

Convegno sul trapianto d'organi

Prof. Andrea Lanza –12/12/2023- Autori: Ricco, Brancatisano, Iannucci, Vladasel- Revisionatori: Vladasel

Informazioni sulla lezione

Il convegno è stato tenuto dal Dott. Pellegrino Mancini, dirigente coordinatore presso il Grande Ospedale Metropolitano "Bianchi Melacrino Morelli" di Reggio Calabria.

I quattro seminari ci hanno condotti, uno dopo l'altro, ad una dimensione sempre più ridotta nell'organizzazione all'interno della sanità; da una visione nazionale con l'Ing. Fantozzi, ad una più locale con De Salazar fino alla gestione di centri specialistici, come quelli ad attività trapiantologica con il Dott. Mancini.

Il **trapianto** consiste nella **sostituzione** di un **organo** o di un **tessuto** malato o danneggiato con un altro sano.

La donazione degli organi può essere autorizzata esprimendo il proprio consenso sulla carta d'identità, all'**AIDO** (Associazione italiana per la donazione di organi) o con una dichiarazione in carta libera completa di tutti i dati personali, datata e firmata, da conservare nel portafoglio. In mancanza di informazioni sulla volontà del deceduto, saranno i parenti a dover decidere in merito. Inoltre, la presenza di alcune patologie non costituisce un'automatica esclusione dalla donazione degli organi poiché vi sono casi in cui il ricevente presenta la medesima patologia o, comunque, questa non intacca gli organi donati.

I tessuti adatti al trapianto sono:

- le cornee;
- i segmenti di osso;
- le cartilagini;
- i tendini;
- i segmenti vascolari;
- le valvole cardiache;
- la pelle.

Mentre gli organi trapiantabili sono:

- il rene;
- il cuore;
- il fegato;
- il polmone;
- lo stomaco;
- l'intestino;
- il pancreas.

Di questi, il trapianto di cuore, fegato e polmone costituiscono degli interventi salvavita, mentre il trapianto di rene rappresenta un'alternativa terapeutica fondamentale per i pazienti sottoposti a dialisi.

La **dialisi** è un sistema di filtraggio che permette di rimuovere le sostanze di scarto prodotte dal corpo e l'eccesso di liquido dal sangue. L'**emodialisi**, o dialisi extracorporea, esegue il filtraggio attraverso un macchinario esterno mentre la **dialisi peritoneale** sfrutta la membrana peritoneale.

La donazione degli organi vede il coinvolgimento di diverse e numerose figure professionali, per cui risulta anche complesso coordinarle in modo efficace.

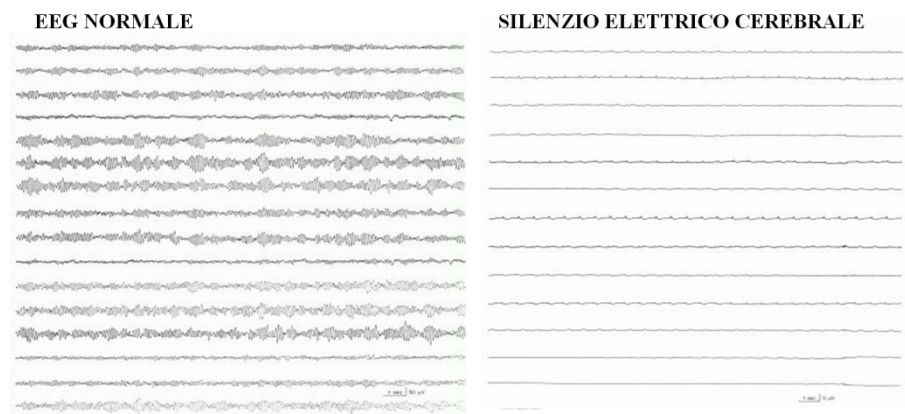


Per un centro ad attività trapiantologica è necessario periodicamente sottoporsi a verifiche ispettive per ricevere il certificato di qualità che attesta la conformità alle normative vigenti (attualmente **ISO 9001:2015**) e garantire, così, la sicurezza e la trasparenza durante tutto il processo.

I pazienti candidabili per espianto degli organi sono identificati tra quelli ricoverati in terapia intensiva a causa di una lesione cerebrale acuta, come:

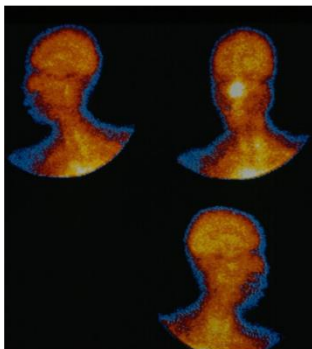
- trauma cranico;
- emorragia cerebrale;
- ischemia cerebrale.

Le norme per l'accertamento e la certificazione di morte sono racchiuse nella legge **n°578 del 29/12/1993**, di cui l'art. 1 afferma che *“la morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo”*; ne consegue che il paziente in coma profondo, non avendo un EEG piatto, non può essere considerato donatore d'organi.

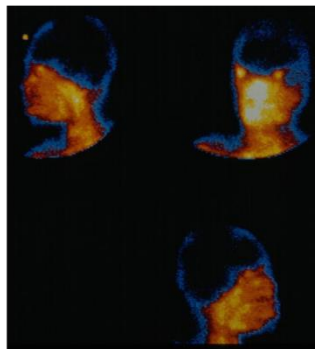


SCINTIGRAFIA CEREBRALE

NORMALE



MORTE



Il **coma**, termine che appartiene alla vita anche nella gravità estrema, indica uno stato di sofferenza cerebrale spesso transitorio e, quindi, potenzialmente reversibile.

La morte del donatore viene certificata tramite una diagnosi di morte con criteri neurologici, che comprende l'elettroencefalogramma, il quale permette di studiare l'attività elettrica del cervello, e la scintigrafia, esame che, mediante la somministrazione di un tracciante radioattivo, consente l'evidenziazione dell'accumulo preferenziale del tracciante nel tessuto che si intende studiare.

Il fulcro è la necessità di effettuare una dichiarazione di morte in presenza di un individuo che non può più essere considerato un paziente. La terminologia "paziente" non si applica quando si tratta di un possibile donatore di organi, e non si può parlare di un cadavere in presenza di un paziente in coma. Questo perché il paziente in coma potrebbe essere considerato un **potenziale donatore di organi**, e la sua condizione richiede una valutazione dell'attività elettrica cerebrale tramite segnali neurologici e esami specifici. Solo attraverso quest'ultimi è possibile determinare che il paziente abbia cessato di essere tale, diventando effettivamente un cadavere.

Chi certifica la morte del soggetto?

La certificazione della morte di un individuo è affidata a un **collegio medico-legale**, composto da un medico legale, un neurofisiopatologo e un rianimatore, i quali sono nominati dalla direzione medica del presidio ospedaliero. Questa procedura rientra nell'ambito delle attività medico-legali. L'iter prevede che, in presenza di segni evidenti di decesso su un paziente giunto nell'istituzione sanitaria due o tre giorni prima, il collegio medico legale effettui un rigoroso accertamento medico-legale di morte, basato su criteri neurologici. È fondamentale sottolineare che il collegio medico legale deve raggiungere l'**unanimità** durante la sua espressione.

La legge 578 del '93, che regola questo specifico contesto, si distingue per la sua precisione e meticolosità. Questa normativa, volta a garantire la massima sicurezza e tracciabilità in ogni fase del processo, si basa su principi di trasparenza assoluta. Questa attenzione dettagliata è particolarmente cruciale, specialmente considerando che decisioni quali il trapianto di organi da un paziente a un altro, richiedono una certezza impeccabile.

Le procedure operative condivise a livello regionale coinvolgono tutti gli operatori interessati, garantendo così che ognuno adempia alla propria competenza e sottoscriva la parte specifica di responsabilità. Il collegio medico-legale, incaricato di certificare la morte di un individuo, segue un protocollo specifico della durata di **sei ore**. In passato, durante il periodo di sei ore di accertamento medico-legale, era richiesto ripetere per tre volte l'intero processo di dichiarazione di morte. Questa pratica, seppur votata all'ultra-garanzia, è stata semplificata dalla legge italiana che, pur mantenendo l'approccio rigoroso, ha ridotto la procedura a due accertamenti all'inizio delle sei ore e alla conclusione del periodo.

L'aspetto strettamente micro-organizzativo di questo contesto, caratterizzato dall'estrema eterogeneità delle competenze richieste, rappresenta un elemento di rilievo. Sebbene tutti abbiano una formazione medica di base, esistono aree di specializzazione estreme, come nell'ambito radiologico della scintigrafia, che richiedono competenze altamente specializzate. La sfida sta nel far confluire tali competenze in un momento di grande criticità.

Da un iniziale approccio basato su tre controlli, si è passati a un modello più snello, che può essere suddiviso in tre matrici per una lettura culturale. In questo contesto, la dinamica istituzionale e gli aspetti locali fanno la differenza, cioè è necessario avere la capacità di dialogare su basi culturali. Per esempio, essere medici in Calabria comporta dinamiche e interazioni diverse (con i pazienti e con l'ambiente esterno), rispetto a essere medici in Trentino, nonostante entrambe le realtà rientrino sotto la stessa legislazione nazionale. Non si tratta tuttavia di stabilire un giudizio di valore su quale sia meglio o peggio.

Un secondo aspetto cruciale riguarda la possibilità di un **bias** o disturbo organizzativo, non necessariamente legato all'errore, ma piuttosto al fatto che le probabilità di successo, anche se minime (0,0001, quasi un miracolo), possono rappresentare una speranza di recupero. Questo aspetto sposta l'attenzione sull'importanza della vita della persona candidata a essere donatore. *Ciò può derivare da un aspetto burocratico se è radicato in un contesto culturale e organizzativo più ampio?*

La procedura di certificazione e segnalazione delle attività relative alla donazione di organi è standardizzata su tutto il territorio italiano. Al termine di ogni fase dell'operazione, il professionista incaricato compila e firma immediatamente una relazione dettagliata. Questo documento informativo viene prontamente inviato al Centro Nazionale Trapianti **in tempo reale**, garantendo una trasparenza immediata su tutte le attività svolte.

Prima di procedere al prelievo degli organi, è necessario dichiarare tutto quello che è stato fatto. Nel caso in cui il potenziale donatore presenti una malattia ematologica, si esegue un'attenta valutazione per determinare se può diventare un donatore. In questo contesto, viene stabilito se il donatore rientra nella categoria a rischio standard, a rischio accettabile (indicante una situazione leggermente più complessa), oppure se diventa un donatore non standard a rischio inaccettabile (non potrà essere utilizzato per nessun organo e per nessun tessuto). In tal caso, il donatore viene rimosso dall'unità di terapia intensiva.

La richiesta di donazione degli organi di un congiunto deceduto, specialmente in seguito a un trauma cranico, può incontrare resistenze da parte dei familiari. Nel contesto ospedaliero, se nonostante gli sforzi dedicati durante il ricovero, la vita del paziente giunge purtroppo al termine, in conformità con gli obblighi di legge, è necessario procedere con l'identificazione dei soggetti deceduti in terapia intensiva.

La necessità di questa identificazione è legata alla distinzione tra il paziente in terapia intensiva e un cadavere comune. Nel caso del paziente in terapia intensiva, anche se è ormai deceduto, le macchine continuano a svolgere un ruolo vitale nell'ossigenare gli organi. Questo individuo, pur essendo giunto al termine della sua vita, può diventare un donatore di organi, motivo per cui è fondamentale procedere con l'identificazione.

L'identificazione dei soggetti deceduti in terapia intensiva è un obbligo che deriva dalla necessità di condurre un accertamento di morte basato su criteri neurologici. Questo accertamento è fondamentale, poiché alla conclusione di questo processo, tutti i pazienti giungono inevitabilmente a un arresto cardiaco. Va sottolineato, tuttavia, che non tutti gli ospedali in Calabria sono in grado di condurre in modo efficiente tali attività.

L'accertamento medico-legale è stato eseguito su un paziente ricoverato in terapia intensiva, supportato da apparecchiature che consentono ancora l'ossigenazione degli organi. Nel caso di un paziente in coma, la gravità della condizione può variare: in un coma lieve, il paziente può mantenere una certa attività cerebrale e la capacità di respirare autonomamente, mentre in un coma più grave potrebbe necessitare di supporto per la respirazione.

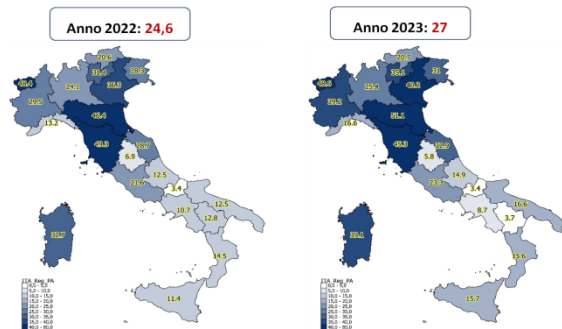
Nel caso in cui il collega della terapia intensiva si trova di fronte a un paziente affetto da un trauma cranico, con un'emorragia cerebrale, sottoposto a un intervento neurochirurgico per drenare l'ematoma. Questo paziente, purtroppo, si configura come un potenziale donatore di organi a causa dell'estensione massiva dell'emorragia cerebrale, che ha determinato gravi lesioni a livello cerebrale.

Nel caso specifico di un'emorragia cerebrale, l'intervento di svuotamento dell'ematoma è fondamentale, poiché l'accumulo di sangue nella scatola cranica può causare danni significativi al cervello. A differenza di un'emorragia addominale, dove il sangue ha spazio per distribuirsi, l'emorragia cerebrale avviene in uno spazio ristretto e rigido. Questo causa una rapida compressione del cervello, accelerando il deterioramento della funzione cerebrale.

La peculiarità della scatola cranica, che funge da protezione per il cervello, significa che anche una piccola quantità di sangue può generare una pressione significativa. A differenza di un'emorragia addominale, dove può passare del tempo prima che i sintomi diventino evidenti, l'emorragia cerebrale può causare danni gravi in tempi brevi.

Lo svuotamento dell'ematoma, se eseguito tempestivamente, può favorire il recupero del paziente. Tuttavia, in situazioni in cui il paziente è in coma e non respira a causa di danni centrali, le prospettive di recupero sono purtroppo limitate.

PMP Donatori Utilizzati* - Anno 2022 vs 2023



*DONATORI da cui è stato trapiantato almeno un organo

A livello meridionale, si registra un indice di opposizione particolarmente elevato rispetto alle richieste di donazione degli organi da parte delle famiglie dei potenziali donatori, posizionandosi come il più alto tra tutte le regioni d'Italia. Questa resistenza rappresenta un ostacolo significativo nella gestione delle donazioni di organi, accentuando il problema della carenza di organi disponibili per i trapianti.

I dati forniti dal Centro Nazionale Trapianti al 31 ottobre rivelano che, in confronto alle altre regioni d'Italia, il Meridione presenta un quadro più critico. Il colore più scuro delle regioni settentrionali evidenzia una maggiore attività di donazione di organi, inoltre anche la Sardegna appartiene a questa macro-area nord.

L'analisi dei dati è stata condotta considerando il numero di donatori per milione di abitanti, al fine di ottenere una rappresentazione omogenea. A livello nazionale, l'anno precedente si registrava una media di 24,6 donatori per milione di abitanti, un dato che quest'anno è previsto salga a 27, riflettendo l'attività sia del nord che del sud del paese.

Nel meridione, l'anno scorso, l'indice di donatori per milione di abitanti si attestava a 14,5, nonostante la popolazione sia inferiore ai due milioni di abitanti. Nonostante ciò, la regione ha chiuso l'anno con circa 30 donatori. La persistente sfida consiste nel superare le barriere culturali e

promuovere una maggiore consapevolezza sull'importanza della donazione degli organi, affrontando così il problema della scarsità di organi disponibili per il trapianto.

Vi è una sovrapposizione quasi perfetta tra la distribuzione dei donatori di organi e il **PIL pro capite** che indica una forte correlazione tra fattori culturali ed economici. È importante sottolineare che questa correlazione non implica un nesso causale diretto, ma evidenzia piuttosto un legame statistico tra i due fenomeni. Nel considerare la distribuzione su base regionale, è essenziale tenere conto di variabili aggiuntive che potrebbero influenzare i dati. Ad esempio, nella regione Lombardia potrebbe esserci una significativa presenza di persone provenienti dal sud, spostatesi per motivi di lavoro, anche in periodi recenti. Nonostante questa dinamica migratoria, la Lombardia si distingue come una regione più scura, indicando una maggiore attività di donazione di organi. Tuttavia, la dimensione geografica estesa della regione potrebbe contribuire alla varianza, ossia alla dispersione dei dati intorno a un valore medio.

La distribuzione dei donatori potrebbe essere influenzata anche dal numero di incidenti stradali? Ad esempio, in città fortemente industrializzate dove vi è la presenza di un maggior numero di veicoli, ciò potrebbe contribuire ad un aumento degli incidenti stradali? No, i dati evidenziano che, nonostante numeri simili di incidenti stradali in tutte le regioni, esiste una disparità nella disponibilità di donatori. La differenza chiave sembra essere attribuibile al fatto che solo alcune terapie intensive effettuano accertamenti di morte con criteri neurologici. La sfida in questo contesto non sembra essere legata alla mancanza di mezzi o risorse, ma piuttosto alla capacità delle terapie intensive di eseguire tali accertamenti, in modo da evitare che eventuali donatori vengano perduti.

La connessione tra la qualità dei servizi sanitari e lo sviluppo economico di una regione è strettamente legata all'efficacia della pubblica amministrazione locale. Dal punto di vista organizzativo, l'idea che la performance passata non sia un predittore diretto della performance futura implica che entrambi condividano influenze da un fattore comune. In altre parole, la simultaneità delle sfide organizzative non implica una causalità diretta, ma piuttosto la presenza di una causa condivisa.

La qualità dei servizi sanitari e lo sviluppo economico, da un punto di vista organizzativo, dipendono entrambi dalla qualità del management, che comprende anche il panorama politico a livello regionale. Questa prospettiva richiama l'analisi del sociologo Putnam nel suo libro "La tradizione civica nelle regioni italiane". Putnam teorizzò questa idea già nell'antichità romana o nel periodo immediatamente successivo, sostenendo che le tradizioni civiche radicate in alcune regioni, spesso sviluppatesi per ragioni contingenti, hanno contribuito a una maggiore responsabilità amministrativa del settore pubblico.

A Bologna, alcune istituzioni pubbliche operano in modo più efficiente rispetto ad altre regioni italiane, nonostante l'unità nazionale e la comune eredità storica romana. Questa prospettiva suggerisce che la qualità della pubblica amministrazione può variare significativamente, con modalità distintive quali l'adozione di pratiche innovative, una governance più efficace e una

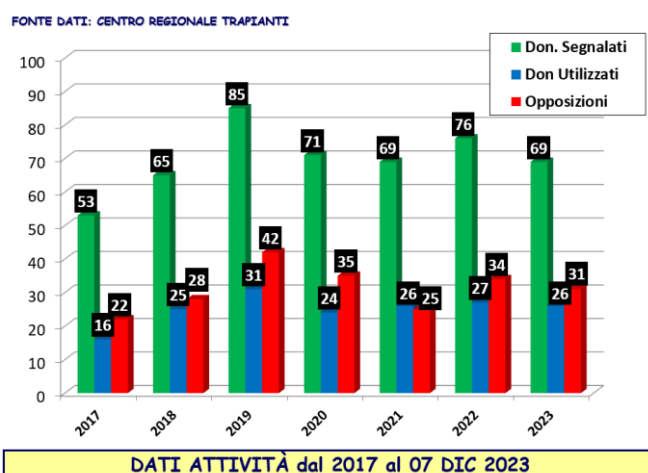
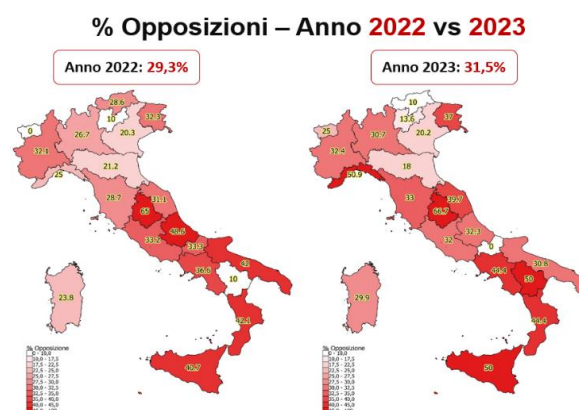
mappatura più accurata delle risorse. Tuttavia, va notato che, in alcuni contesti, come la Calabria, storicamente, si registra un andamento statistico che non si presta a valutazioni giudiziarie, ma evidenzia, purtroppo, una situazione meno favorevole. In generale, emerge un legame tra lo sviluppo economico e la qualità dei servizi sanitari e l'azione della governance locale. È comune riscontrare problemi di malessere nel settore sanitario in molte delle nostre regioni, spesso associati al termine "malasanità".

Questo numero statistico è solo un punto di partenza; è importante andare oltre analizzando le **SDO** (schede di dimissione ospedaliera). Queste schede forniscono informazioni dettagliate, inclusa la diagnosi all'ingresso e all'uscita, per tutti i pazienti ricoverati durante l'anno. Un'analisi più approfondita rivela che, ad esempio, nessun paziente ricoverato per lesioni cerebrali acute è stato sottoposto all'accertamento di morte con criteri neurologici.

Ciò solleva una significativa questione di responsabilità. Si potrebbe considerare questo fenomeno come un boicottaggio o una resistenza insensata. Emergono legittime preoccupazioni sul fatto che non vi sia un sistema di sanzioni efficace per affrontare tali mancanze. Attualmente, l'inadempienza non solo non è certificata adeguatamente, ma manca anche di sanzioni punitive, creando un vuoto nell'efficacia del sistema.

Trent'anni fa, nel 1993, si verificò un tragico evento sulle nostre strade: Nicholas Green, un giovane americano, perse la vita a causa di una sparatoria. All'epoca, venne ricoverato a Messina per il prelievo degli organi in quanto i suoi genitori diedero il consenso alla donazione. Gli organi del ragazzo furono trapiantati con successo in sette pazienti italiani.

Nell'illustrazione a destra, è evidente come, prima dell'arrivo della pandemia da Covid-19, l'attività mostrasse una costante crescita anno dopo anno, in virtù delle campagne di sensibilizzazione condotte in varie parti della Calabria. Tuttavia, con l'insorgere della pandemia, si è verificato un calo del livello di attività. Nel corso dell'anno scorso, i dati hanno registrato un incremento, segnalando una ripresa. Per quanto riguarda l'anno in corso, si osserva che alcune attività devono ancora essere completate.

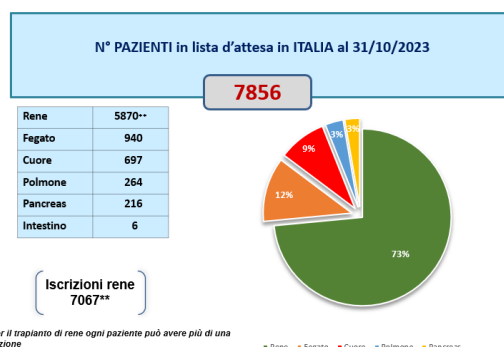


Nel 2022, **76** sono i **donatori segnalati**, **27** i **donatori utilizzati** e **34** le **opposizioni**. Quelli che mancano sono i donatori che non possono essere utilizzati e che sono stati dichiarati **inaccettabili** per delle patologie che non permettevano il trapianto di organi.

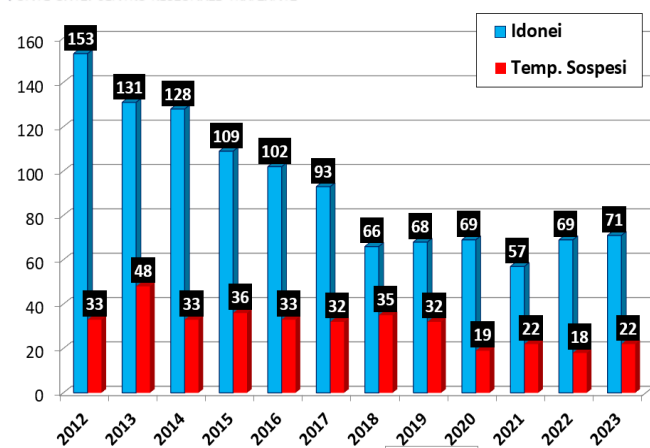
Quanti pazienti ci sono in lista d'attesa in Italia?

Questo è un dato ufficiale del 31 ottobre 2023 del Centro Nazionale Trapianti per singolo organo. Per quanto riguarda i **reni**, ci sono quasi **6000** pazienti in lista d'attesa per trapianto.

Liste di Attesa al 31 Ottobre 2023



FONTE DATI: CENTRO REGIONALE TRAPIANTI

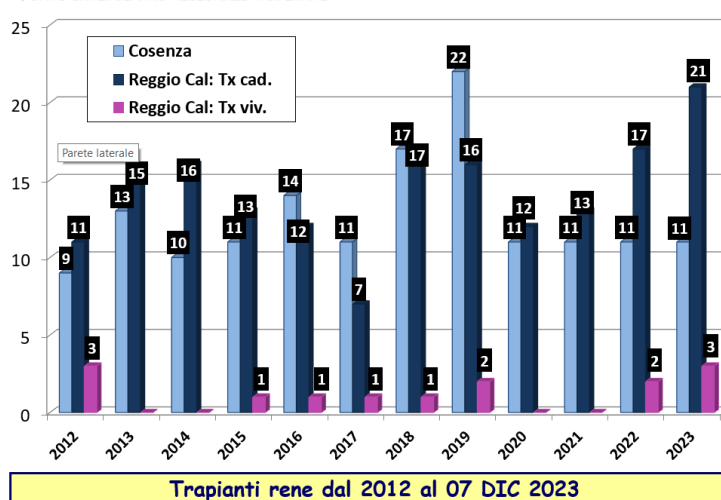


Pazienti in Lista d'attesa Tx Rene al 7 DIC 2023

Il numero di pazienti in attesa di trapianto è diminuito rispetto al 2012, quando erano **153**. Si è arrivati a **meno della metà** nel 2018 perché sono stati trapiantati tantissimi pazienti. Naturalmente tra i pazienti trapiantati che erano **idonei** e i **pazienti temporaneamente sospesi** (perché dovevano completare delle indagini), qualcuno è morto, qualcuno è stato inserito ex novo, ecc.

Ora vediamo quanti **pazienti sono stati trapiantati ogni anno in Calabria** grazie ai soggetti deceduti che avevano acconsentito alla donazione degli organi dopo la morte.

FONTE DATI: CENTRO REGIONALE TRAPIANTI



Trapianti rene dal 2012 al 07 DIC 2023

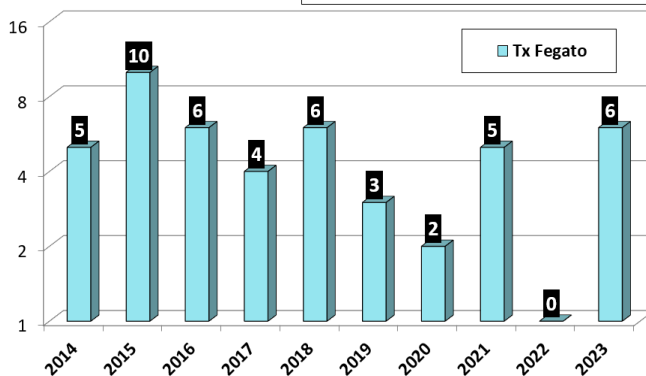
Nel caso di un trapianto da vivente, bisogna essere ugualmente attenti come per un trapianto da cadavere, perché lo si fa solo tra **consanguinei**; cioè, ci deve essere un forte vincolo familiare (tra genitori e figli, tra fratelli e sorelle, ecc.).

Per colui che dona un rene a Reggio, che è autorizzato a fare il trapianto di rene da donatore vivente, il prelievo del rene del donatore che deve essere trapiantato sul ricevente, viene fatto con **tecnica robotica** e il donatore dopo qualche giorno può tornare a casa. Prima, invece, il prelievo a cielo aperto era più invasivo.

Sono stati trapiantati **47** pazienti che non erano in lista da nessuna parte per trapianto di fegato. Invece, **32** pazienti erano seguiti dal Mater Domini di Catanzaro, **9** da Cosenza e 6 da Reggio Calabria. Seguire i pazienti prima e dopo il trapianto è una cosa importantissima che solleva le famiglie; infatti, il paziente, che ha bisogno del trapianto di un organo salva-vita come il fegato, sta così male che non può viaggiare da solo.

FONTE DATI: CENTRO REGIONALE TRAPIANTI

47 Pazienti Trapiantati:
32 seguiti da Epatologia - Catanzaro MD
9 seguiti da Gastroenterologia - Cosenza
6 seguiti da Malattie Infettive - Reggio Cal.



Trapianti Fegato da Aprile 2014 al 07 DIC 2023

PAZIENTI CALABRESI ISCRITTI IN LAT FUORI REGIONE

	DIC 2018	DIC 2019	DIC 2020	DIC 2021	DIC 2022	AL 23 LUG 2023
CUORE	21	24	21	16	16	15 7 Lombardia - 2 Veneto 2 Campania - 2 Lazio - 2 Sicilia
FEGATO	30	28	34	34	37	38 8 Emilia Romagna - 4 Lombardia 1 Marche - 12 Piemonte 1 Toscana - 2 Veneto - 1 Campania 5 Lazio - 1 Puglia - 3 Sicilia
PANCREAS	13	14	14	11	10	10 10 Lombardia
POLMONI	17	11	9	11	9	9 1 Lombardia - 3 Piemonte 1 Veneto - 4 Sicilia
RENI	105	90	79	68	63	62 7 Emilia Romagna - 2 Liguria 11 Lombardia - 13 Piemonte 7 Toscana - 2 Veneto 1 Abruzzo - 11 Lazio - 8 Sicilia

Per quanto riguarda i **pazienti calabresi che aspettano un organo in tutta Italia**, quest'anno ce ne sono: **15** in lista per il **cuore**, **38** sono in attesa di un trapianto di **fegato**, **15** sono in attesa per il trapianto di **pancreas**, **9** sono in attesa di un **palmone** e **62** sono in attesa di un **rene** in tutte le regioni indicate.

Questi sono i **pazienti trapiantati ogni anno in centri fuori dalla Calabria**. L'anno scorso ne sono stati trapianti **26** di **fegato**, **3** di **palmone** e **16** di **rene**. Sono tanti i pazienti che vanno fuori per trapianto di un **organo salvavita** e, per tutti loro, vi era un aereo militare che andava a prenderli per portarli da qualche altra regione italiana. Questo, però, dal 1° luglio del 2016 non succede più perché i voli militari, con gli aerei messi a disposizione dalla presidenza del Consiglio dei ministri, costano molto (sugli 80000 euro). Inoltre, si faceva anche abuso di quei voli che venivano utilizzati, non

TRAPIANTI FUORI REGIONE DI PAZIENTI RESIDENTI IN CALABRIA

	2018	2019	2020	2021	2022	AL 23 LUG 2023
CUORE	5	4	2	3	2	1 1 Campania
FEGATO	30	25	33	21	26	18 5 Emilia Romagna - 1 Lombardia 9 Piemonte - 1 Toscana 1 Puglia - 1 Sicilia
POLMONI	3	6	1	2	3	1 1 Lombardia
RENE	32	13	12	15	16	5 1 Lombardia - 2 Piemonte 1 Emilia Romagna - 1 Lazio

solo per il trapianto di organi salvavita (**cuore, polmone, fegato**), ma anche per il **rene**, che è l'ultimo degli organi che viene trapiantato dopo il prelievo (si possono aspettare anche 12, 14, 16 ore per trapiantare un rene prelevato). Il cuore, invece, se dopo 4 ore dal prelievo non lo si fa ripartire, non funziona più. C'è il famoso **periodo di ischemia-fredda**: dal momento in cui viene interrotta la circolazione che portava ossigeno agli organi per mantenerli vitali, massimo entro 4 ore il cuore deve essere trapiantato. Anche il fegato può attendere 6-7 ore massimo. L'organo che deve ripartire per prima è il **cuore**, poi i polmoni, il fegato e infine i reni.

138 PAZIENTI TRASPORTATI IN URGENZA PER TRAPIANTO DI ORGANI SALVAVITA (CUORE, POLMONI E FEGATO) FUORI REGIONE: Per questi 138 pazienti è stato fatto un accordo con una compagnia aerea italiana perché venissero accompagnati, dall'aeroporto di Lamezia terme o di Reggio, fuori regione. Questi aerei sono da 7 posti massimo e ospitano il paziente, un familiare (a volte anche due) e 2 membri dell'equipaggio. Partono da Lamezia i donatori di Cosenza o Catanzaro, mentre chi è di Reggio parte dall'aeroporto di Reggio. Per ogni volo si spendono circa 18/20000 euro ogni notte. Il volo impiega 1h/1h:10 su Roma, 1h:30 su Milano. Questi soldi si pagano con le nostre tasse attraverso la regione; cioè, sono soldi che fanno parte del piano sanitario regionale e sono utilizzati per spostare i pazienti che non trovano risposte in Calabria e devono, quindi, andare a Milano, a Bologna, a Siena, ecc., per il trapianto di organi come cuore, polmoni e fegato.

Art. 4 (legge n° 91 del 1999) (Dichiarazione di volontà in ordine alla donazione)

“I cittadini sono tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte.”.

Nel contesto della donazione degli organi, spesso ci troviamo di fronte alla necessità di prendere decisioni cruciali riguardo al consenso. In molti casi, la risposta è sì o no, ma talvolta ciò avviene in maniera implicita, senza espressione diretta della volontà, lasciando a terzi la responsabilità di decidere in momenti drammatici di perdita.

5 modi per dichiarare la propria volontà sulla donazione di organi e tessuti:

- modulo ASP;
- carta d'identità;
- AIDO;
- tesserino blu;
- dichiarazione con data e firma.

2023 INDICE DEL DONO – I comuni più generosi d'Italia

Tra i comuni calabresi, tre piccoli centri, Cellara vicino a Cosenza, Fiumara in provincia di Reggio Calabria e Scilla nella stessa provincia, sono i primi tre per numero di dichiarazioni favorevoli alla donazione. Al contrario, i capoluoghi più grandi come Vibbo, Catanzaro, Cosenza e Reggio Calabria si collocano dal 89° al 106° posto su 404 comuni totali. Attualmente, solo 302 comuni su 404 sono attivi, mentre gli altri 102 sono ancora in attesa di abilitazione.

Provincia con indice del dono SOPRA la media nazionale

Provincia con indice del dono SOTTO la media nazionale



		INDICE DONO	Sì	NO	Astenuti
PRIMI 3 COMUNI					
Cellara (CS)		87,14	90%	10%	11,8%
Fiumara (RC)		80,54	95,8%	4,2%	39,2%
Scilla (RC)		80,23	99,4%	0,6%	46,2%
CLASSIFICA PROVINCIALE					
Posizione nazionale					
89	Vibo Valentia	53,55	60,4%	39,6%	42,8%
90	Catanzaro	52,93	63,8%	36,2%	52,0%
96	Cosenza	51,67	59,8%	40,2%	47,3%
103	Reggio Calabria	48,91	59,8%	40,2%	55,9%
106	Crotone	45,26	50,7%	49,3%	47,3%

Le religioni sono favorevoli alla donazione?

Sì, tutte, intendendo tale gesto una tangibile manifestazione dell'universale e comune principio dell'Amore verso il prossimo, ed è incoraggiata in quanto atto di carità.

Per superare possibili ostacoli, quali posizioni contraddittorie da parte della chiesa, è stato stipulato un protocollo d'intesa con l'Ufficio Pastorale Regionale per la Pastorale della Salute della Conferenza Episcopale Calabria. Nel 2022 è stato stipulato un altro protocollo con la Procura di Reggio Calabria. Quest'ultimo è stato creato per ottenere il consenso necessario in situazioni in cui potenziali donatori sono coinvolti in incidenti stradali o altre circostanze che potrebbero comportare responsabilità di terzi. L'intesa ha contribuito notevolmente a superare le resistenze, garantendo che, in casi particolari, il consenso non venga negato sistematicamente.

DOMANDE FINALI

Come posso assicurare in modo definitivo che, una volta fornito il consenso per la donazione degli organi, venga eseguita una diagnosi di morte accurata e affidabile per evitare eventuali errori nella valutazione e nel trapianto degli organi? Mediante il processo di certificazione della morte con criteri neurologici. La narrativa secondo cui un paziente, al quale era stato programmato il prelievo degli organi, si sveglia dal coma presenta gravi incongruenze. L'affermazione "gli stavano per prelevare gli organi, ma si è svegliato dal coma" suggerisce che il paziente non fosse clinicamente morto, contraddicendo la condizione essenziale per essere considerato un potenziale donatore.

Tale situazione indica errori significativi durante il processo di certificazione della morte, sollevando questioni sulla competenza e l'accuratezza delle valutazioni mediche effettuate. In situazioni del genere, è fondamentale indagare accuratamente per identificare il responsabile di tali errori e garantire che i protocolli di valutazione della morte siano seguiti correttamente per evitare equivoci potenzialmente gravi.

Il trapianto degli organi rappresenta un ambito in cui l'elemento della raccomandazione non incide, poiché l'intero processo è certificato. All'interno di una lista di attesa di cinquanta persone in attesa di un trapianto, la selezione dei donatori più compatibili avviene mediante un criterio consolidato.

Ogni trimestre, tutti i pazienti in attesa di un trapianto di rene inviano campioni di siero al laboratorio HLA di Reggio Calabria.

Il laboratorio HLA di Reggio Calabria svolge un ruolo centrale nella gestione di questi campioni, dedicandosi alla ricerca di eventuali anticorpi contro i potenziali donatori. La periodica raccolta dei sieri da parte di tutti i pazienti in lista d'attesa è essenziale per garantire una preparazione accurata in vista della donazione. Al momento della donazione, vengono inviati al laboratorio di ottimizzazione tessutale di Reggio Calabria campioni quali sangue, frammenti di milza e linfonodi provenienti da Cosenza, Catanzaro o direttamente da Reggio.

Questa pratica trimestrale è fondamentale per ottenere un profilo HLA certificato e attendibile. La scelta del laboratorio di Reggio Calabria è motivata dalla sua certificazione, che rappresenta il massimo standard di sicurezza nella regione. Inoltre, si evita di sottoporre i campioni al test HLA a Cosenza, poiché non dispone di un laboratorio certificato. Questo approccio mira a garantire la massima precisione e sicurezza nel processo di trapianto degli organi.

Quando il laboratorio comunica la compatibilità dei pazienti, si procede con la selezione dei primi più compatibili. Nel caso in cui il primo non sia immediatamente idoneo al trapianto, si passa al secondo, il quale, se pronto e ha svolto la dialisi, viene inviato al trapianto direttamente dopo una visita post-selezione. Questo approccio, supportato dalle certificazioni del laboratorio, assicura la corretta esecuzione di ogni fase del processo di trapianto, anche se non sono un esperto in tutte le discipline coinvolte, il mio ruolo è certificare l'operato degli altri professionisti seguendo le procedure stabilite all'inizio del processo.

La necessità di trasferire i pazienti per il trapianto di fegato in un'altra regione comporta numerosi disagi e solleva interrogativi sulla possibilità di sviluppare questa attività direttamente in Calabria. Nonostante il successo ottenuto nel prelievo, preparazione e assistenza ai pazienti in altri tipi di trapianto, come il rene, la mancanza di un programma di trapianto di fegato in Calabria è un limite evidente.

Perché non possiamo avere l'attività di trapianto di fegato in Calabria? Perché sono richiesti almeno 30 trapianti all'anno, ma i limiti sorgono dalla disponibilità di fegati idonei provenienti dai donatori. Alcuni fegati potrebbero essere esclusi per condizioni come la steatosi, che rende il fegato grasso e inadatto per il trapianto. Inoltre, specifiche patologie o tumori invasivi possono controindicare il prelievo del fegato, anche se i familiari hanno acconsentito. In queste situazioni, la priorità è salvaguardare la salute del ricevente, anche se ciò significa rifiutare donazioni che, pur avendo l'assenso familiare, potrebbero comportare rischi e complicazioni per il paziente destinatario.

La creazione di un programma di trapianto di fegato in Calabria potrebbe richiedere un impegno significativo per superare le sfide relative alla disponibilità di organi idonei e alla gestione delle complicazioni. Tuttavia, tale iniziativa potrebbe migliorare notevolmente l'accessibilità e la qualità dei trapianti di fegato per i pazienti calabresi.

Vengono utilizzati come donatori delle persone morte solamente per cause cerebrali acute oppure ci sono delle eventualità in cui magari possono utilizzare anche pazienti morti per altre patologie?

Attualmente, si sta iniziando a prelevare organi da cadaveri deceduti non a causa di lesioni cerebrali acute, ma in reparti di terapia intensiva per altre ragioni. Tuttavia, in Calabria, non abbiamo ancora implementato questa pratica a causa delle necessarie modifiche tecniche che richiedono la presenza di intensivisti cardiocirurghi e attrezzature speciali per sostenere il circolo vitale, che ancora non sono disponibili nella regione. Ci potrebbero essere altri donatori disponibili, ma questo introduce la questione della desistenza terapeutica.

Solitamente, adottiamo un approccio aggressivo alla terapia, facendo il possibile per mantenere in vita il paziente fino a quando c'è un minimo di attività cardiaca, anche se il paziente è quasi clinicamente deceduto. Tuttavia, questo tipo di prolungamento della sofferenza è controproducente, non solo per il paziente che è già in uno stato critico, ma anche per le famiglie coinvolte. Quando ci sono condizioni irreversibili e nessuna possibilità di miglioramento, si attende che il paziente entri in arresto. Attualmente, al Sud, siamo generalmente orientati all'accanimento terapeutico, ma ci sono linee guida nazionali, come quelle dell'Aaroi (Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Intensivisti), che sono utilizzate con successo al Nord.

Tuttavia, implementare queste linee guida e abbracciare la desistenza terapeutica è una sfida complessa. Richiede procedure rigorose e procedure all'interno degli ospedali, nonché una chiara definizione di quando interrompere le attività terapeutiche.

Il contesto più frequente in cui ci si interfaccia con l'espressione del consenso penso sia il rinnovo della carta d'identità considera che sia un contesto opportuno? Sebbene sia il contesto più comune, è fondamentale che l'impiegato comunale non abbia alcuna influenza su questa decisione personale. In un contesto così delicato, è inaccettabile che un ufficiale dello Stato possa esercitare qualsiasi tipo di pressione o interferenza sulla scelta individuale.

Nel caso specifico di un comune nel centro della Calabria, si è verificato un motivo di preoccupazione quando si sono notati ripetuti rifiuti al consenso per la donazione degli organi. La situazione è diventata ancor più sospetta quando si è appreso di una testimonianza diretta di un membro di un'associazione di trapiantati epatici calabresi che aveva dichiarato il consenso alla donazione ma si era trovato registrato come rifiuto sulla scheda.

Questa situazione ha sollevato preoccupazioni legate alla possibile manipolazione delle decisioni di consenso. È stato prontamente segnalato il problema alle autorità competenti, inclusi i responsabili delle carte di identità elettroniche (CIE) presso il Ministero degli Interni. Il funzionario responsabile, il cui terminale sembrava essere collegato a una serie di rifiuti non giustificati, è stato sanzionato a livello di progressione di carriera. Tale sanzione è stata applicata per garantire la correttezza e l'integrità del processo di consenso nella donazione degli organi, sottolineando l'importanza di preservare la libera scelta individuale in situazioni così cruciali.