτερη προσοχή κατά την ενημέρωσή του, προκειμένου να εκτιμήσει τη σοβαρότητα της διαδικασίας και να σταθμίσει τις συνέπειές της για τη μελλοντική του υγεία, καθώς και να αποτρέψει την ψυχολογική οδύνη που προκαλεί η πιθανή απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Θα είναι σε θέση να διακηρύξει την ενημερωμένη, ελεύθερη, εύκολη και πρόθυμη συγκατάθεσή του μόνο με αυτόν τον τρόπο, την οποία θεωρεί ότι είναι η σωστή αμετάκλητη απόφαση (Βάρκα-Αδάμη, Αδάμης, 2008). Οι κλινικοί ιατροί έχουν ηθική ευθύνη να υποστηρίξουν τις προσπάθειες σεβασμού των αιτημάτων όσων επιλέγουν να δωρίσουν τα όργανά τους (Truog, 2008). Φυσικά, είναι σημαντικό να λαμβάνεται υπόψη το δικαίωμα του υποψήφιου λήπτη στην ενημέρωση. Μετά την έγκαιρη συγκατάθεση του λήπτη, αφαιρείται ένα όργανο. Δεν αποκλείεται ο λήπτης να αρνηθεί την προσφορά μεταμόσχευσης από στενό συγγενικό του πρόσωπο (Varka-Adami, Adamis, 2008).

3.4 Αρχή της απαγόρευσης ανταλλάγματος

Το άρθρο 5 του νόμου αριθ. 3984/2011 εξετάζει το σκεπτικό του περιορισμού της περισυλλογής. Τονίζεται ότι η δωρεά οργάνων είναι εθελοντική και δεν επιτρέπεται να πληρώνεται, είτε προέρχεται από πτωματικούς είτε από ζωντανούς δότες. Ο νόμος απαγορεύει κάθε οικονομικό αντάλλαγμα από τον λήπτη οργάνων ή την οικογένειά του, καθώς και κάθε οικονομική συναλλαγή μεταξύ τους ή με τη μεσολάβηση τρίτων πριν ή κατά τη διάρκεια της μεταμόσχευσης, προκειμένου να διασφαλιστεί ο μη κερδοσκοπικός χαρακτήρας της δωρεάς οργάνων. Η απαγόρευση αυτή επεκτείνεται στον δότη, στην οικογένειά του και στην ιατρική ομάδα που συμμετέχει στη μεταμόσχευση. Ο νόμος υποδηλώνει την επιδίωξη της πολιτείας να απαγορεύσει ρητά το εμπόριο μοσχευμάτων, τα οποία δεν μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο οικονομικής συναλλαγής, καθιερώνοντας την απαγόρευση της οικονομικής αντιπαροχής ως γενική αρχή της δωρεάς και μεταμόσχευσης οργάνων (Λιντέρης, 2004). Η αντίληψη ότι οι μεταμοσχεύσεις πρέπει να γίνονται χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι προτιμήσεις του λήπτη δημιουργήθηκε με τον νόμο 2737/1999.

Σε αντίθεση με τη νομοθεσία 3984/2011, η οποία απαγόρευε μόνο τα χρηματικά πλεονεκτήματα, ο νόμος αυτός απαγόρευε επίσης κάθε υλικό ή ηθικό όφελος που θα

μπορούσε να αυξήσει την ποιότητα ζωής ενός ατόμου, συμπεριλαμβανομένης της ακίνητης περιουσίας ή μιας προαγωγής, ακόμη και αν δεν συνοδεύονταν από χρηματικά οφέλη (Νούσκαλη, x.x.). Η Σύμβαση του Οβιέδο, όπως κυρώθηκε με τον νόμο 2619/1998, απαγορεύει το οικονομικό όφελος και ορίζει ότι το ανθρώπινο σώμα και τα μέρη του δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για εμπορικό όφελος. Η προαναφερθείσα νομική αρχή συμπεριλήφθηκε στον νόμο 3984/2011 σε πολλά τμήματά του, ο οποίος απαγόρευε μόνο το χρηματικό κέρδος (Καϊάφα-Γκμπάντι, χ.χ.).

Σύμφωνα με τη Nuskali, δεν υπάρχει ορισμός του οικονομικού κέρδους ούτε στον Ποινικό Κώδικα ούτε στον νόμο 3984/2011 για την προστασία των δικαιωμάτων των παιδιών. Σύμφωνα με τον Nuskali (xx), οικονομικό όφελος είναι οτιδήποτε μεταφέρεται από την περιουσία ενός προσώπου σε ένα άλλο χωρίς πληρωμή από τον αποδέκτη του οφέλους και έχει οικονομική αξία, είτε είναι χρηματική είτε μπορεί να αξιολογηθεί ως τέτοια. Τα εμφυτεύματα δεν αποτελούν ποτέ αντικείμενο οποιασδήποτε συναλλαγής και ο περιορισμός ισχύει μόνο για τον τρόπο υπολογισμού των χρημάτων ως πληρωμή. Ακόμη και αν τα επιπλέον πλεονεκτήματα που λαμβάνονται ως αντάλλαγμα δεν αναφέρονται ρητά, είναι ωστόσο παράνομα και παραβιάζουν τους νόμους κατά της εμπορίας ανθρώπων (άρθρο 323Α του Ποινικού Κώδικα). Ωστόσο, ο νομοθέτης εξασφάλισε ότι οι επικοινωνίες που εκφράζουν ευγνωμοσύνη προς τον δωρητή ή το ιατρικό προσωπικό εξαιρούνται από την ποινική εποπτεία με τη χρήση της συγκεκριμένης διατύπωσης. Η απαγόρευση της ανταπόδοσης αποτελεί θεμελιώδη έννοια της δωρεάς οργάνων, η οποία τη μετατρέπει σε πράξη ανθρωπιάς και σύμβολο κοινωνικής αλληλεγγύης. Η εφαρμογή της διασφαλίζει την κοινωνική ισότητα, την ίση μεταχείριση και τις ίσες προοπτικές για τη λήψη μοσχεύματος για όλους τους ανθρώπους, ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική τους θέση (αιτιολογική έκθεση του νόμου 3984/2011).

Για να διασφαλιστεί η τήρηση του περιορισμού κατά της αντιπαροχής, απαγορεύεται στους δυνητικούς λήπτες οργάνων να αποκαλύπτουν την ανάγκη τους. Με τον τρόπο αυτό αποτρέπεται η απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος ή η θεώρηση της ανακοίνωσης ως πρόσκλησης προς τους διαθέσιμους δότες να διακηρύξουν την ετοιμότητά τους για δωρεά, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει το είδος της εμπορικής συναλλαγής που σκοπεύει να ρυθμίσει η νομοθεσία (άρθρο 5). Η έλλειψη μεταμοσχεύσεων ευνοεί την αύξηση των εγκληματικών δραστηριοτήτων στον κλάδο των μεταμοσχεύσεων, καθώς οι λίστες αναμονής για μεταμοσχεύσεις παρατείνονται και οι δεξαμενές δοτών παραμένουν σταθερές (Σερέτης, 2011). Τα οικονομικά μειονεκτούντα υγιή άτομα προστατεύονται από την εκμετάλλευση με

κίνητρο την επιδίωξη οικονομικού κέρδους μέσω της πώλησης οργάνων με την ευρεία ιδέα της απαγόρευσης της οικονομικής αμοιβής και της απαγόρευσης της δήλωσης οποιασδήποτε ανάγκης (Κοσμάτος, 2005).

Η υποχρέωση του γιατρού να αρνείται τις υπηρεσίες, αν θεωρεί ότι η προσφορά κρύβει ή περιλαμβάνει ανταλλάγματα, περιγράφεται στο άρθρο 32 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (νόμος 3418/2005). Η ιδέα της δωρεάν προσφοράς δεν αποκλείει την παροχή αποζημίωσης σε έναν πιθανό ζώντα δότη, υπό την προϋπόθεση ότι δεν παρέχεται στον δότη οικονομικό κίνητρο ή όφελος και ότι η αποζημίωση περιορίζεται αυστηρά στην εξόφληση των εξόδων και των εισοδημάτων που χάνονται λόγω της δωρεάς (άρθρο 6). Στο άρθρο 6 περιγράφονται οι τιμές και οι πληρωμές που δεν μπορούν να θεωρηθούν αντιπαροχή. Η ασφαλιστική εταιρεία του λήπτη ή ένας ειδικός λογαριασμός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης για ανασφάλιστους και οικονομικά μειονεκτούντες λήπτες καλύπτει τα έξοδα αφαίρεσης, συντήρησης, μεταφοράς και μεταμόσχευσης των οργάνων. Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου 3984/2011, οι δαπάνες που σχετίζονται με την ασφαλιστική κάλυψη της μεταμόσχευσης δεν λογίζονται ως αντιπαροχή, όπως ο όρος αυτός ορίζεται στο άρθρο 6.

Ως εκ τούτου, οι δαπάνες που σχετίζονται με τη μεταμόσχευση, όπως τα νοσήλια και τα φάρμακα, δεν υπολογίζονται ως αμοιβή. Όλες οι δαπάνες που σχετίζονται με τον ζώντα δότη περιλαμβάνουν τα έξοδα ταξιδιού και διαμονής του δότη, τις ιατρικές και παραϊατρικές διαδικασίες πριν και μετά την αφαίρεση του οργάνου, τη φαρμακευτική αγωγή, τα υλικά μέσα αποκατάστασης της υγείας, τη νοσηλεία πριν από την αφαίρεση του οργάνου, την πρόσληψη ειδικού νοσηλευτή και κάθε θετική απώλεια από την απουσία από την εργασία. Οι προαναφερόμενες δαπάνες που σχετίζονται με τον νεκρό δότη περιλαμβάνουν, ιδίως, τα έξοδα αποστολής του οργάνου καθώς και τα έξοδα κάθε ιατρικής ή παραϊατρικής διαδικασίας που απαιτείται για την αφαίρεση του οργάνου (άρθρο 6). Στην αιτιολογική έκθεση του νόμου 3984/2011 αναφέρεται ότι η αποζημίωση δεν λαμβάνεται υπόψη όταν χορηγείται στον δότη ή στην οικογένειά του όταν συμβαίνει ιατρικό λάθος κατά την αφαίρεση ενός ή περισσότερων οργάνων και προκαλεί αναπηρία ή θάνατο. Επιπλέον, ο δότης δεν δικαιούται αποζημίωση για τις ζημιές που υπέστη λόγω της μεταμόσχευσης, όπως το διαφυγόν εισόδημα και τα πρόσθετα έξοδα ταξιδιού και διαμονής (Nuskali, n.d.). Η καταβολή αποζημίωσης δικαιολογείται ως δικαιολογημένη αποζημίωση για τους ενδεχόμενους κινδύνους του δότη και ως προφύλαξη από τη διαδικασία που αποτρέπει τους μελλοντικούς δότες.

3.5 Αφαίρεση Οργάνων

Η αδυναμία ταυτοποίησης των λεγόμενων υποψήφιων δοτών ήταν χαρακτηριστικό του συστήματος μεταμοσχεύσεων πριν από το 2011, ιδίως σε περιπτώσεις εγκεφαλικής βλάβης που προέκυπτε από τροχαίο ατύχημα, όπου δεν υπήρχε κανένα σημάδι νευρολογικής δραστηριότητας, επομένως τα άτομα ήταν πιθανότατα εγκεφαλικά νεκρά (Αλιβιζάτος, 2011). Ο δεύτερος και ο τέταρτος βαθμός συγγένειας περιλαμβάνονται πλέον στη διεύρυνση του νόμου 3894/2011 για τη διεύρυνση της δεξαμενής των υποψήφιων ζώντων δοτών για μη συγγενείς μεταμοσχεύσεις. Η ιδέα των ζώντων δοτών διευρύνεται ώστε να περιλαμβάνει τόσο άτομα με τα οποία ο ασθενής τα πάει καλά όσο και άτομα με τα οποία αισθάνεται συναισθηματικά συνδεδεμένος.

Ο Σερέτης (2011) αμφισβητεί κατά πόσον οι τελευταίοι αυτοί θα πρέπει να αποτελούν επιλογή στο πλαίσιο του υφιστάμενου νομικού συστήματος σε σχέση με τους τελευταίους. Ωστόσο, ο Βλαχογιάννης (2011), εκπρόσωπος του ΕΟΜ, πιστεύει ότι η εμπορευματοποίηση των οργάνων θα προκύψει από τη νομιμοποίηση του συναισθηματικού δεσμού, αν και αποδέχεται τη διεύρυνση του κύκλου των δυνητικών δοτών ώστε να συμπεριλάβει περισσότερους βαθμούς συγγένειας από τον πρώτο βαθμό της προηγούμενης νομοθεσίας 3984/2011. Υποστηρίζει ότι οι πτωματικές μεταμοσχεύσεις αποτελούν τη μοναδική επιλογή για άτομα με καρδιακή, ηπατική ή πνευμονική ανεπάρκεια και ότι η δωρεά και μεταμόσχευση ζώντων οργάνων ενδείκνυται μόνο για μεταμοσχεύσεις νεφρών. Το γεγονός ότι οι ζωντανές μεταμοσχεύσεις υπερτερούν έναντι των πτωματικών μεταμοσχεύσεων με αναλογία μεγαλύτερη από δύο προς ένα είναι μια καθοριστική πτυχή των μεταμοσχεύσεων νεφρού.

3.6 Αφαίρεση Οργάνων από ζώντα δότη

Η αφαίρεση οργάνου από ζώντα δότη ελέγχεται από το άρθρο 8 παράγραφος 1 του νόμου αριθ. 3894/2011. Ο δότης πρέπει να είναι ενήλικος, ενήλικος, χωρίς νόμιμη εκπροσώπηση, να έχει ενημερωθεί σύμφωνα με το άρθρο 7 και να έχει δώσει εν επιγνώσει την άδεια, η οποία καταγράφεται στον ιατρικό φάκελο του δότη και είναι πάντα αναστρέψιμη, προκειμένου να του αφαιρεθούν τα όργανά του. Η υπογραφή του δότη εμφανίζεται στην

άδεια, η οποία μπορεί να είναι συμβολαιογραφικό ή μη συμβολαιογραφικό έγγραφο (άρθρο 8).

Ο κατάλογος των δυνητικών δότην διευρύνεται με το άρθρο 8 και περιλαμβάνει: 1. τον σύζυγο, 2. τον σύντροφο σε σύμφωνο συμβίωσης με διάρκεια τουλάχιστον τριών ετών, 3. τον συγγενή μέχρι τον τέταρτο βαθμό συγγένειας, είτε σε ευθεία είτε σε πλάγια γραμμή, 4. τον συγγενή μέχρι τον δεύτερο βαθμό συγγένειας και 5. κάθε άτομο με το οποίο ο ασθενής έχει προσωπική και συναισθηματική σχέση. Σε αυτή την περίπτωση (περίπτωση 5), απαιτείται έγκριση από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων (ΕΟΜ) βάσει της σύστασης άμισθης συμβουλευτικής επιτροπής, η οποία, αφού λάβει τη συγκατάθεση του δότη και του λήπτη, αξιολογεί και επαληθεύει όλες τις προσωπικές πληροφορίες τους, συμπεριλαμβανομένων ενδεικτικά των ρυθμίσεων διαβίωσης, των κοινωνικών σχέσεων, της απασχόλησης, της ιατρικής, κοινωνικής και υγειονομικής κατάστασης κ.λπ.

3.7 Αφαίρεση Οργάνων από θανόντα δότη

Το άρθρο 9 περιγράφει τον κανόνα συναίνεσης για την αφαίρεση οργάνων από νεκρό δότη. Εάν ο νεκρός ήταν ανήλικος, η συγκατάθεση πρέπει να παρέχεται από τους γονείς που ασκούν τη γονική μέριμνα ή, εάν δεν υπάρχουν γονείς ή έχουν παραιτηθεί από τη γονική μέριμνα, από τον κηδεμόνα. Η έγκριση μπορεί να παρέχεται είτε εγγράφως, με επικύρωση, είτε προφορικά. Στην περίπτωση αυτή, η πληροφορία καταγράφεται σε ξεχωριστό μητρώο που τηρείται από τον οργανισμό αφαίρεσης ή τη μονάδα μεταμόσχευσης και υπογράφεται από δύο παρόντες μάρτυρες (Άρθρο 9 παράγραφος 1).

Τα έντυπα συγκατάθεσης φυλάσσονται στον ιατρικό φάκελο του δότη. Η προηγούμενη εκδοχή της παραγράφου 2 όριζε ότι εάν ο νεκρός ήταν ενήλικος, τα όργανα αφαιρούνταν όχι εάν ο αποθανών δήλωσε ρητά ότι επιθυμούσε να γίνει δωρητής οργάνων μετά θάνατον, αλλά εάν δεν είχε αντιταχθεί στη δωρεά οργάνων όσο ζούσε. Η δήλωση εναντίωσης στη δωρεά οργάνων πρέπει να κατατίθεται προς έγκριση στον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων, όπου θα τηρείται αρχείο καταχώρισης των δηλώσεων των ατόμων που εναντιώθηκαν στην αφαίρεση των οργάνων τους μετά θάνατον.

Τονίστηκε ότι οι πληροφορίες που περιέχονται είναι απόρρητες και ότι τα δεδομένα των ατόμων που δεν επιθυμούν να δοθούν τα όργανά τους μετά θάνατον εμπίπτουν στις κατευθυντήριες γραμμές του νόμου αριθ. 2472/1997 για την προστασία του ατόμου από την

επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Δεν υπήρχε καθορισμένος τύπος για τη δήλωση. Αρκούσε να εκφράζεται ο στόχος του συγγραφέα με τρόπο προφανή, απεριόριστο και ξεκάθαρο. Η δήλωση μπορούσε να ανατραπεί εξίσου εύκολα όπως και η ανάκληση της ένστασης. Η έννοια της τεκμαιρόμενης συναίνεσης καθιερώνεται σε αυτό το μέρος, διαχωρίζοντας το νομικό σύστημα από το προϋπάρχον καθεστώς του.

Προκειμένου να διασφαλιστεί η ενημέρωση των πολιτών σχετικά με την έννοια της τεκμαιρόμενης συναίνεσης, την αξία της αφαίρεσης οργάνων για τον λήπτη και τη σημασία της δωρεάς χωρίς τη ρητή συναίνεση του θανόντος ή της οικογένειάς του, κατά τη διάρκεια της μεταβατικής περιόδου, η παράγραφος 2 του νόμου 3894/2011, η οποία όριζε ότι όποιος δεν αντιτίθεται ρητά είναι δωρητής οργάνων θανόντος, προέβλεπε μεταβατική περίοδο εφαρμογής και θα εφαρμοζόταν από την 1η Ιανουαρίου 2013. Καθώς ο νόμος 3894/2011 ήταν βέβαιο ότι θα αντιμετώπιζε αντιδράσεις, *imp* (Σερέτης, 2011). Λόγω της δυσπιστίας της κοινής γνώμης προς το ιατρικό σύστημα και της ανησυχίας ότι η νομοθετική ρύθμιση της τεκμαιρόμενης συναίνεσης θα επιτάχυνε τους θανάτους των ασθενών προκειμένου να διασφαλιστεί η διαθεσιμότητα και το απόθεμα οργάνων για μεταμόσχευση, απαιτήθηκε ενημέρωση για τον τρόπο εφαρμογής της διάταξης σχετικά με την αφαίρεση οργάνων μετά θάνατον βάσει της τεκμαιρόμενης συναίνεσης και την ύπαρξη μεταβατικής περιόδου για την εφαρμογή της. Ως πρόεδρος της Ε.Ο.Μ., ο Βλαχογιάννης (2011) εκφράζει την αντίθεση της οργάνωσης στην τεκμαιρόμενη συναίνεση και υποστηρίζει ότι η συμπερίληψή της στο νόμο όχι μόνο δεν θα επιφέρει την επιθυμητή αλλαγή, αλλά θα βλάψει ουσιαστικά το θεσμό των μεταμοσχεύσεων, καθώς θα εγείρει στο κοινό την υποψία ότι οι μεταμοσχεύσεις συνδέονται με ανήθικες πρακτικές. Ο ΕΟΜ τάχθηκε υπέρ της διατήρησης του υφιστάμενου νομικού πλαισίου, το οποίο απαιτεί την έγκριση των δωρητών ή των συγγενών του θανόντος. Επιπλέον, υποστήριξε ότι ο κανονισμός της ΕΕ δεν περιλαμβάνει τη ρήτρα περί τεκμαιρόμενης συναίνεσης. Η τελευταία δεν απαιτεί ένα συγκεκριμένο είδος άδειας.

Αντιθέτως, δίνει σε κάθε κράτος την ελευθερία να λάβει τη δική του απόφαση (Βλαχογιάννης, 2011). Σε μέρη όπου έχει καθιερωθεί η τεκμαιρόμενη συναίνεση και όπου καλλιεργείται η κοινωνική αλληλεγγύη, τα όργανα για μεταμόσχευση δεν αφαιρούνται χωρίς τη ρητή έγκριση των μελών της οικογένειας του νεκρού (Βιδάλης, 2011). Ως εκ τούτου, απαιτήθηκαν προτάσεις για την εφαρμογή της σιωπηρής συναίνεσης στο νέο νόμο (Σερέτης, 2011).

Η συμπερίληψη της σιωπηρής συναίνεσης στον νόμο βρήκε αντίθετη την Εκκλησία της Ελλάδος. Η Διαρκής Ιερά Σύνοδος αντέδρασε, όπως αναφέρθηκε τότε, ανακαλώντας τον αντιπρόσωπό της από τον Εθνικό Οργανισμό Μεταμοσχεύσεων Οργάνων. Επιπλέον, εξέδωσε εγκύκλιο προς τους Ιερούς Ναούς για να προειδοποιήσει τους πιστούς για την αυξανόμενη αντίθεσή της στη νομοθεσία για τις μεταμοσχεύσεις οργάνων (Το Βήμα, 2011). Αφού υπερασπίστηκε την εγκυρότητα της τεκμαιρόμενης συναίνεσης, ο ΕΟΜ υποσχέθηκε ότι, παρά τη νομική ανάγκη χρήσης της, θα εξακολουθούσε να ζητείται η έγκριση των μελών της οικογένειας του νεκρού για την αφαίρεση των οργάνων του, όπως συμβαίνει σε άλλα ευρωπαϊκά έθνη με ανάλογους νόμους (news247.gr, 2011).

3.8 Αρχή τήρησης Ανωνυμίας & Αρχή της ίσης μεταχείρισης

Το άρθρο 10 επαναλαμβάνει την ιδέα της ανωνυμίας, σύμφωνα με την οποία ούτε ο δικαιούχος ούτε, αντίθετα, η οικογένεια του δικαιούχου γνωρίζει την ταυτότητα του νεκρού δότη. Σύμφωνα με την αιτιολογική έκθεση του νόμου 3984/2011, η ιδέα αυτή είναι ζωτικής σημασίας για την ψυχική υγεία των εμπλεκόμενων ατόμων. Μόνο η επιτυχία της μεταμόσχευσης μπορεί να αναφέρεται. Ο κλινικός ιατρός πρέπει να τηρεί το υψηλότερο επίπεδο εμπιστευτικότητας σχετικά με την ταυτότητα του δότη και του λήπτη σύμφωνα με το άρθρο 32 του Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (νόμος 3418/2005).

Μετά τον θάνατο του δότη, ο επιλεγμένος λήπτης δεν δικαιούται να λάβει όργανο. Ωστόσο, θα πρέπει να τηρείται η καθορισμένη σειρά προτεραιότητας. Ο δέκτης που προτείνεται από τον οργανισμό ή τον δότη οργάνων δεν πρέπει να λαμβάνεται υπόψη. Η ιδέα της ισότιμης μεταχείρισης των υποψήφιων ληπτών υποστηρίζεται από τον περιορισμό στην κατονομασία ενός μόνο ατόμου (επεξηγηματικό σημείωμα του νόμου αριθ. 3984/2011).

Κεφάλαιο 4ο : Τελευταία στατιστικά στοιχεία στην Ελλάδα

Η Ελλάδα διαθέτει πέντε προγράμματα μεταμόσχευσης νεφρών, δύο ενεργά προγράμματα μεταμόσχευσης ήπατος που εκτελούν μεταμοσχεύσεις ήπατος από νεκρό δότη και ένα πρόγραμμα μεταμόσχευσης καρδιάς και πνευμόνων, τα οποία είναι όλα δημόσια, ενώ δεν έχει εκδοθεί ακόμη άδεια μεταμόσχευσης σε ιδιώτες παρόχους. Επί του παρόντος, δεν

υπάρχουν ενεργά προγράμματα μεταμόσχευσης λεπτού εντέρου και παγκρέατος σε ολόκληρη τη χώρα. Δεν υπάρχει επίσης ένα ειδικό κέντρο παιδιατρικών μεταμοσχεύσεων. Ο Ε.Ο.Τ. είναι υπεύθυνος για την εποπτεία και τον συντονισμό των διαδικασιών δωρεάς οργάνων και μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα και παρέχει εποπτεία για την ανταλλαγή οργάνων μεταξύ της Ελλάδας και άλλων ευρωπαϊκών χωρών. Ο Ε.Ο.Τ. συνεργάζεται με το προσωπικό της ITU για τον έλεγχο της επιλεξιμότητας των δοτών και τον συντονισμό της αξιολόγησης και της κατανομής των οργάνων (Papalois & Mossialos, 2019).

Ο Πίνακας 4.1 αποτυπώνει στοιχεία συγκριτικής αξιολόγησης των υφιστάμενων επιδόσεων του Ελληνικού Συστήματος Δωρεάς Οργάνων και Μεταμοσχεύσεων στη μεταμόσχευση νεφρού σε σύγκριση με τα αντίστοιχα ευρωπαϊκά συστήματα.

| | Population (millions) | Spending € per capita spend on health care | Need Patients on RRT (prevalence pmp, unadjusted) | Outcome Total actual DD (pmp) | Outcome Total kidney Tx (pmp) |
|----------|--------------------------|--|--|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Greece | 11.1 | 1,348 | 1,319 | 5.5 | 16.0 |
| Portugal | 10.3 | 1,695 | 1,965 | 33.7 | 49.9 |
| Croatia | 4.2 | 805 | 1,248 | 32.0 | 32.9 |
| Italy | 60.8 | 2,523 | 1,137 | 23.3 | 36.1 |
| Spain | 47.0 | 2,221 | 1,284 | 49.6 | 73.8 |
| UK | 66.0 | 3,409 | 972 | 24.7 | 54.5 |
| Europe | 789.5 | 2,887 | 854 | 16.9 | 35.5 |

RRT = renal replacement therapy, pmp = per million population, DD = deceased donation, Tx = transplant.

Table 4.1: Ευρωπαϊκά συγκριτικά στοιχεία για τον πληθυσμό, τις δαπάνες υγειονομικής περίθαλψης, τα ποσοστά των ασθενών σε θεραπεία νεφρικής υποκατάστασης, ποσοστά νεκρών δωρητών και μεταμοσχεύσεων νεφρού, 2019. Πηγή: Papalois & Mossialos, 2019

Από την έναρξη της ευρωπαϊκής οικονομικής κρίσης, η δωρεά οργάνων και οι μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα έχουν μειωθεί απότομα, με αποτέλεσμα την αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση. Στην Ελλάδα έχει επίσης αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που αναζητούν μεταμόσχευση στο εξωτερικό, με αποτέλεσμα τα δημόσια κονδύλια για την υγεία να

διοχετεύονται εκτός της χώρας. Τα άτομα που δεν διαθέτουν σημαντικούς ανεξάρτητους οικονομικούς πόρους είναι ιδιαίτερα υποβαθμισμένα(14,15). Οι λόγοι αυτής της κακής επίδοσης είναι πολυπαραγοντικοί και περιλαμβάνουν την έλλειψη ενημέρωσης του κοινού για τη δωρεά οργάνων και την ανεπαρκή σύνδεση του Ε.Ο.Τ. με τα νοσοκομεία-δότες (Papalois & Mossialos, 2019).

Τα μέτρα λιτότητας έχουν οδηγήσει σε περικοπές στον προϋπολογισμό της υγειονομικής περίθαλψης και του Ε.Ο.Τ., με επακόλουθη απώλεια νεκρών δοτών. Ωστόσο, παρόμοιες τάσεις δεν έχουν παρατηρηθεί μεταξύ άλλων μεσογειακών χωρών που έχουν πληγεί από την ύφεση. Η Ισπανία υπήρξε σταθερά πρωτοπόρος στα ποσοστά δωρεάς οργάνων, με την Πορτογαλία να ακολουθεί το ισπανικό μοντέλο για να βελτιώσει σημαντικά τις επιδόσεις της και την Ιταλία να διατηρεί ποσοστά δωρεάς οργάνων πάνω από τον ηπειρωτικό μέσο όρο. Αυτό δείχνει ότι οι κακές επιδόσεις της Ελλάδας δεν οφείλονται αποκλειστικά στην οικονομική ύφεση.

Η επένδυση του Ιδρύματος Ωνάση στο υπερσύγχρονο Εθνικό Κέντρο Μεταμοσχεύσεων Ωνάση (ONTRC), το οποίο βρίσκεται υπό κατασκευή, αποτελεί ένα σημαντικό βήμα προς τα εμπρός για τη δημιουργία μιας εθνικής υποδομής ικανής να διατηρήσει ένα σύστημα δωρεάς και μεταμόσχευσης με υψηλές επιδόσεις και μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην υποστήριξη της βελτίωσης των επιδόσεων σε όλο το σύστημα, για παράδειγμα μέσω της παροχής κατάρτισης, της διασφάλισης ποιότητας και της διεξαγωγής έρευνας. Ωστόσο, όπως έχει ήδη επισημανθεί, θα χρειαστούν ευρείες μεταρρυθμίσεις εάν το ONTRC πρόκειται να γίνει μέρος ενός εθνικού δικτύου αριστείας στη δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων (Papalois & Mossialos, 2019).

Το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση στην Ελλάδα αυξάνεται σταδιακά από τα τέλη της δεκαετίας του 1990(5). Το 2016, το προσδόκιμο ζωής κατά τη γέννηση ήταν περίπου 81,5 έτη, πάνω από το μέσο όρο για χώρες με παρόμοια οικονομικά, οργάνωση και ανάπτυξη(16). Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι η κύρια αιτία θανάτου στον πληθυσμό- τα ποσοστά καπνίσματος και παχυσαρκίας είναι εξαιρετικά υψηλά(5). Η χώρα αντιμετωπίζει σημαντικές δημογραφικές προκλήσεις- κυρίως τη γήρανση του πληθυσμού, τα χαμηλά ποσοστά γονιμότητας και τη μείωση της φυσικής αύξησης του πληθυσμού με την αυξανόμενη μετανάστευση των νεότερων πληθυσμών(5). Η αύξηση του ποσοστού των ηλικιωμένων ή των ασθενών με αδυναμία στο γενικό ελληνικό πληθυσμό σε συνδυασμό με την έλλειψη ενός ολοκληρωμένου σχεδίου για τη μείωση των τροποποιήσιμων παραγόντων κινδύνου είναι

πιθανό να αυξήσει τη συχνότητα εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων τα επόμενα χρόνια (Papalois & Mossialos, 2019).

Προς το παρόν δεν υπάρχουν στοιχεία για τον προσδιορισμό του επιπολασμού της Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (XNN) στον ελληνικό πληθυσμό. Το 2014, ο Κωνσταντίνος Σόμπολος και συν. σε πολυκεντρική διατομεακή μελέτη τους διαπίστωσαν ότι οι τρεις συχνότερες αιτίες XNN στον ελληνικό πληθυσμό ήταν: η διαβητική νεφροπάθεια (29,7%), η υπερτασική αγγειακή νόσος (25,3%) και οι σπειραματικές παθήσεις (16,3%). Οι συγγραφείς τόνισαν ότι η έλλειψη ελέγχου για τη XNN στο γενικό πληθυσμό και η έλλειψη κατευθυντήριων γραμμών συναίνεσης για την παραπομπή στην τριτοβάθμια περίθαλψη καθυστερούν περαιτέρω τη διάγνωση και τη διαχείριση της νόσου (Papalois & Mossialos, 2019).

Αντίθετα, ο επιπολασμός και η ετήσια επίπτωση της νεφρικής νόσου τελικού σταδίου (NNS) παρακολουθούνται καλά στη χώρα. Η Εθνική Ρυθμιστική Επιτροπή Συντονισμού Νεφρικών Μεταμοσχεύσεων (YSE) είναι υπεύθυνη για την τήρηση μητρώου για όλους τους ασθενείς που υποβάλλονται σε ETA και την υποβολή των δεδομένων στην Ευρωπαϊκή Ομάδα ERA-EDTA. Το 2017, υπήρχαν 14.785 ασθενείς με ΕΕΑΑ σε ΕΡΤ στη χώρα. Αυτό αντιστοιχεί σε 1.319 ασθενείς pmp. Αυτό είναι πολύ πάνω από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 854 ασθενών pmp (Papalois & Mossialos, 2019).

Επιπλέον, η ετήσια επίπτωση της ΕΣΔΑ στη χώρα είναι διπλάσια του ευρωπαϊκού μέσου όρου. Για παράδειγμα, κατά τη διάρκεια του 2017, 2.712 ασθενείς, ή 252 ασθενείς pmp, ξεκίνησαν RRT σε σύγκριση με τον ευρωπαϊκό μέσο όρο των 127 ασθενών pmp(18). Τα δημογραφικά στοιχεία του πληθυσμού που πάσχει είναι επίσης ανησυχητικά. Οι ασθενείς με ERSD είναι στην πλειονότητά τους άνδρες (64,8%). Η μέση ηλικία (σε έτη, μέσος όρος \pm τυπική απόκλιση) των ασθενών με ERSD είναι 65,5 \pm 15,5 έτη(18). Το 2017 υπήρχαν στη χώρα 1.615 ασθενείς με ΕΕΣΥΠ ηλικίας: 0-44 ετών, 4.760 ηλικίας: 45-64- 3.597 ασθενείς ηλικίας: 65-74- και 4.211 ασθενείς ηλικίας άνω των 75 ετών(18). Το ίδιο έτος, το 54% των ασθενών ηλικίας: 0-44 ετών έλαβαν θεραπεία αιμοκάθαρσης. Τα αντίστοιχα ποσοστά για τις ηλικιακές ομάδες: 45-64, 65-74 και άνω των 75 ετών ήταν 73%, 86% και 97% αντίστοιχα. Οι υπόλοιποι ασθενείς αυτών των ηλικιακών ομάδων υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση (Papalois & Mossialos, 2019).

Η ηπατική νόσος είναι ένας ευρύς όρος που περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα υποκείμενων παθολογιών, όπως η αλκοολική ηπατική νόσος, η μη αλκοολική

στεατοηπατίτιδα (NASH), η ιογενής ηπατίτιδα, η αυτοάνοση ηπατίτιδα, η ηπατίτιδα που οφείλεται σε άλλα αίτια (αλκοόλ, φάρμακα κ.λπ.), η πρωτοπαθής σκληρυντική χολαγγειίτιδα, οι όγκοι του ήπατος, οι μεταβολικές νόσοι (νόσος Wilson, αιμοχρωμάτωση), η πρωτοπαθής χολική κίρρωση και η κίρρωση του ήπατος που οφείλεται σε διάφορα άλλα αίτια. Σύμφωνα με επιδημιολογικά στοιχεία του 2014, στην Ελλάδα, η ηπατική νόσος προσβάλλει περίπου 60 ασθενείς ανά μήνα. Το ποσοστό αυτό είναι χαμηλότερο από τον ευρωπαϊκό μέσο όρο για όλες τις αιτίες. Ο σχετικός τυποποιημένος δείκτης θνησιμότητας στη χώρα είναι επτά θάνατοι ανά 100.000 πληθυσμού και έχει πτωτική τάση. Η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η μείωση των ποσοστών παχυσαρκίας και η πρόληψη της μετάδοσης της ιογενούς ηπατίτιδας μπορούν να μειώσουν περαιτέρω τη συχνότητα εμφάνισης της νόσου στη χώρα (Papalois & Mossialos, 2019).

Στις 31 Δεκεμβρίου 2019, υπήρχαν 1.351 ασθενείς στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού(32). Ο διάμεσος χρόνος αναμονής για μεταμόσχευση νεφρού στη χώρα ήταν 8,8 έτη(32). Ο χρόνος αυτός κυμαινόταν μεταξύ ενός έτους κατ' ελάχιστο και 20 ετών κατ' ανώτατο όριο(32). Υπήρχαν επίσης 166 ασθενείς στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση ήπατος και 42 ασθενείς σε αναμονή για μεταμόσχευση καρδιάς.

Ο νόμος 4512/2018 είναι το τελευταίο εκτενές νομοθετικό έγγραφο στον τομέα της πολιτικής συναίνεσης για τη δωρεά οργάνων. Με αυτό εισάγεται εκ νέου η πολιτική συναίνεσης opt-in στην Ελλάδα - μια σημαντική αλλαγή σε σχέση με την προηγούμενη πολιτική opt-out που εισήχθη με τον ν. 3984/2011. Στον τομέα της δωρεάς οργάνων εν ζωή, οι ενήλικοι με δικαιοπρακτική ικανότητα είναι σε θέση να παρέχουν τη συγκατάθεσή τους για δωρεά οργάνων μετά από ενημέρωση και να την ανακαλέσουν ανά πάσα στιγμή. Επιτρέπονται οι δωρεές από συγγενείς (έως και συγγενείς τέταρτου βαθμού).

Οι μη συγγενικές δωρεές υπόκεινται σε έγκριση από επιτροπή αποτελούμενη από ένα μέλος του Ε.Ο.Τ., έναν δικαστή, έναν ψυχίατρο και έναν υπεύθυνο κοινωνικών υπηρεσιών. εν επιτρέπονται οι δωρεές ζώντων οργάνων από παιδιά. Όσον αφορά τη δωρεά από θανόντα υπάρχουν δύο διαφορετικές πρακτικές συναίνεσης:

1. Παρουσία κάρτας δωρητή. Σε αυτή την περίπτωση οι ενήλικες με ικανότητα δηλώνουν στον Ε.Ο.Τ. τη συγκατάθεσή τους μετά από ενημέρωση για δωρεά οργάνων μετά θάνατον. Αυτό αναφέρεται σε συγκεκριμένα όργανα, τα οποία προσδιορίζονται από τον δυνητικό δότη. Αυτή η δήλωση συγκατάθεσης μπορεί να ανακληθεί ανά πάσα στιγμή (πολιτική opt-in).

2. Οικογενειακή συναίνεση και έλλειψη καταγεγραμμένης αντίρρησης. Αυτό αναφέρεται στην παροχή οικογενειακής συγκατάθεσης για εγκεφαλικά νεκρούς συγγενείς (που δεν έχουν δηλώσει απροθυμία προς δωρεά οργάνων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους) και για δωρεά οργάνων σε αποβιώσαντα παιδιά (από τους γονείς/άτομα που έχουν τα νόμιμα δικαιώματα επιμέλειας).

Στην πράξη, σε περιπτώσεις δωρεάς οργάνων που σχετίζονται με ζώντες, η γραπτή συγκατάθεση μετά από ενημέρωση θεωρείται επαρκής προκειμένου να προχωρήσει η λήψη και μεταμόσχευση οργάνων. Στις μη συγγενείς δωρεές, υπάρχουν εκτεταμένες διαδικασίες επεξεργασίας και επιθεωρήσεις πριν εγκριθεί η συγκατάθεση του ατόμου μετά από ενημέρωση και εγκριθεί η διαδικασία δωρεάς/μεταμόσχευσης οργάνων. Στην περίπτωση δωρεάς DBD, η απόφαση για την ανάκτηση λαμβάνεται μόνο μετά από γραπτή συγκατάθεση μετά από ενημέρωση από την οικογένεια του δυνητικού δότη DBD (Papalois & Mossialos, 2019).

Στην Ελλάδα, υπάρχει εθνικό μητρώο δωρητών οργάνων. Το μητρώο αυτό πιστοποιείται, διαχειρίζεται και ενημερώνεται από τον Ε.Ο.Τ. Το εν λόγω μητρώο περιλαμβάνει όλα τα άτομα που έχουν δηλώσει (και δεν έχουν αποσύρει) την επιθυμία τους για δωρεά οργάνων στον Ε.Ο.Τ. Μετά την καταχώρισή τους στο μητρώο, οι δυνητικοί δότες λαμβάνουν θετική ταυτότητα δότη. Το μητρώο περιλαμβάνει επίσης τους δότες DBD όπου η συγκατάθεση παρέχεται από την οικογένεια. Οι καταχωρίσεις δεδομένων στο μητρώο πριν από την έναρξη της διαδικασίας δωρεάς είναι ελάχιστες. Αυτά τα ευαίσθητα δεδομένα προστατεύονται από τον Ε.Ο.Τ. και δεν μπορούν να έχουν πρόσβαση σε αυτά τρίτοι. Μόλις ξεκινήσει η διαδικασία δωρεάς οργάνων, οι καταχωρίσεις δεδομένων στο μητρώο περιλαμβάνουν (στοιχεία που παρέχονται από τον Ε.Ο.Τ.) :

1. Γεωγραφικές πληροφορίες δωρητή/νοσοκομείου.
2. Όργανα που οι δότες/οικογένεια έχουν συναινέσει να δωρίσουν.
3. Δημογραφικά και σωματομετρικά στοιχεία του δότη.
4. Ιατρικό ιστορικό, κλινική πορεία και σχετικά στοιχεία, χρόνος και συνθήκες θανάτου.
5. Αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων (συμπεριλαμβανομένης της ιστοσυμβατότητας και της κατάστασης μεταδοτικών ασθενειών, π.χ. HIV, HCV).

6. Σχετικές εξετάσεις και εκθέσεις (υπερηχοκαρδιογράφημα, υπερηχογράφημα κοιλίας, βρογχοσκόπηση κ.λπ.). Τα δεδομένα αυτά εισάγονται στον Ε.Ο.Τ. μέσω φαξ από τα τοπικά νοσοκομεία.

Τα δεδομένα δεν είναι εύκολα ανιχνεύσιμα ή προσβάσιμα από τις ομάδες ανάκτησης οργάνων/τα κέντρα μεταμοσχεύσεων. Είναι κοινή πρακτική οι εκπρόσωποι των κέντρων μεταμοσχεύσεων να μεταβαίνουν στο νοσοκομείο των δυνητικών δοτών για να αξιολογήσουν την καταλληλότητα των δοτών. Παράλληλα με το εθνικό μητρώο δωρητών, ο Ε.Ο.Τ. διατηρεί εθνικό μητρώο μη δωρητών. Περιλαμβάνονται όλοι οι ασθενείς που έχουν δηλώσει επίσημα (και δεν έχουν αποσύρει) την απροθυμία τους για δωρεά οργάνων (Papalois & Mossialos, 2019).

Η Ελλάδα συμμετέχει σε διεθνή συνεργατικά προγράμματα μεταμοσχεύσεων. Η συνεργασία μεταξύ του Ε.Ο.Τ. και του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων της Ιταλίας (CNT - Centro Nazionale Trapianti) είναι ένα από αυτά τα παραδείγματα. Η συνεργασία τους ξεκίνησε το 2005 και αρχικά περιελάμβανε μόνο επείγουσες μεταμοσχεύσεις ήπατος. Όταν δεν υπήρχε διαθέσιμο μόσχευμα στην Ελλάδα, ασθενείς με ηπατική νόσο τελικού σταδίου που απαιτούσαν επείγουσα μεταμόσχευση (εντός ημερών) μεταφέρονταν στην Ιταλία. Σε αντάλλαγμα, η Ελλάδα παρείχε στην Ιταλία ένα ηπατικό μόσχευμα όταν αυτό γινόταν διαθέσιμο. Η επιτυχής συνεργασία μεταξύ των δύο χωρών είχε ως αποτέλεσμα η συμφωνία να επεκταθεί ώστε να καλύπτει όλες τις επείγουσες και εκλεκτικές παιδιατρικές μεταμοσχεύσεις οργάνων, εκτός από τα επείγοντα περιστατικά ήπατος ενηλίκων. Σήμερα, περισσότεροι από πέντε παιδιατρικοί και 10 ενήλικες ασθενείς από την Ελλάδα λαμβάνουν μεταμοσχεύσεις οργάνων στην Ιταλία κάθε χρόνο (Papalois & Mossialos, 2019).

Τις τελευταίες τέσσερις δεκαετίες αναπτύχθηκε στην Ελλάδα ένα εκτεταμένο και πολύπλοκο νομικό πλαίσιο για τον καθορισμό όλων των διαστάσεων του τομέα των μεταμοσχεύσεων. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, υπήρξαν τέσσερις σημαντικές νομοθετικές προσπάθειες. Από το 1978, οι πρακτικές της δωρεάς οργάνων και των μεταμοσχεύσεων νομοθετήθηκαν για πρώτη φορά με τον νόμο 821/78. Ο νόμος αυτός δεν εφαρμόστηκε ποτέ στην πράξη και κατά συνέπεια αντικαταστάθηκε από τον νόμο 1383/1983. Ο τελευταίος εισήγαγε την έννοια του εγκεφαλικού θανάτου και παρείχε ένα ευρύ και γενικό πλαίσιο για τις δραστηριότητες δωρεάς οργάνων και μεταμοσχεύσεων. Ο νόμος παρέμεινε σε ισχύ για μια περίοδο 15 ετών και διευκόλυνε την πρόοδο στον τομέα αυτό.

Το 1999 ψηφίστηκε ο ν. 2737/1999 για να ενσωματωθεί η πρόσφατη επιστημονική πρόοδος και να αυξηθεί η συμμόρφωση της χώρας με τη Σύμβαση του Οβιέδο. Ο νόμος αυτός εισήγαγε την ΕΤΟ και την έννοια της συγκατάθεσης μετά από ενημέρωση για τη δωρεά νεκρών (σύστημα opt-in). Το 2011 εισήχθη στη Βουλή των Ελλήνων ο ν. Ν.3984/2011. Πρόκειται για μια πρωτοποριακή νομοθετική προσπάθεια που δημιούργησε ένα επωφελές πλαίσιο για την προώθηση της δωρεάς οργάνων και καθόρισε πρότυπα ποιότητας για τη διαδικασία μεταμόσχευσης. Ο νόμος αυτός εισήγαγε μια πολιτική opt-out για τη δωρεά οργάνων, η οποία αργότερα καταργήθηκε- το σύστημα συναίνεσης opt-in επανήλθε με τον ν. 4512/2018(38). Η κατάσταση του εγκεφαλικού θανάτου αναφέρθηκε για πρώτη φορά στο άρθρο 7, παράγραφος 4 του ν. 1383/83. Ο εγκεφαλικός θάνατος ορίστηκε από το ΚΕΣΥ το 1985 ως μη αναστρέψιμη απώλεια συνείδησης που συνοδεύεται από απώλεια της αυτόματης αναπνοής. Ο πιο πρόσφατος κανόνας σχετικά με τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου είναι ο 2737/1999. Ο νόμος αυτός ορίζει ότι όταν ένας υπεύθυνος κλινικός ιατρός υποπτεύεται εγκεφαλικό θάνατο σε ασθενή του οποίου η λειτουργία των οργάνων έχει διατηρηθεί με μηχανική υποστήριξη, ο κλινικός ιατρός πρέπει να διενεργεί τις απαραίτητες εξετάσεις για τη διάγνωση του εγκεφαλικού θανάτου. Οι εξετάσεις αυτές πρέπει να διενεργούνται δύο φορές και πρέπει να είναι παρόντες τόσο ένας αναισθησιολόγος όσο και ένας νευρολόγος ή νευροχειρουργός (Papalois & Mossialos, 2019).

Όλοι οι ιατροί που συμμετέχουν στη διαδικασία θα πρέπει να έχουν τουλάχιστον διετή εμπειρία μετά την πιστοποίηση ολοκλήρωσης της εκπαίδευσης (CCT) και, για να αποφευχθεί η σύγκρουση συμφερόντων, δεν μπορούν να είναι μέλη της ομάδας μεταμόσχευσης. Μετά την επιβεβαίωση του εγκεφαλικού θανάτου μέσω αυτών των κλινικών εξετάσεων, θα πρέπει να εκδίδεται πιστοποιητικό θανάτου(38). Επί του παρόντος στην Ελλάδα, ο νόμος δεν επιτρέπει τις δωρεές DCD και τις παιδιατρικές ζωντανές δωρεές. Επιτρέπονται οι δωρεές DBD ενηλίκων και οι δωρεές ζώντων οργάνων μαζί με τις παιδιατρικές δωρεές DBD. Όσον αφορά τις δωρεές ζώντων οργάνων ενηλίκων και τις αλτρουιστικές δωρεές, υπάρχει ένα εκτεταμένο νομοθετικό πλαίσιο που προστατεύει τους ζώντες δότες από εκμετάλλευση ή εξαναγκασμό, μαζί με έναν μηχανισμό που διευκολύνει την εφαρμογή του νόμου. Η εμπορία ανθρώπινων οργάνων ή ιστών ποινικοποιείται από την ισχύουσα νομοθεσία (Papalois & Mossialos, 2019).

Συμπεράσματα

Ο καλύτερος τρόπος βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ασθενών με οργανική ανεπάρκεια τελικού σταδίου είναι η μεταμόσχευση οργάνων, η οποία αναπτύχθηκε στο δεύτερο μισό του 20ού αιώνα. Ο αριθμός των μεταμοσχεύσεων οργάνων που πραγματοποιούνται παγκοσμίως αυξάνεται και τα εξαιρετικά αποτελέσματα γίνονται συνεχώς καλύτερα λόγω των καινοτομιών και των βελτιώσεων που γίνονται. Ωστόσο, υπάρχει παγκοσμίως έλλειψη διαθέσιμων οργάνων για μεταμόσχευση, η οποία κοστίζει ζωές.

Ο σημερινός νόμος για τις μεταμοσχεύσεις στην Ελλάδα, ο νόμος 4512/2018, ήταν απαραίτητος, καθώς το προηγούμενο νομοθετικό πλαίσιο δεν επέτρεπε την καθιέρωση των μεταμοσχεύσεων. Κατά τη θέσπιση της προηγούμενης συγκρίσιμης νομοθεσίας, η Ελλάδα είχε μείνει πίσω στον τομέα των μεταμοσχεύσεων. Το θεμελιώδες ελάττωμα του συστήματος ήταν η αδυναμία του να ικανοποιήσει τη ζήτηση μεταμοσχεύσεων, η οποία αυξανόταν δυσανάλογα με τον ρυθμό με τον οποίο γίνονταν οι μεταμοσχεύσεις. Αυτό επιμήκυνε τη διαδικασία μεταμόσχευσης και αύξανε τον αριθμό των ασθενών στη λίστα αναμονής για μεταμόσχευση. Η έλλειψη μεταμοσχεύσεων δημιουργεί τις προϋποθέσεις για την εμφάνιση κατάχρησης μεταμοσχεύσεων, καθώς οι λίστες αναμονής μεταμοσχεύσεων αυξάνονται και οι δεξαμενές δοτών παραμένουν σταθερές. Η ελληνική κυβέρνηση κλήθηκε να θεσπίσει νομοθεσία με στόχο την αύξηση της διαθεσιμότητας των μεταμοσχεύσεων, υπερασπιζόμενη παράλληλα τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια τόσο του δότη όσο και του λήπτη. Δεδομένης της σημασίας των μεταμοσχεύσεων και έχοντας αναγνωρίσει την αυξημένη ανάγκη για μεταμοσχεύσεις σε συνδυασμό με την περιορισμένη διαθεσιμότητα των μοσχευμάτων, ένας συνδυασμός που δημιουργεί το υπόστρωμα για την ανάπτυξη παράνομων δραστηριοτήτων.

Μέσω της εφαρμογής ενός ευρωπαϊκού κανονισμού, η πολιτεία σκοπεύει να διευρύνει τον αριθμό των υποψήφιων δοτών, ζωντανών και νεκρών, προκειμένου να καταπολεμηθούν τα φαινόμενα εμπορευματοποίησης των οργάνων και να διασφαλιστεί η ποιότητα των μεταμοσχεύσεων.

Ο νόμος αριθ. 4512/2018 περιγράφει τη νέα νομική δομή. Οι θεμελιώδεις αρχές του νόμου ήταν ο θεραπευτικός σκοπός της δωρεάς οργάνων και της μεταμόσχευσης, η απαγόρευση της αντιπαροχής, η υποχρέωση ενημέρωσης, η συγκατάθεση του δότη ή των συγγενών του στην περίπτωση θανόντος δότη, ο σεβασμός της ανωνυμίας και η ίση

μεταχείριση των δυνητικών ληπτών. Ο μοναδικός στόχος της μεταμόσχευσης περιγράφεται ως θεραπευτικός. Η νομοθεσία ορίζει μόνο χαλαρά την ιατρική πρόθεση της αφαίρεσης οργάνων. Η ζωή και η υγεία του λήπτη θεωρούνται παράδειγμα υπέρτερου δικαιολογημένου συμφέροντος που θα μπορούσε να δικαιολογήσει την αντιστάθμιση της σωματικής βλάβης του δότη. Η ελληνική νομοθεσία έχει υιοθετήσει την έννοια από τη Σύμβαση του Συμβουλίου της Ευρώπης για τα ανθρώπινα δικαιώματα και τη βιοϊατρική ότι το ανθρώπινο σώμα και τα μέλη του δεν αποτελούν πηγή οικονομικού κέρδους. Η δωρεά οργάνων είναι μια ανθρωπιστική πράξη, αφού είναι μη κερδοσκοπική και απαγορεύεται το εμπόριο, και δίνει σε όλους τους υποψήφιους μεταμοσχευμένους ασθενείς τις ίδιες πιθανότητες να βρουν ένα αντίστοιχο όργανο, ανεξάρτητα από την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Οτιδήποτε μπορεί να αποτιμηθεί σε χρήμα και παρέχεται στον λήπτη χωρίς καμία πληρωμή θεωρείται οικονομική αποζημίωση. Ο νόμος υποχρεώνει έναν γιατρό να αρνηθεί τη θεραπεία, εάν θεωρεί ότι η αφαίρεση ενός οργάνου περιλαμβάνει χρηματική συναλλαγή, προκειμένου να αποτρέψει τη δωρεά οργάνων με αντάλλαγμα. Φυσικά, η έννοια του οικονομικού ανταλλάγματος δεν περιλαμβάνει την αποζημίωση που δίνεται αποκλειστικά για να αποζημιωθεί ο δότης για τα έξοδα και το εισόδημα που έχασε λόγω της δωρεάς, διασφαλίζοντας ότι δεν υπάρχει οικονομικό όφελος και ότι καλύπτονται τα απαραίτητα έξοδα, όπως οι λογαριασμοί του νοσοκομείου, η φαρμακευτική αγωγή και η πρόσληψη ειδικού νοσηλευτή.

Βιβλιογραφία

- Balestreri, M., et al. Predictive value of Glasgow Coma Scale after brain trauma: change in trend over the past ten years. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 75.1 (2004): 161-162.
- Chung, C. K., et al. Attitudes, knowledge, and actions with regard to organ donation among Hong Kong medical students. *Hong Kong Med J* 14.4 (2008): 278-85.
- Fishman, Jay A., Linda Scobie, and Yasuhiro Takeuchi. Xenotransplantation associated infectious risk: a WHO consultation. *Xenotransplantation* 19.2 (2012): 72-81.
- Groth, Carl G., et al. Historic landmarks in clinical transplantation: conclusions from the consensus conference at the University of California, Los Angeles. *World journal of surgery* 24.7 (2000): 834-843.
- Jennett, Bryan. Development of Glasgow coma and outcome scales. *Nepal Journal of Neuroscience* 2.1 (2005): 24-28.
- Kootstra, Gauke, Jur Kievit, and Arjen Nederstigt. Organ donors: heartbeating and non-heartbeating. *World journal of surgery* 26.2 (2002): 181-184.
- López-Montesinos, M. J., et al. Organ donation and transplantation training for future professional nurses as a health and social awareness policy. *Transplantation proceedings*. Vol. 42. No. 1. Elsevier, 2010.
- Matevossian, Edouard, et al. Surgeon Yurii Voronoy (1895–1961)—a pioneer in the history of clinical transplantation: in Memoriam at the 75th Anniversary of the First Human Kidney Transplantation. *Transplant International* 22.12 (2009): 1132-1139.
- Papalois, V., Mossialos, E. (2019). Report for a New National Solid Organ Donation and Transplantation Plan in Greece, Onassis Foundation.
- Shelley, Jeana Lyn, and OMS II. *History of Organ Transplantation*. (2010).
- Siddiqui, Osama Tariq, et al. Deceased-donor organ transplantation: knowledge and attitudes among health care professionals managing critically ill patients in Karachi. *Experimental and clinical transplantation: official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation* 10.6 (2012): 544-550.
- Sternbach, George L. The Glasgow coma scale. *The Journal of emergency medicine* 19.1 (2000): 67-71.

Wijdicks, Eelco FM. The diagnosis of brain death. *New England Journal of Medicine* 344.16 (2001): 1215-1221.

Αλιβιζάτος, Π., (2011). Ομιλία. Πρακτικά συζήτησης: Η πραγματικότητα, η αναγκαιότητα και η προοπτική των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Ημερίδα Υπουργείου Υγείας. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/artides/mimstty/grafeio-typoy/pressreleases/419-prakttkasyzhthshs-h-pragmatikothta-h-anagkaiothta-kai-h-proopttkh-twnmetamosxeyswn-sthn-ellada>

Βάρκα-Αδάμη, Α., 1993. Το δίκαιο των μεταμοσχεύσεων. Αθήνα-Κομοτηνή: Εκδόσεις Σάκκουλα

Βάρκα-Αδάμη, Α., & Αδάμης, Σ. (2008). Ενημέρωση και συναίνεση του ασθενούς. Η περίπτωση του υποψηφίου δότη και λήπτη ιστών ή οργάνων για μεταμόσχευση. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(5), 577-583.

Βιδάλης, Τ., 2011. Ομιλία. Πρακτικά συζήτησης: Η πραγματικότητα, η αναγκαιότητα και η προοπτική των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Ημερίδα Υπουργείου Υγείας (7 Απριλίου 2011). Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/artides/mimstty/grafeio-typoy/pressreleases/419-prakttkasyzhthshs-h-pragmatikothta-h-anagkaiothta-kai-h-proopttkh-twnmetamosxeyswn-sthn-ellada>

Βλαχογιάννης, Ι., 2011. Ομιλία. Πρακτικά συζήτησης: Η πραγματικότητα, η αναγκαιότητα και η προοπτική των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Ημερίδα Υπουργείου Υγείας. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/artides/ministry/grafeio-typoy/press-releases/419-prakttika-syzhthshs-h-pragmatikothta-h-anagkaiothta-kai-h-prooptikh-twn-metamosxeyswnsthn-ellada>

Βούβαρη, Γ., 2012. Μεταμοσχεύσεις: Ιατρική & Θεολογική - Βιοηθική Προσέγγιση. Διδακτορική Διατριβή. Θεσσαλονίκη: Θεολογική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Διαθέσιμο στο: DOI 10.26262/heal.auth.ir.129659

Βούβαρη Γ., Βασιλείου Σ., «Ορθόδοξη Βιοηθική και Νεφρικές Μεταμοσχεύσεις», *Ελληνική Νεφρολογία* 2007; 19 (2): 105 – 111.

Γερολουκά- Κωστοπαναγιώτου Γ., «Δότης Οργάνων», Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, 2002.

Γιαννόπουλος, Α., 2011 Ομιλία. Πρακτικά συζήτησης: Η πραγματικότητα, η αναγκαιότητα και η προοπτική των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Ημερίδα Υπουργείου Υγείας . Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/artides/ministry/grafeio-typoy/pressreleases/419-praktika-syzhthshs-h-pragmatikothta-h-anagkaiothta-kai-h-prooptikh-twnmetamosxeysewnsth-ellada>

Δεβετζόγλου, Γ., 2011. Η διάταξη για την εικαζόμενη συναίνεση παραμένει κόκκινο πανί για τον Αρχιεπίσκοπο. Γεν τα βρίσκουν υπουργείο Υγείας και Εκκλησία για τις μεταμοσχεύσεις. ygeianet, [online] Διαθέσιμο στο: <https://ygeianet.gr/den-ta-vriskounypourgeio-ygeias-kai-ekklisia-gia-tis-metamoschefseis/>.

Διαμαντίδης, Ι., 2011. Ομιλία. Πρακτικά συζήτησης: Η πραγματικότητα, η αναγκαιότητα και η προοπτική των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Ημερίδα Υπουργείου Υγείας . Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/artides/ministry/grafeio-typoy/press-releases/419-praktika-syzhthshs-h-pragmatikothta-h-anagkaiothta-kai-h-prooptikh-twn-metamosxeysewnsth-ellada>

Δρακόπουλος Σ., Κουκουλάκη Μ., «Ασυστολικοί δότες οργάνων», Ελληνική Νεφρολογία 2006; 18 (1): 21-26.

Επίσημη ιστοσελίδα του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων της Ελλάδας, (<http://www.eom.gr/> , τελευταία πρόσβαση στις 5/10/2015).

Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., (2008α). Μεταμοσχεύσεις: παρόν και μέλλον του νομικού πλαισίου αναζητώντας τη χρυσή τομή, τ. VIII: Μεταμοσχεύσεις. Αθήνα: Εκδόσεις Σάκκουλα

Καϊάφα-Γκμπάντι, Μ., (2008β). Παρόν και μέλλον του νομικού πλαισίου και ποινική προστασία των μοσχευμάτων ωσεννόμων αγαθών, Ποινικά Χρονικά ΝΗ, σελ. 591 επ.

Καραμπίνης Α., «Ο ρόλος της ΜΕΘ στη δωρεά οργάνων», (2005): 21-25.

Κ. Κοσμάτος, Κ., 2005. Οι “ευπαθείς” ή “κοινωνικά αποκλεισμένες” ομάδες του πληθυσμού ως θύματα της εμπορευματοποίησης ανθρώπινων οργάνων, Ποινική Δικαιοσύνη 2005,3, 348 επ.

- Κωστάκης Ι. Α., «Μεταμοσχεύσεις Ιστών και Οργάνων- Δώρο Ζωής», Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνος ΑΕ, 2004.
- Λυντέρης Χρ., «Το ποινικό δίκαιο των μεταμοσχεύσεων», Αθήνα-Κομοτηνή: εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2004.
- Νόμος 3984/2011 (ΦΕΚ 150 Α΄), «Δωρεά και μεταμόσχευση οργάνων και άλλες διατάξεις», 2011.
- Νόμος 4075/2012 (ΦΕΚ 89 Α΄), «Ρυθμίσεις θεμάτων Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και νοσοκομείων ΕΣΥ», 2012.
- Νούσκαλη, Μ., χ.χ. Το ισχύον νομικό πλαίσιο των μεταμοσχεύσεων και οι σχετικές αξιόποινες πράξεις. [online]. Νομική Εφημερίδα CURIA.GR. Διαθέσιμο στο: <https://curia.gr/to-isxionnomiko-plaisio-ton-metamosxeffseon-kai-oi-sxetikes-aksiopoines-prakseis/>
- Ντεβέ Β., «Μεταμοσχεύσεις: Συγκριτική Επισκόπηση των Δημόσιων Πολιτικών στο Δημόσιο Δίκαιο και Πολιτικές στη Βιοιατρική», Αθήνα- Κομοτηνή: εκδόσεις Αντ. Ν. Σάκκουλα, 2007.
- Οικονομίδου Ι., «Η Ανοσολογία χθες- σήμερα- αύριο. Μια σύντομη αναδρομή στην εξέλιξη της Ανοσολογίας», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2011; 28(3): 403- 414.
- Ομπέση Φ., Μανιού Μ., «Οργάνωση της μεταμοσχευτικής διαδικασίας: Ο θεσμός του Συντονιστή Μεταμοσχεύσεων», Το Βήμα του Ασκληπιού 2008; Τόμος 7ος, Τεύχος 2ο .
- Ραφομανίκη Π., Ρουσάκη Ε., Στοϊδης Χ., (2009) «Γνώσεις απόψεις και αντιλήψεις υγειονομικού και μη προσωπικού σχετικά με τη δωρεά οργάνων» ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο.
- Σερέτης, Α., 2011. Ομιλία. Πρακτικά συζήτησης: Η πραγματικότητα, η αναγκαιότητα και η προοπτική των μεταμοσχεύσεων στην Ελλάδα. Ημερίδα Υπουργείου Υγείας. Διαθέσιμο στο: <https://www.moh.gov.gr/artides/ministry/grafeio-typoy/press-releases/419-praktika-syzhthshs-h-pragmatikothta-h-anagkaiothta-kai-h-prooptikh-twn-metamosxeusewn-sthn-ellada>
- News247, 2011. Απάντηση του Ε Ο Μ στις ιερές διαφωνίες. News247, [online] Διαθέσιμο στο: <https://www.news247.gr/ayantisi-tov-eom-stis-ieresdiafonies.6117501.html>

