

Donazione e trapianto di organi



L-19

*Facoltà di Scienze della
Formazione
Università degli Studi di
Macerata
a.a. 2011-12*

Prof. M. Calipari

Introduzione

- ◆ la medicina dei trapianti oggi:
 - superamento della fase "sperimentale"
 - terapia elettiva per alcune patologie
 - elevate percentuali di successo (es. rene)
 - permanere di alcune sfide biologiche e tecniche (es. problema del rigetto)
 - nuove prospettive (es. xenotrapianti, cellule staminali, biotecnologie, ecc.)
- ◆ elemento cardine: la "donazione degli organi" (*ante o post mortem*)
 - grande divario tra richiesta e disponibilità degli organi
 - generale accettazione teorica della donazione, ma "perplexità" nel dare il proprio assenso personale
 - ◆ scarsa conoscenza e dubbi sull'accertamento della morte
 - ◆ timore di abusi
 - ◆ concezione "riduttiva" del rispetto del cadavere
 - ◆ modalità controverse di espressione del consenso informato

Cenni storici

- ◆ **III sec.** : tradizione/leggenda: i Santi Cosma e Damiano, trapianto di gamba del loro sagrestano
- ◆ **1901-1902:** messa a punto dell'**anastomosi vascolare**
 - Alexis Carrel (Chicago, USA)
- ◆ **1943:** studi di **istocompatibilità** sul rigetto di innesti cutanei in pazienti ustionati
 - Peter Medawar (Londra), durante la II guerra mondiale
- ◆ **1954:** primo vero trapianto d'organo
 - Murray (Boston, USA), trapianto di **rene** da donatore vivente consanguineo - gemelli monozigoti
- ◆ **1963:** primo trapianto di **fegato** e di **polmone**
 - T. Starzl (Denver, USA) in un bambino di 2 anni; J.D. Hardy
- ◆ **1966:** primo trapianto di **pancreas**
 - W. Kelly e Lillehei (Minneapolis, USA)
- ◆ **1967:** primo trapianto di **cuore**
 - C. Barnard (Città del Capo, Sud Africa)
- ◆ **1972:** scoperta della **ciclosporina**, farmaco immunodepressore
 - Jean Francois Borel (Basilea, Svizzera);
 - ◆ dal 1983: FDA approva l'uso
 - ◆ dal 1989 impiego del FK506 e altri farmaci immunodepressori
- ◆ **1981:** primo trapianto **cuore-polmoni**
 - Reitz (Stanford, California, USA)

Tentativi d'innovazione

- 1984 California : trapianto di cuore di babbuino in una neonata (Baby Fae); sopravvivenza di 21 giorni
- 1992 Pittsburg (Pennsylvania: trapianto di un fegato di babbuino in due pazienti (massima sopravvivenza di 90 giorni)
 - ◆ conseguente moratoria generale
 - ◆ oggi, primi successi sugli animali che aprono le possibilità di una prossima sperimentazione clinica

Tipologia e classificazione (1)

- ◆ organi attualmente prelevabili a fini di trapianto:
 - rene, fegato (anche parzialmente), cuore, pancreas, polmoni e (recentemente) intestino
- ◆ tessuti che possono essere innestati:
 - cornee, tessuto osseo, cute, valvole cardiache, vasi sanguigni
- ◆ recenti esperienze europee di trapianto di arti interi
 - mano, avambraccio, volto
 - ◆ fortissimo impatto psicologico sul ricevente

Tipologia e classificazione (2)

- ◆ in base alla modalità di prelievo
 - *ex cadavere* (a "cuore battente" o non)
 - *ex vivente*
- ◆ tipologia di trapianti (in base alla relazione donatore/ricevente)
 - trap. *autologhi* (stesso individuo)
 - trap. *isologhi* (individui diversi, ma con lo stesso patrimonio genetico)
 - ◆ queste due tipologie non presentano problemi di rigetto
 - trap. *omologhi* (tra individui della stessa specie)
 - trap. *eterologhi* o *xenotrapianti* (tra individui di specie diversa)
 - ◆ queste due tipologie presentano problemi di rigetto

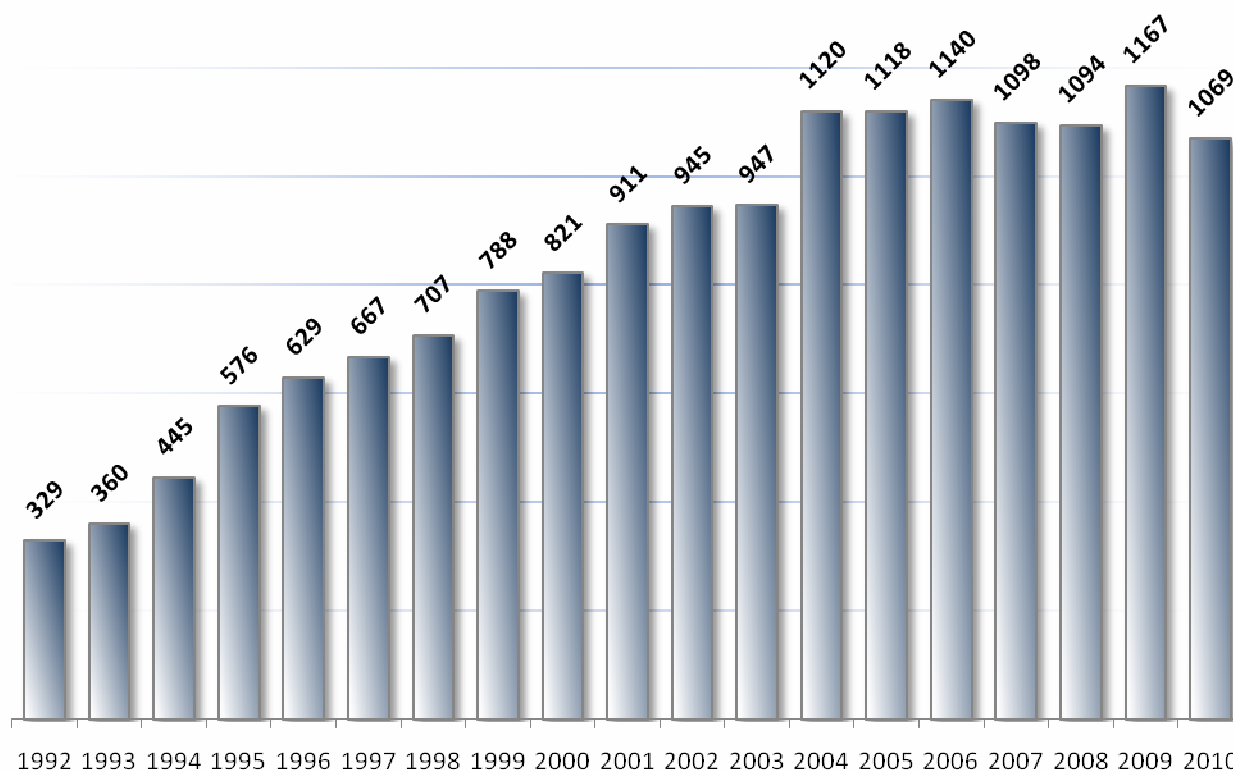
Qualche dato recente...

- ◆ in Italia (2000-2010)
 - numero donatori
 - numero trapianti
 - numero per tipo di trapianto



Attività di donazione 1992 - 2010*

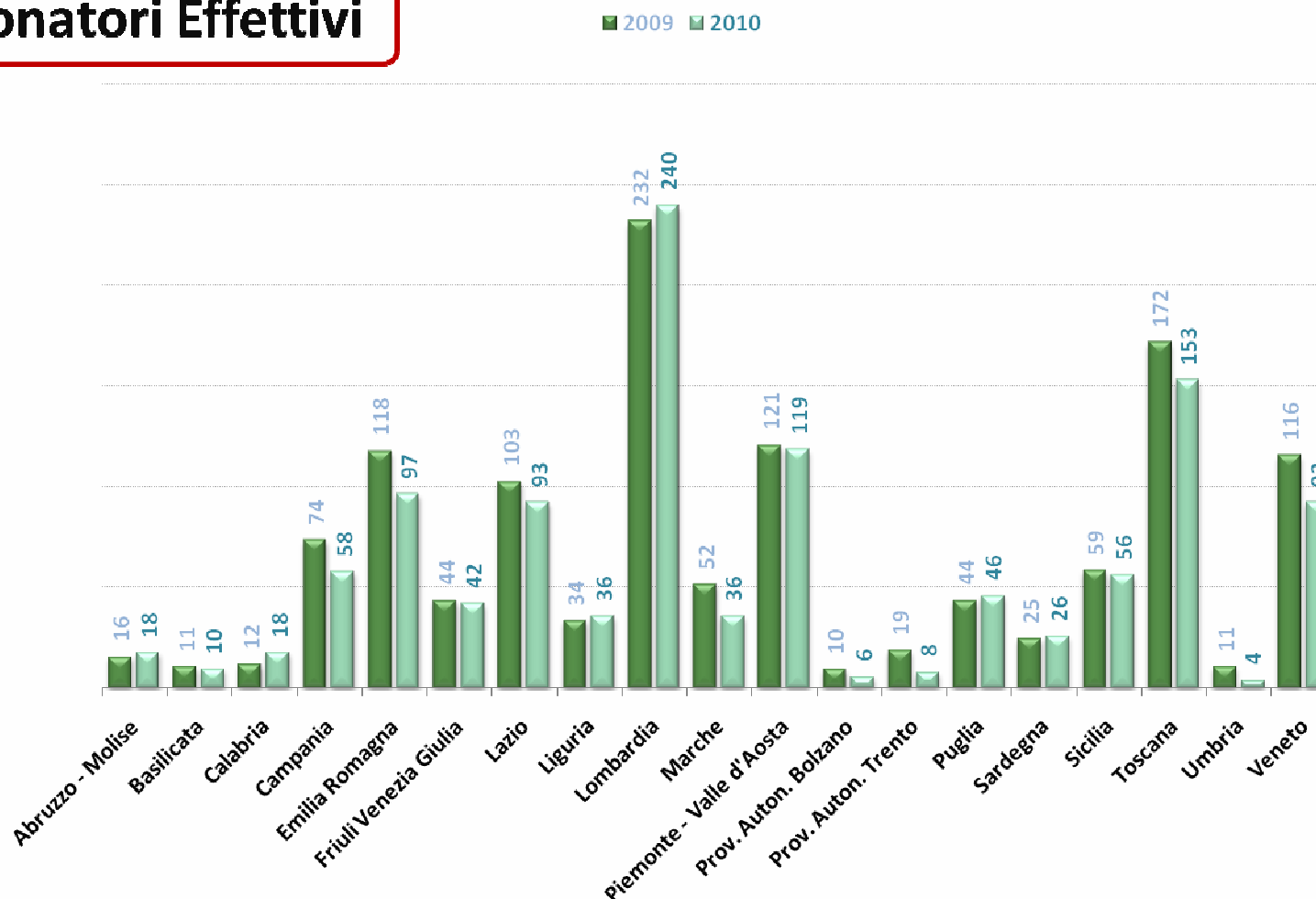
N° Donatori Utilizzati





Attività di donazione per regione – Anno 2009 vs 2010*

N° Donatori Effettivi

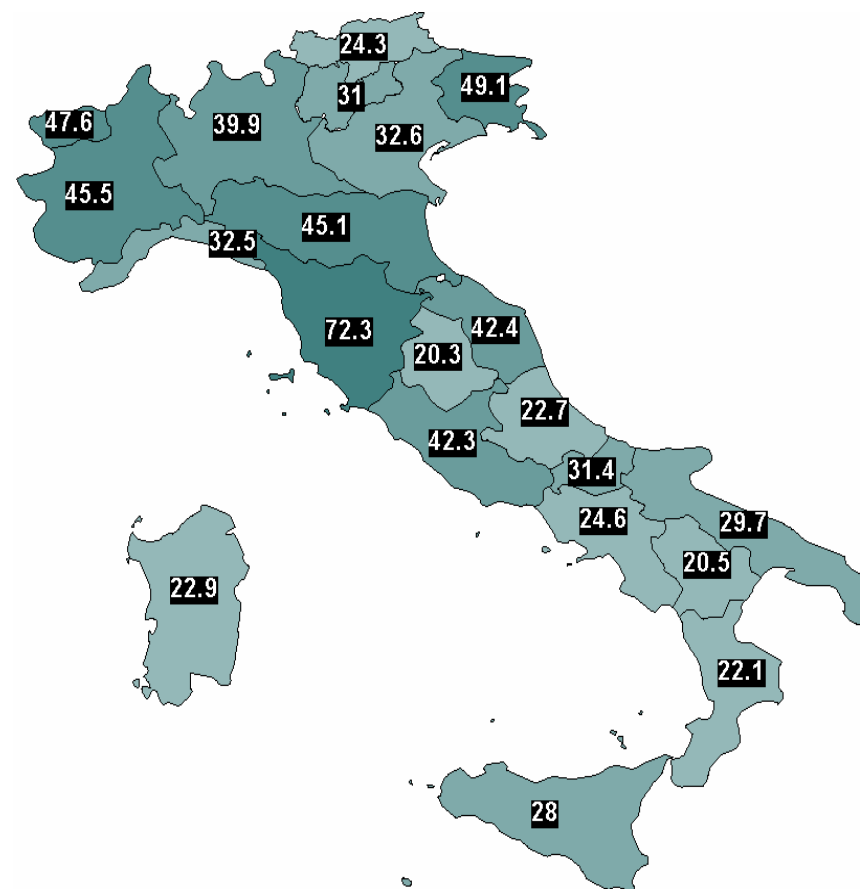
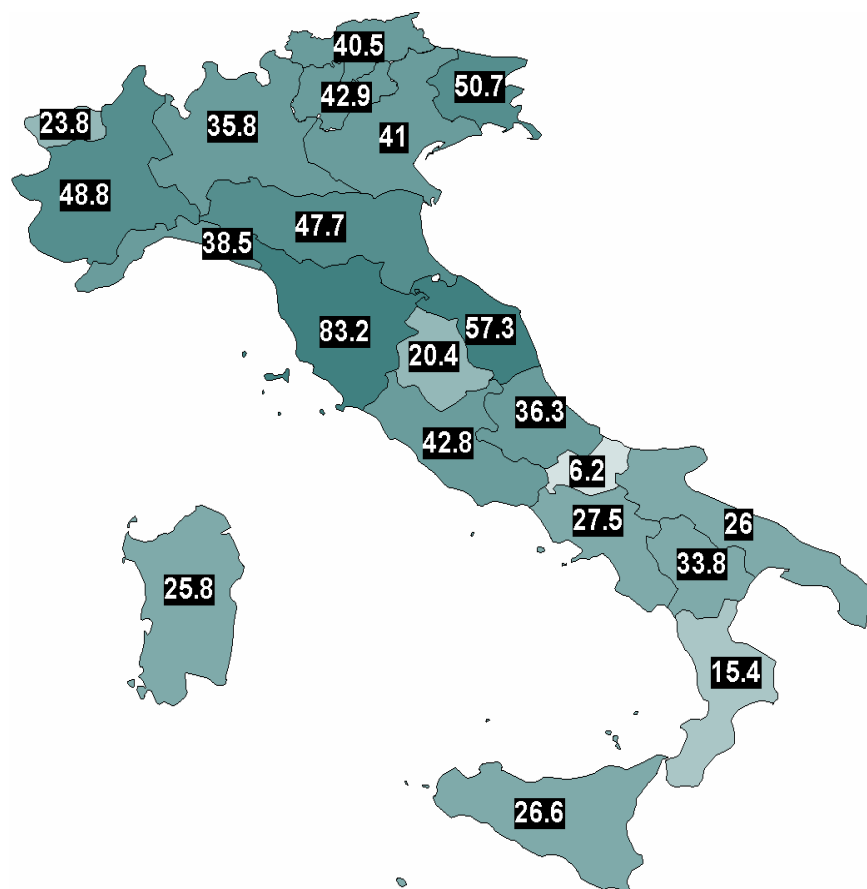




Confronto Donatori Segnalati PMP 2009 vs 2010*

Anno 2009: 39,0

Anno 2010: 37,0

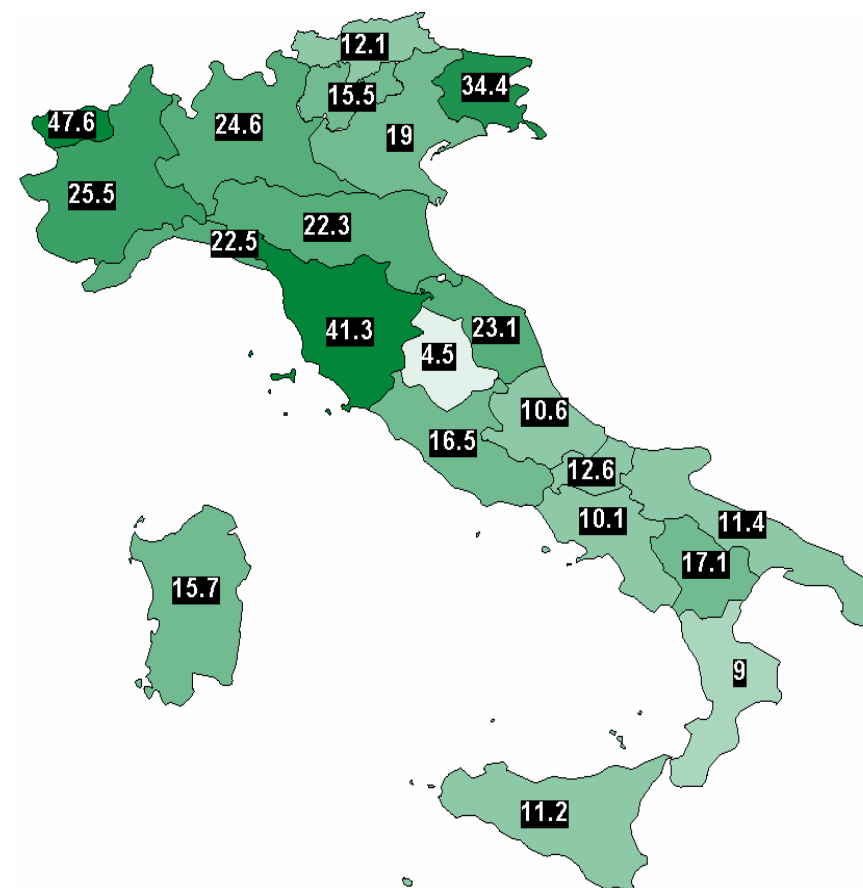
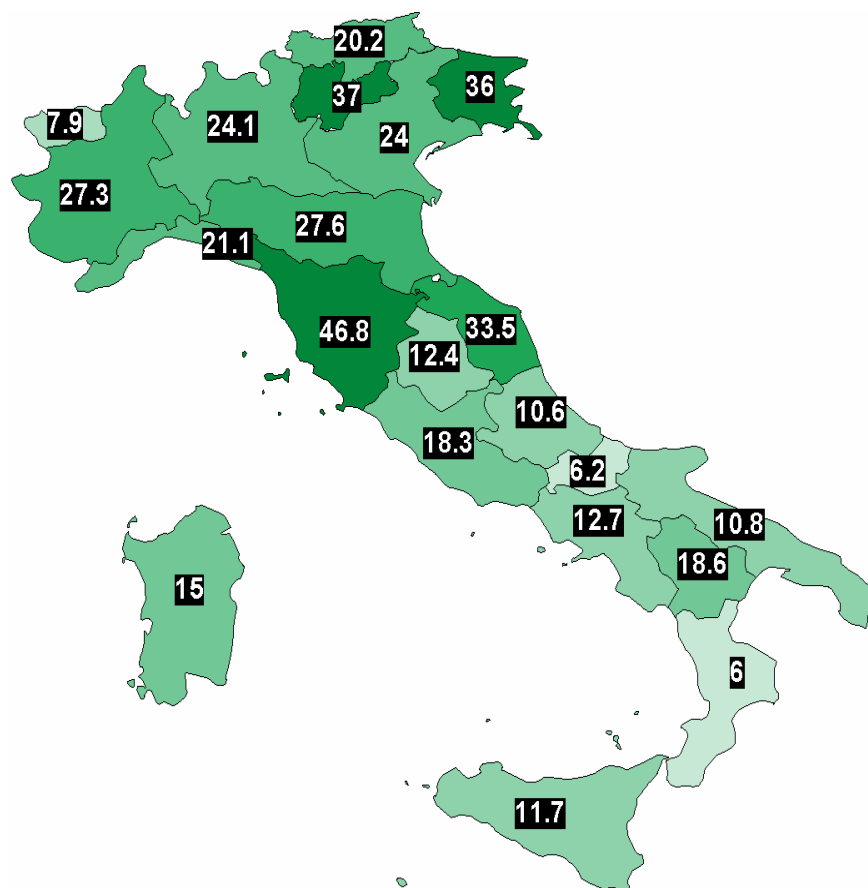




Confronto Donatori Effettivi PMP 2009 vs 2010*

Anno 2009: 21,3

Anno 2010: 19,3

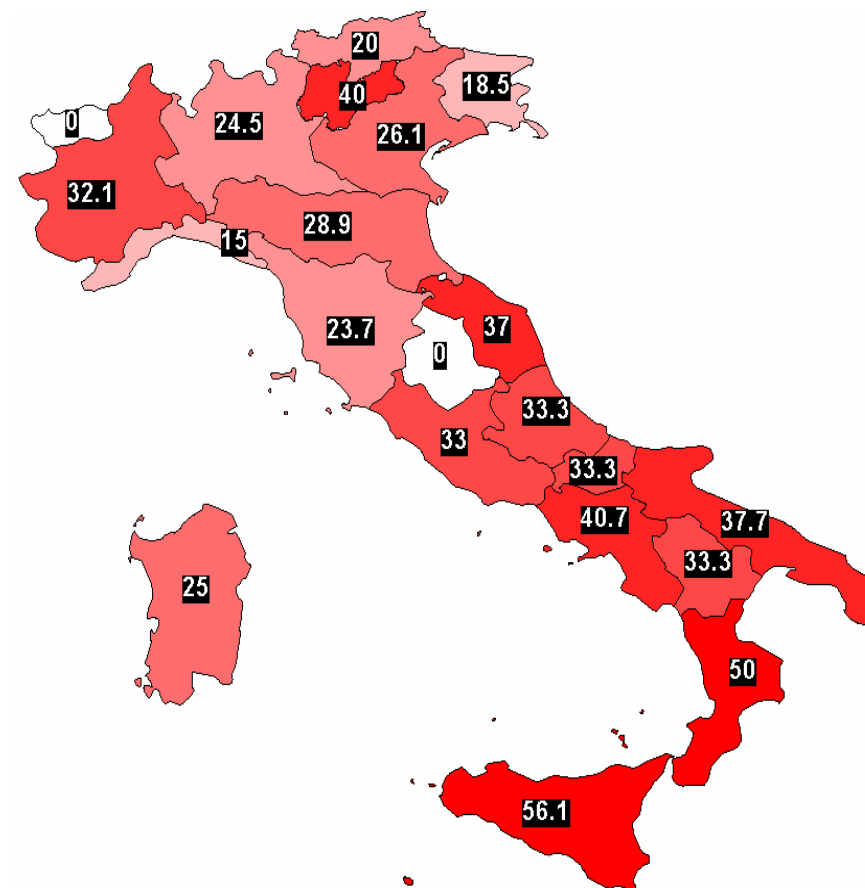
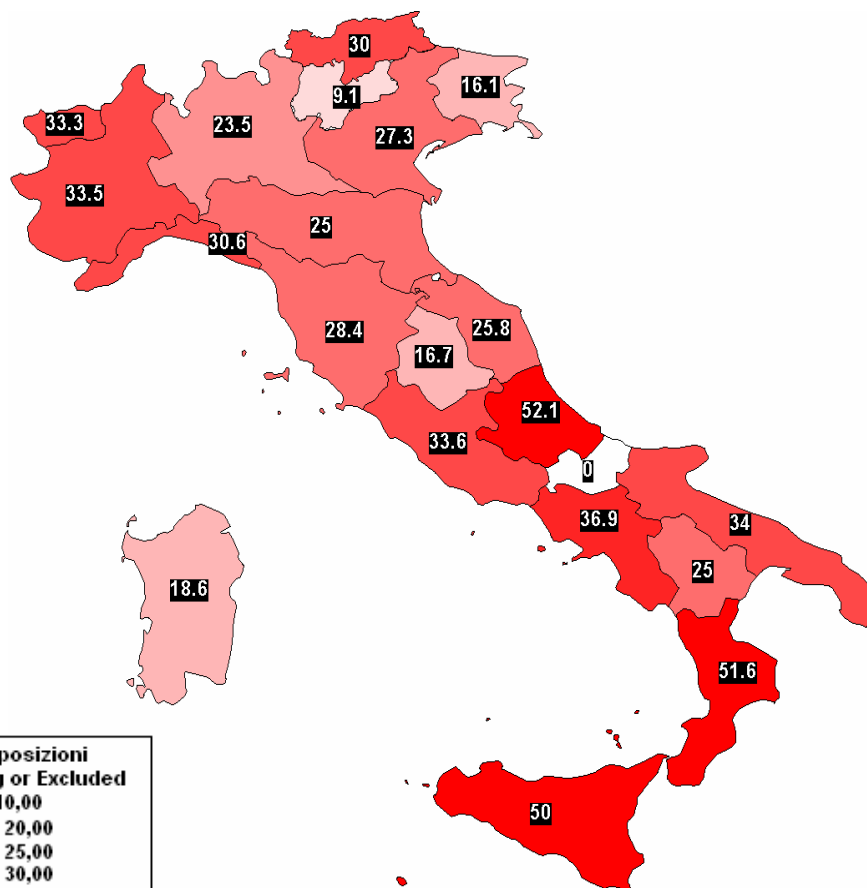




Perc. opposizione per regione – Anno 2009 vs 2010*

Anno 2009: 30,4 %

Anno 2010: 31,2%





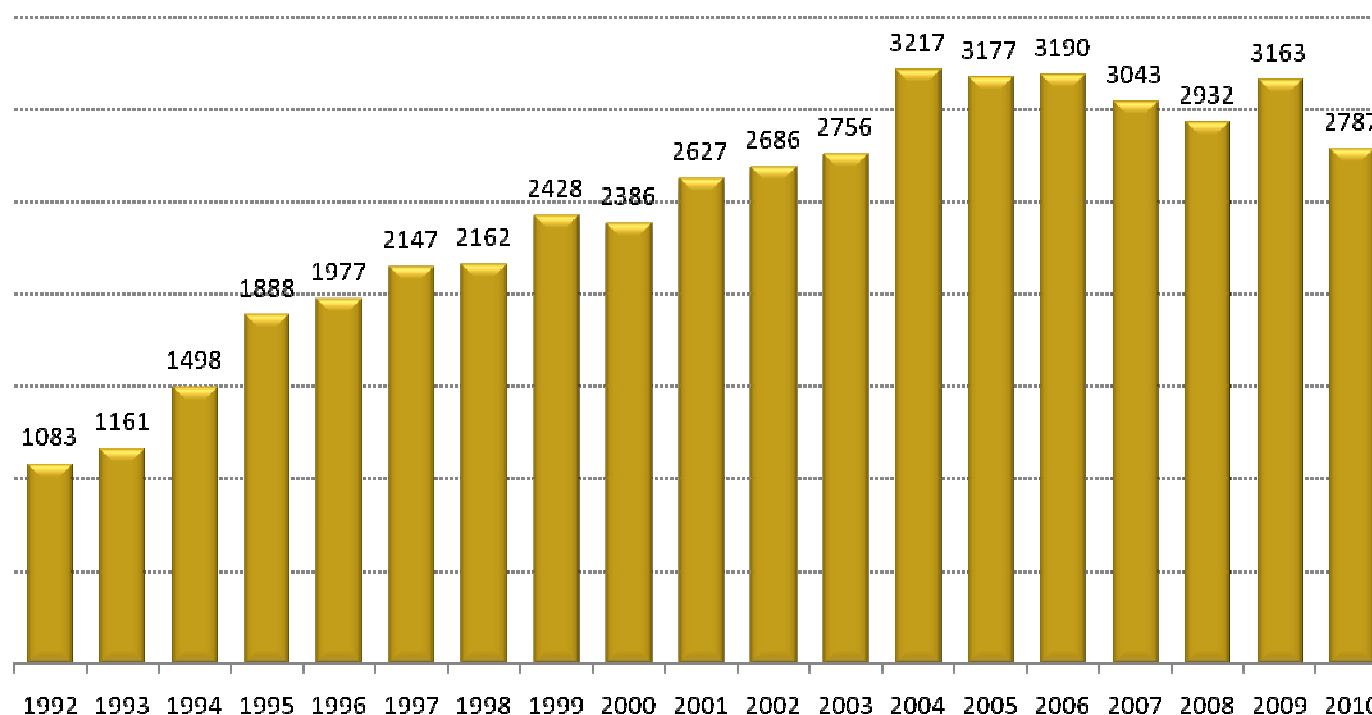
Attività di Trapianto

al 30 Giugno 2010*



Attività di trapianto 1992-2010*

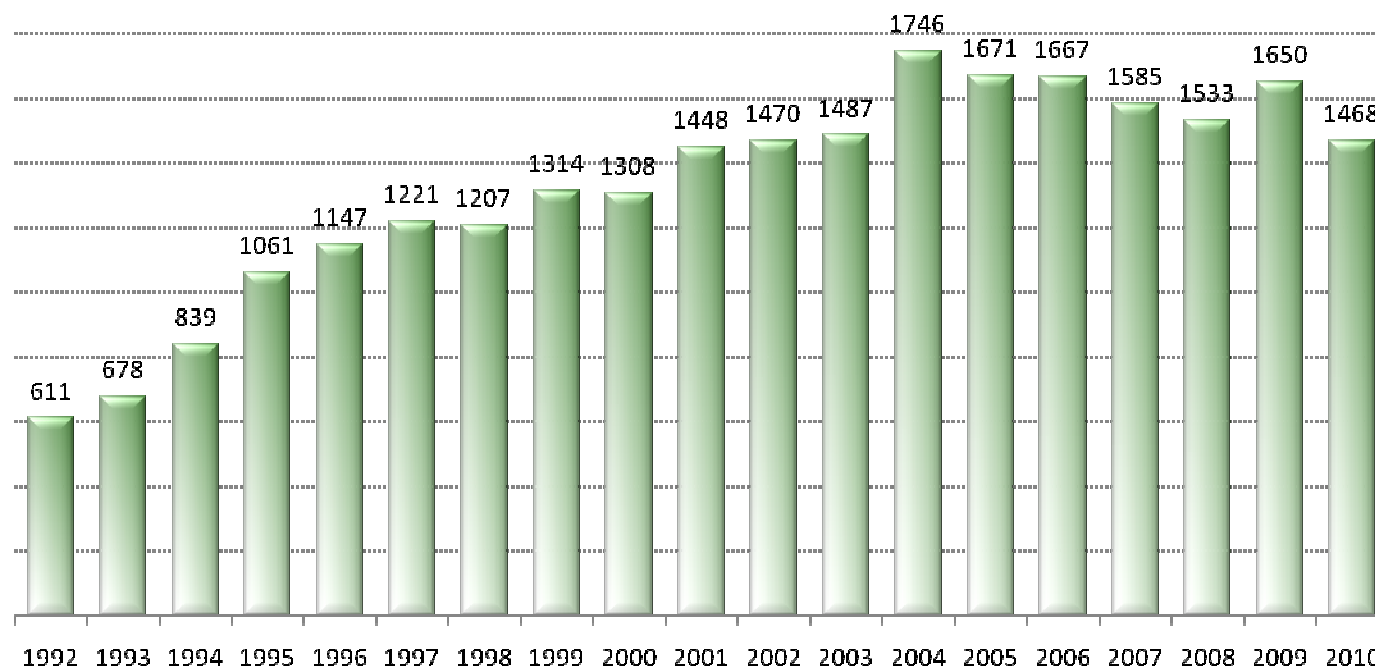
N° Totale trapianti (inclusi i combinati)





Trapianto di RENE – Anni 1992/2010*

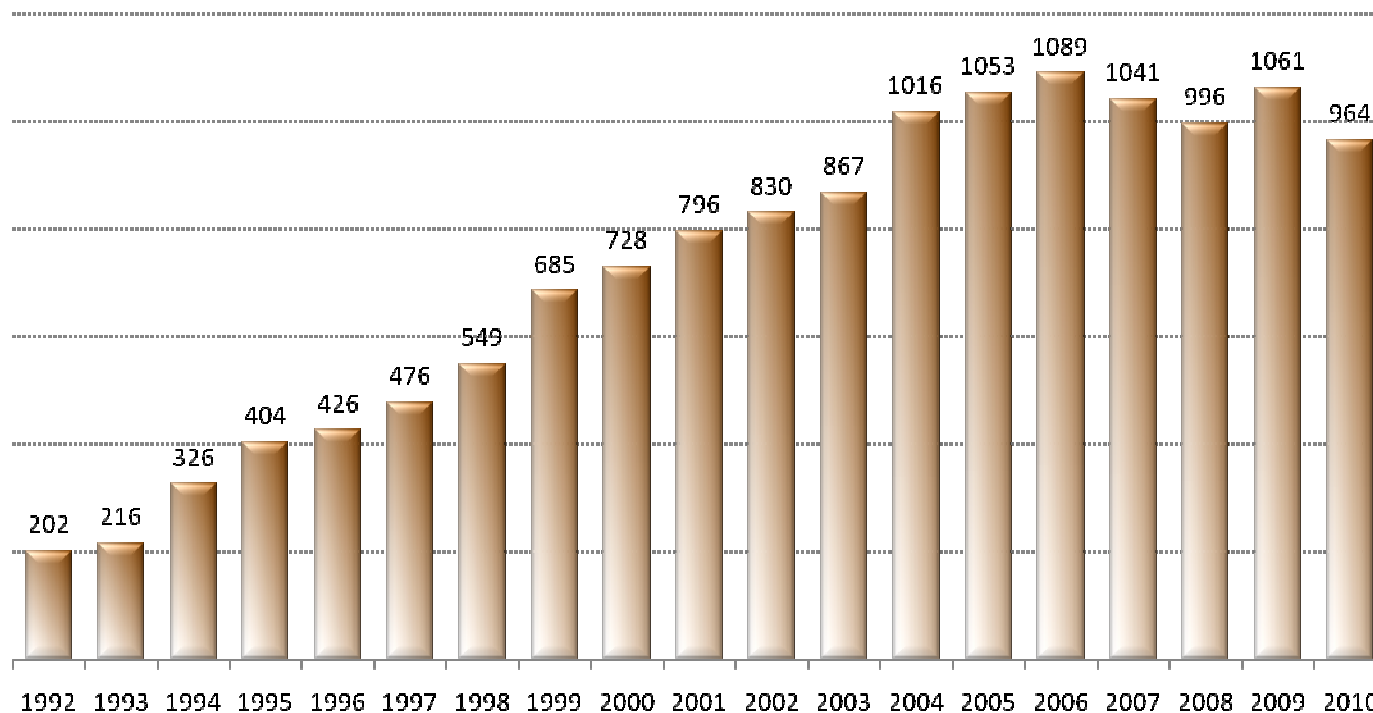
Incluse tutte le combinazioni





Trapianti di FEGATO – Anni 1992/2010*

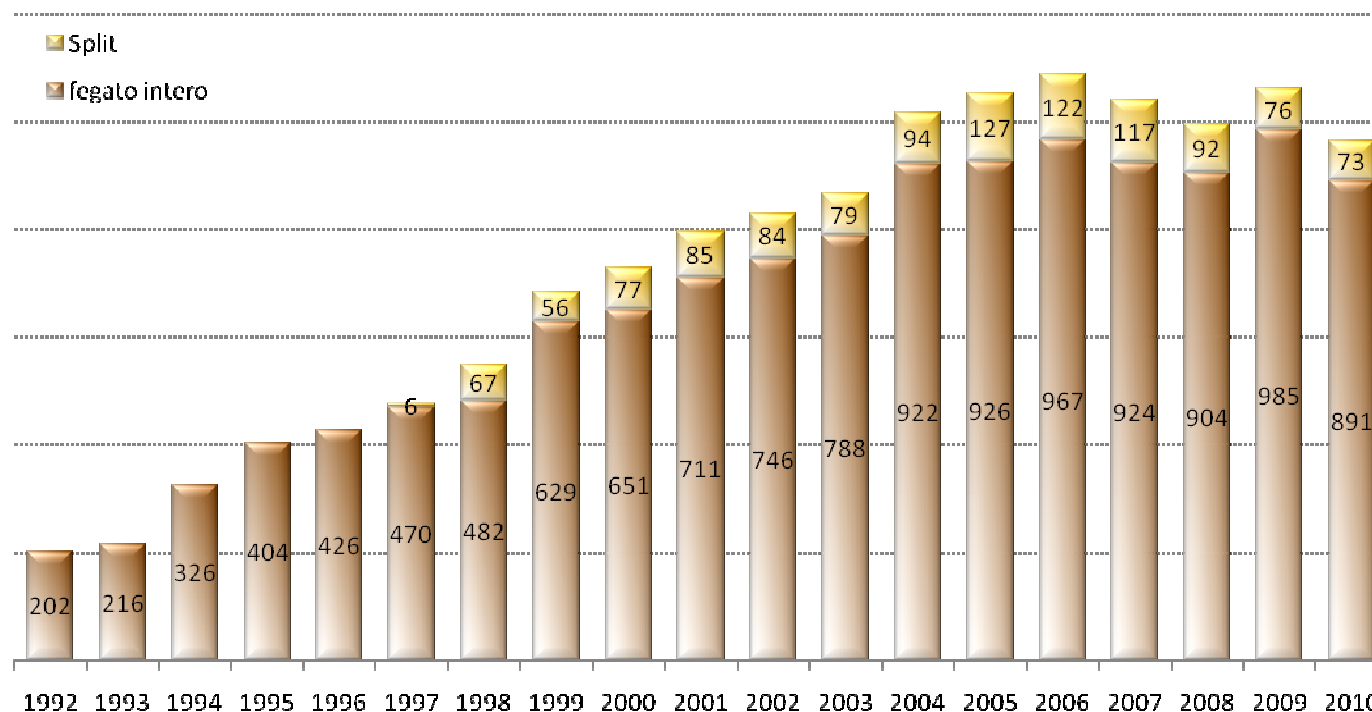
Inclusi i trapianti combinati





Trapianti di FEGATO – Anni 1992/2010*

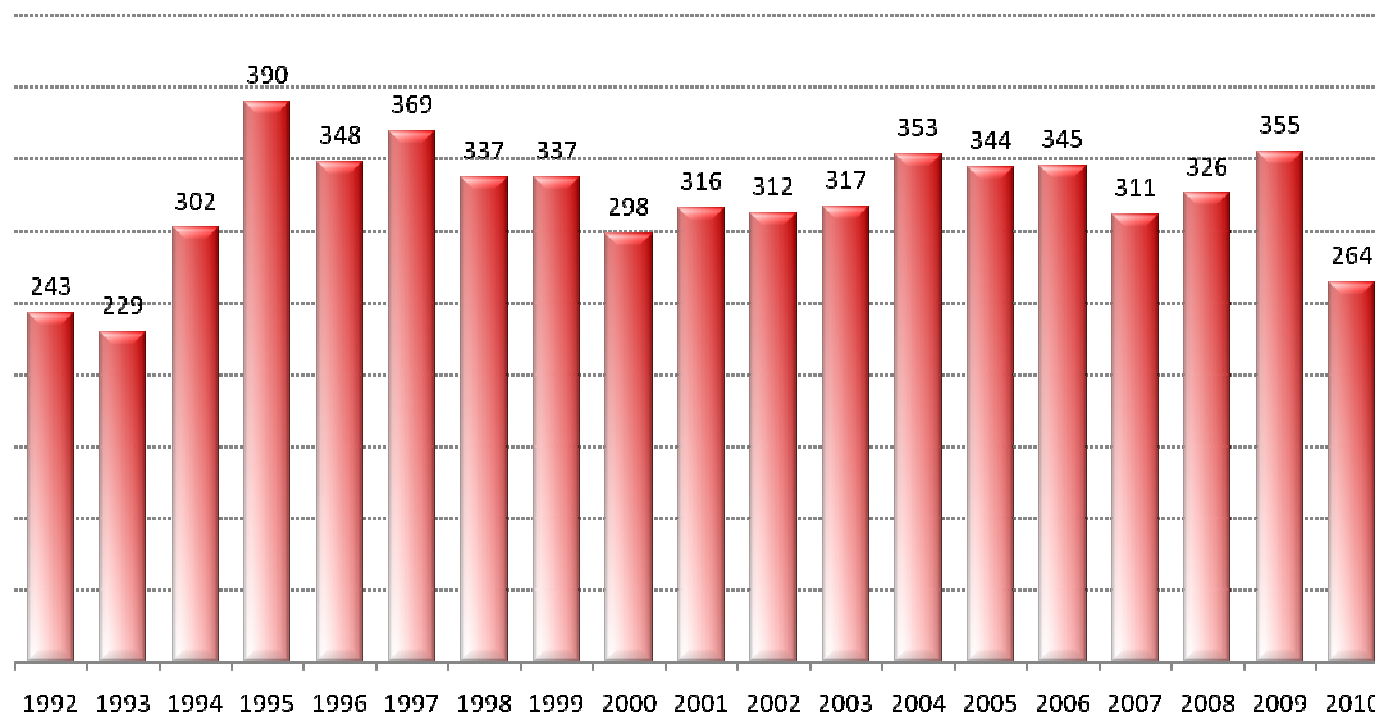
Inclusi i trapianti combinati





Trapianti di CUORE – Anni 1992/2010*

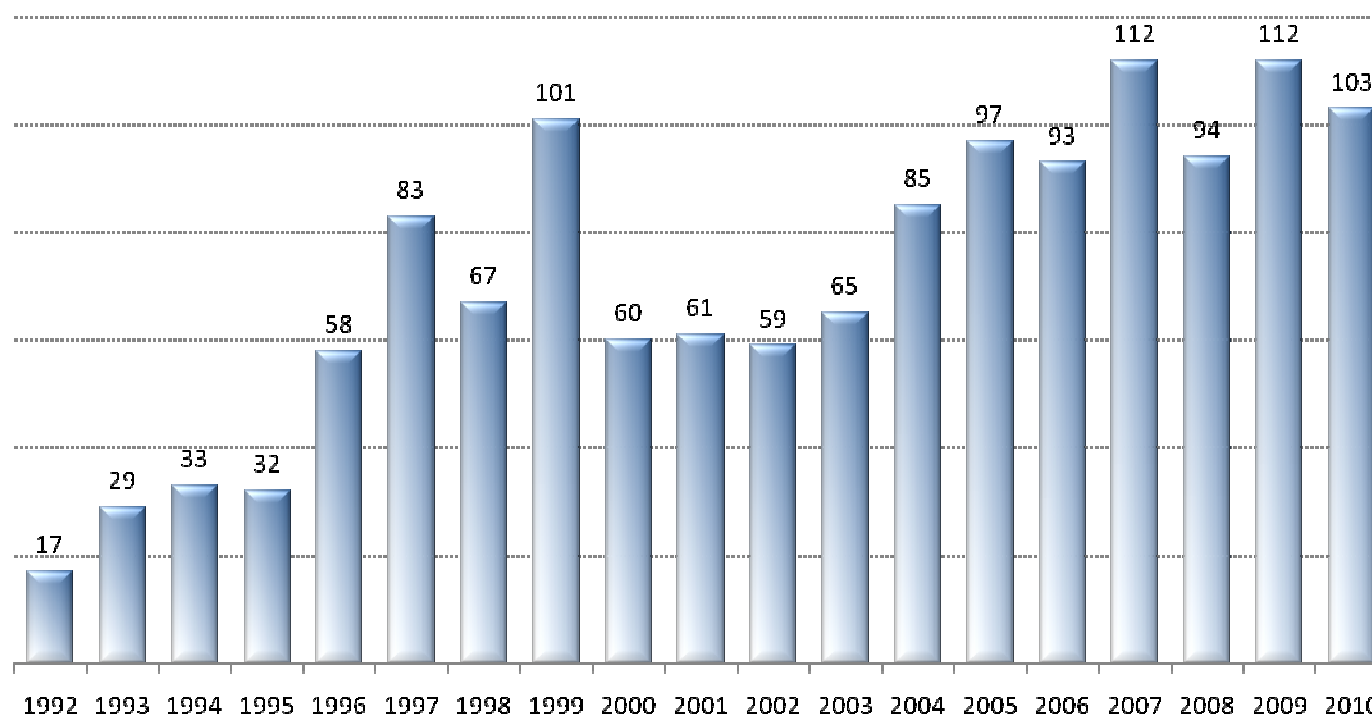
*Incluse tutte le
combinazioni*





Trapianti di POLMONE – Anni 1992/2010*

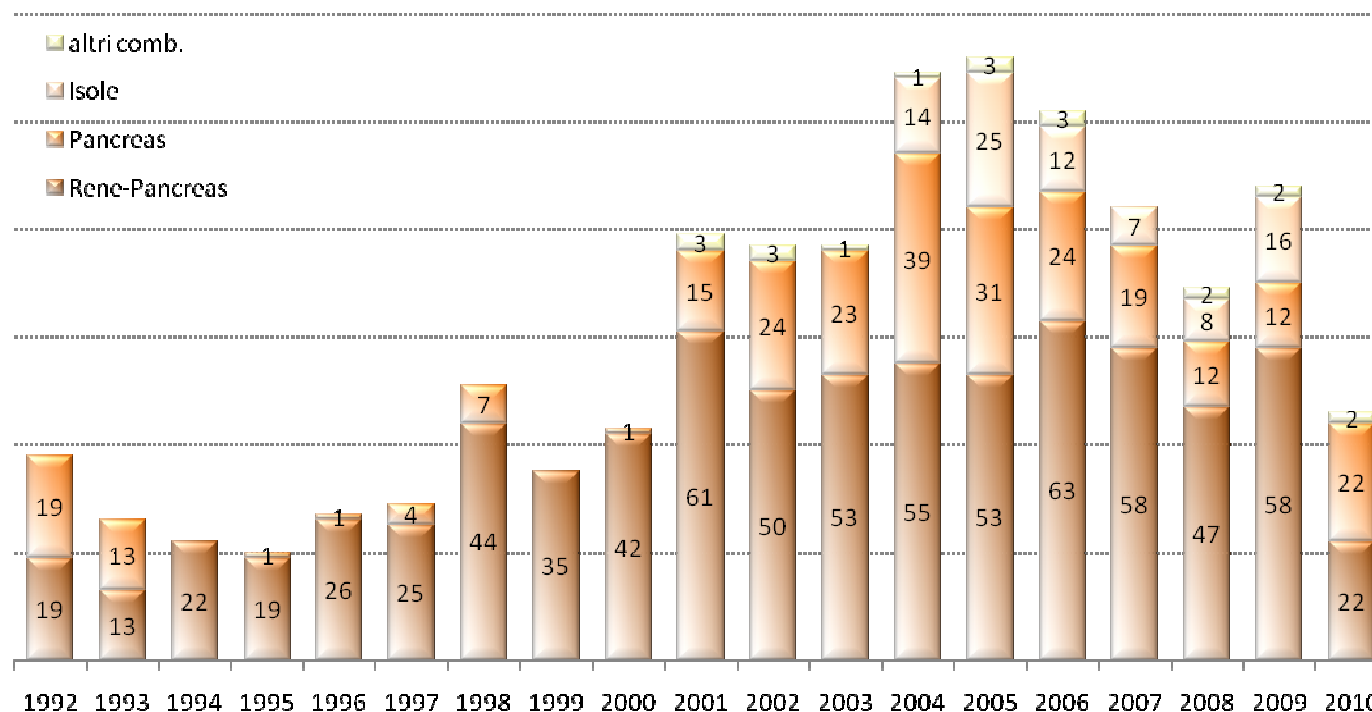
*Incluse tutte le
combinazioni*





Trapianti di PANCREAS – Anni 1992/2010*

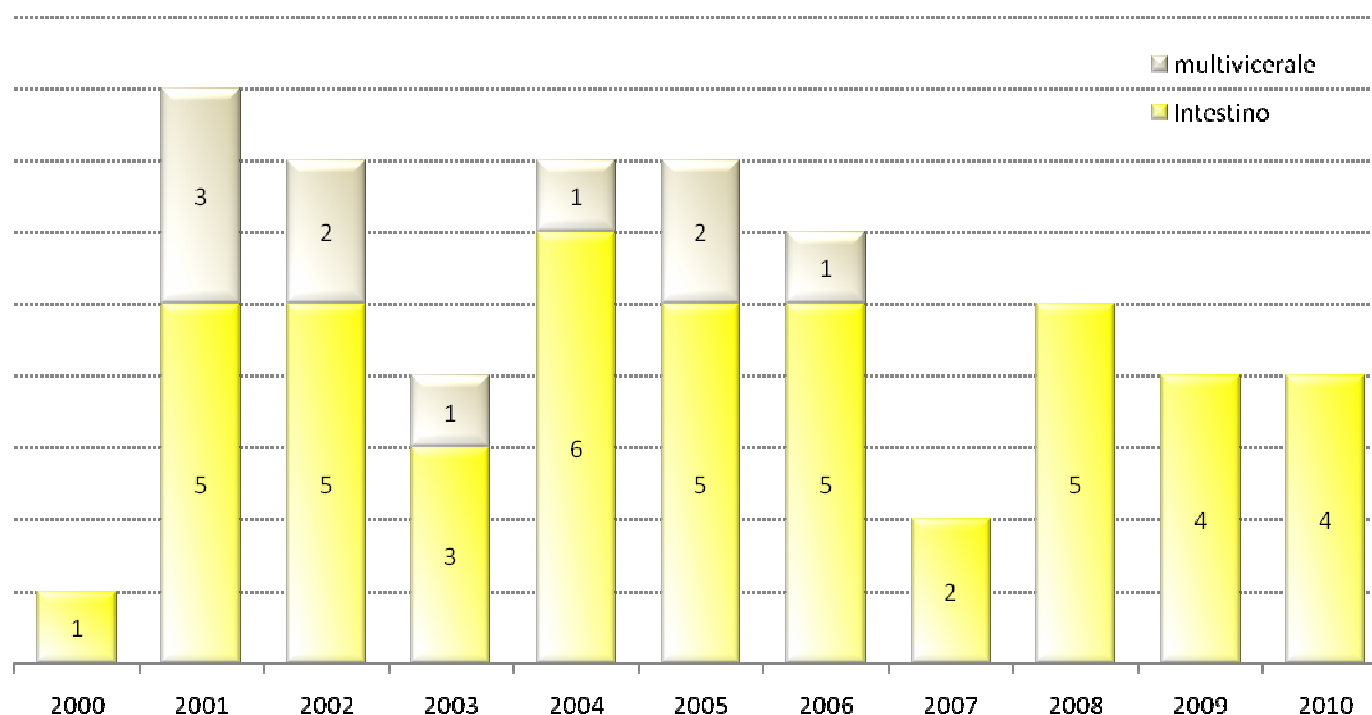
**Incluse tutte le
combinazioni**



** per il trapianto di isole i dati sono disponibili a partire dal 2004



Trapianti di INTESTINO – Anni 2000/2010*



Problematiche antropologiche ed etiche

- ◆ la scelta di donare gli organi
- ◆ il problema dell'accertamento della morte
- ◆ l'identità del ricevente
- ◆ consenso informato e trapianto d'organi
- ◆ l'assegnazione degli organi (criteri e *trriages*)

Problematiche antropologiche ed etiche (1)

◆ LA SCELTA DI DONARE GLI ORGANI

- visuale antropologica personalista
 - ◆ uomo come *unità* di corpo e spirito
 - ◆ la corporeità come epifania della persona e della sua identità profonda
 - ◆ la persona raggiunge la pienezza nel dono di sé per il bene dell'altro
 - ◆ donare ciò che si ha, ma soprattutto ciò che si è, per un bene di *pari dignità* (vita o salute di un altro)
- donare una parte del proprio corpo (organi o tessuti), in modo gratuito, per queste finalità non è solo un atto di generosità o altruismo, ma è anche un modo di realizzare pienamente il nostro essere: è un vero atto d'amore e solo così deve essere inteso

Problematiche antropologiche ed etiche (2)

- ◆ la vita fisica è un bene primario (anche se non assoluto) della persona
 - essa deve essere tutelata in ogni sua fase
 - non è moralmente lecito sopprimere una vita innocente, neanche al fine di raggiungere un bene grande (la salvezza della vita altrui)
 - è moralmente lecito permettere una diminuzione di efficienza o di qualità della propria salute, al fine di procurare un bene più grande (la sopravvivenza altrui)
 - ◆ principio di solidarietà e carità

Problematiche antropologiche ed etiche (3)

◆ di conseguenza:

- una persona vivente può lecitamente donare soltanto organi non vitali (organi pari), o parti di organi vitali, quando
 - ◆ ciò risulti compatibile con la sua sopravvivenza e la sua situazione clinica
 - ◆ vi sia una ragione clinica proporzionata
- *gli organi vitali singoli non possono essere prelevati che **ex cadavere***, cioè dal corpo di un individuo certamente morto. Questa esigenza è di immediata evidenza, giacché il prelievo di questi organi da un donatore vivente significherebbe inevitabilmente causare la sua morte

Problematiche antropologiche ed etiche (4)

◆ donazione vs. altre forme di reperimento degli organi:

■ commercializzazione

- ◆ privata, giuridicamente regolata, clandestina
- ◆ liceità/non liceità della vendita del corpo umano (proprio o altrui) o di sue parti
- ◆ forme lecite di “compensazione/copertura” per i donatori

■ espianto obbligatorio

- ◆ esigito dalle leggi dello Stato in base alla necessità di organi da trapianto

■ predazione e traffico clandestino

- ◆ moralmente illeciti e rigettati dalla comunità
- ◆ problema dello sfruttamento di “minori”
- ◆ perseguiti penalmente

Problematiche antropologiche ed etiche (5)

◆ Giovanni Paolo II

- ...ogni prassi tendente a commercializzare gli organi umani o a considerarli come un'unità di scambio e di vendita, risulta moralmente inaccettabile, poiché attraverso un utilizzo "oggettuale" del corpo, viola la stessa dignità della persona

Discorso ai Partecipanti al XVIII Congresso Internazionale della Transplantation Society, n. 3

29/8/2000

Problematiche antropologiche ed etiche (6)

- ◆ Il problema dell'accertamento della morte
 - in generale, necessario nella prassi nella medicina
 - particolare esigenza nel campo della trapiantologia
 - notevole influenza dei progressi scientifici e tecnologici applicati al campo

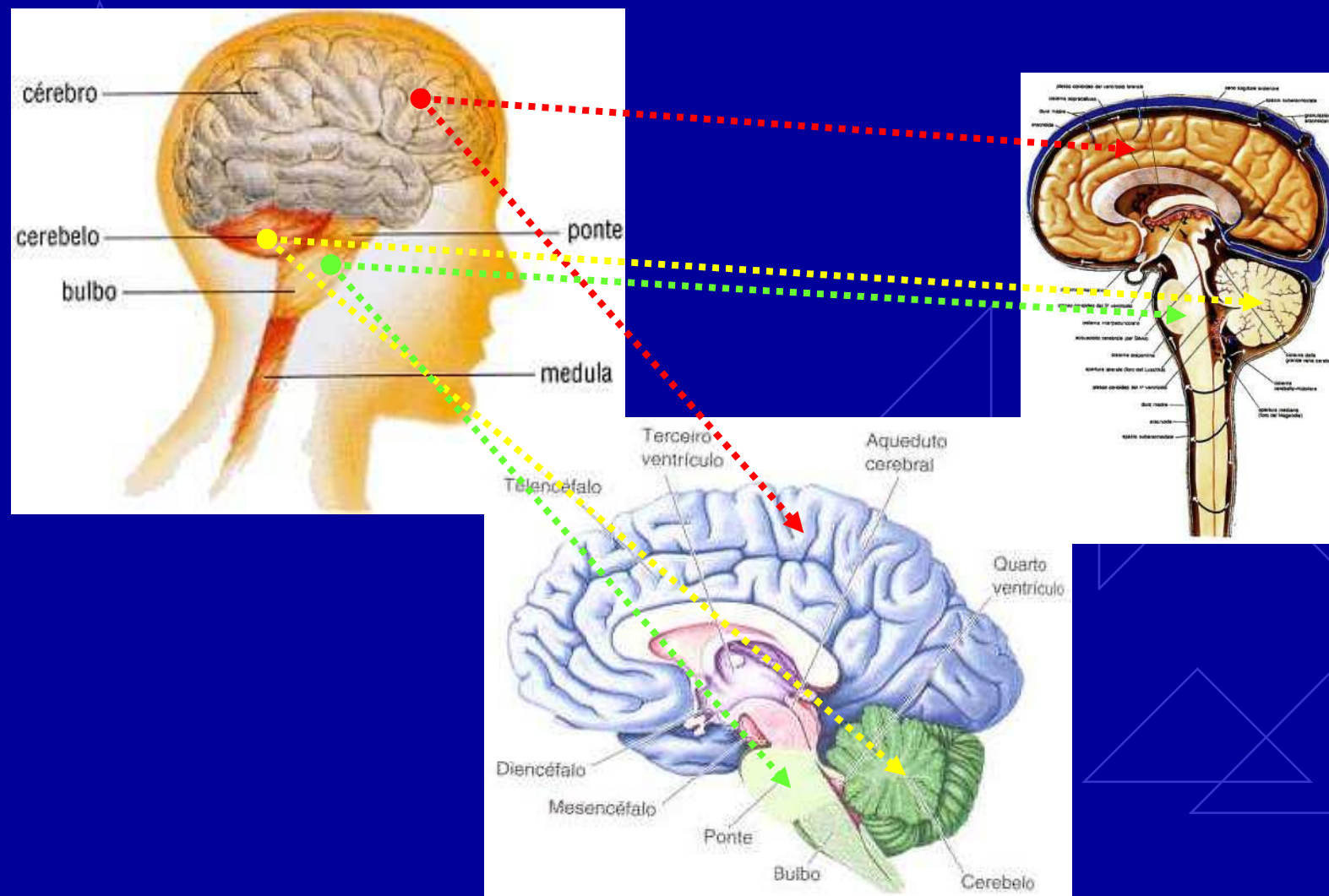
Breve storia

◆ 5 agosto 1968, Comitato di Harvard

■ JAMA(AMA) “*A Definition of Irreversible Coma*”

- ◆ criterio innovativo di definizione-accertamento della morte in aggiunta a quello tradizionale cardiorespiratorio
- ◆ il paziente in coma, senza alcun segno di recettività e di responsività, è considerato in stato di morte cerebrale se, una volta spento il ventilatore per tre minuti, si verificano i seguenti fattori:
 - nessuna attività respiratoria
 - nessun movimento spontaneo o provocato
 - assenza di tutti i riflessi, compresi quelli del midollo spinale
 - il tracciato EEG non presenta alcuna attività elettrica

Un po' di anatomia....



Breve storia

- ◆ Nel 1980 fu costituita negli USA la President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research
 - 1981: documento *Uniform Determination of Death Act* (UDDA)
 - ◆ con la finalità di uniformare la definizione di morte e di fornire risposte adeguate sotto il profilo medico-biologico
 - “L'individuo che presenti la cessazione irreversibile delle funzioni respiratoria e circolatoria, oppure la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'intero cervello, incluso il tronco encefalico, è *morto*. La determinazione della morte deve essere eseguita secondo gli standards medici accertati”

Breve storia

◆ (CNB, *Definizione e accertamento della morte nell'uomo*, 1991)

- morte cerebrale totale “intesa come danno cerebrale organico, irreparabile, sviluppatosi acutamente, che ha provocato uno stato di coma irreversibile, dove il supporto artificiale è avvenuto in tempo a prevenire o trattare l'arresto cardiaco anossico”

Critiche principali

- ◆ ...perdita irreversibile di *tutte* le funzioni encefaliche...
 - Robert D. Troug, James C. Fackler
- ◆ ...cessazione permanente del funzionamento dell'organismo come un tutto (distruzione dell'encefalo, principale integratore dell'organismo)...
 - Daniel Alan Shewmon, Paul A. Byrne

Il problema dell'accertamento della morte

- la morte della persona consiste nella definitiva disintegrazione di quel complesso unitario ed integrato che la persona, in se stessa, è
 - ◆ a **livello ontologico**: separazione del principio vitale (anima) della persona dalla sua corporeità
 - ◆ a **livello clinico**: perdita totale ed irreversibile della capacità di autointegrazione dell'organismo individuale
 - totale cessazione di ogni funzione encefalica ("*whole brain death*")

Il problema dell'accertamento della morte

“la classificazione di un paziente come morto piuttosto che vivo dipende dalla nostra interpretazione di ciò che è rilevante nel concetto di morte”

(D. Lamb, 1985)

- ◆ concetto “idoneo” di morte
 - giudizio filosofico sul verificarsi di un cambiamento sostanziale dell'individuo, in riferimento a “ciò” che è necessario per la vita
- ◆ i criteri clinici di accertamento della morte
 - devono riferirsi a questo “ciò” che è necessario per la vita
- ◆ mutamento di prospettiva sollecitato dalla trapiantologia
 - dai segni cardio-circolatori a quelli neurologici

L'approccio scientifico

definizione "biologica" di **MORTE**:

perdita totale ed irreversibile della capacità globale di integrare e coordinare le funzioni dell'organismo in un'unità funzionale

- ◆ Esiste una e una sola morte dell'organismo umano individuale
 - o si è “vivi” o si è “morti” : non esiste una terza possibilità intermedia
 - confusione ingenerata da una terminologia ambigua (coma profondo, morte cerebrale, morte corticale, morte clinica, vita vegetativa, etc.)
 - ◆ sospetti e timori per possibili strumentalizzazioni
- ◆ L'unica morte possibile dell'organismo può essere accertata con criteri (metodi) differenti:
 - criterio anatomico (devastazione del corpo)
 - criterio cardio-circolatorio (arresto cardiaco prolungato)
 - criterio neurologico (“morte encefalica”)

L'approccio scientifico

- ◆ l'unità funzionale dell'organismo umano (sviluppato e differenziato) dipende essenzialmente dall'ENCEFALO (= cervello + cervelletto + tronco cerebrale)
- ◆ **perciò**, la compromissione *irreparabile* e *irreversibile* di tutto l'ENCEFALO è indicazione certa della morte dell'organismo individuale
- ◆ “la morte dell'organismo, inteso come un *tutto*” non coincide con “la morte biologica di tutto l'organismo”
 - quest'ultima non è un accadimento istantaneo, ma un processo *graduale* e *progressivo*, che procede fino alla completa necrosi di ogni componente organico

L'approccio filosofico

in una prospettiva "personalistica"

- ◆ **La persona umana è "*corpore et anima unus*"**
 - spirito incarnato – corpo spirituale: una realtà unica ed inseparabile, nella fase terrena
 - l'anima, principio vitale, informa il corpo rendendolo "corpo umano"
 - perciò, ogni vita umana "corporale" (*biologica*) è anche vita "personale" (*spirituale*)
- ◆ **La vita umana "*personale*" non è riducibile alla sola vita "*biologica*"**
 - sia nelle singole parti dell'organismo che nella sua totalità
- ◆ **La morte umana "*personale*" coinvolge tutto l'uomo, *corpo e spirito***
 - separazione dei due costitutivi, rottura dell'unità sostanziale
 - l'anima, in quanto entità spirituale, permane - il corpo non più informato da essa cessa di essere "umano" (di persona)

Un approccio “integrato”

- ◆ La vita umana individuale necessita di un substrato biologico minimo (*unità funzionale organica*)
- ◆ Non è possibile individuare *direttamente* il momento della morte “umana”
 - tecniche scientifiche o metodiche empiriche non possono percepire né misurare le realtà metafisiche
- ◆ La morte umana, per l'unità costitutiva della persona, è necessariamente accompagnata da *segni biologici*
 - le tecniche sperimentali possono percepirli e misurarli con certezza

Considerazioni etiche

- ◆ in vista del prelievo di organi vitali:
 - necessità di una diagnosi “certa” di morte del donatore
 - rifiuto di ogni forma di “eutanasia nascosta”
 - non sufficiente né la morte *corticale* né quella del tronco cerebrale
- ◆ obbligo etico di applicare i vari criteri di accertamento della morte con ogni scrupolosità e dovizia professionale
- ◆ la “certezza morale” della morte della persona, come elemento etico *necessario e sufficiente* per agire
 - se correttamente applicati, i criteri neurologici possono portare ad essa



DECRETO 11 aprile 2008

(aggiornamento Decreto 22 agosto 1994, n. 582)

- **Art. 1. : Accertamento della morte e arresto cardiaco**
 - 1. In conformita' all'art. 2, comma 1, della legge 29 dicembre 1993, n. 578, l'accertamento della morte per arresto cardiaco puo' essere effettuato da un medico con il rilievo continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi, registrato su supporto cartaceo o digitale.



DECRETO 11 aprile 2008

(aggiornamento Decreto 22 agosto 1994, n. 582)

- **Art. 2. Requisiti clinico-strumentali per l'accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio**
 - 1. Nei soggetti affetti da lesioni encefaliche sottoposti a trattamento rianimatorio, salvo i casi particolari indicati al comma 2, le condizioni che, ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, art. 3, impongono al medico della struttura sanitaria di dare immediata comunicazione alla Direzione sanitaria dell'esistenza di un caso di morte per cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, sono:
 - a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza, dei riflessi del tronco encefalico e del respiro spontaneo;
 - b) assenza di attività elettrica cerebrale;
 - c) assenza di flusso ematico encefalico, nelle situazioni particolari previste al comma 2.
 - L'iter diagnostico deve comprendere la certezza della diagnosi etiopatogenetica della lesione encefalica e l'assenza di alterazioni dell'omeostasi termica, cardiocircolatoria, respiratoria, endocrinometabolica, di grado tale da interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo.
 - 2. E' prevista l'esecuzione di indagini atte ad escludere l'esistenza di flusso ematico encefalico nelle sotto elencate situazioni particolari:
 - a) bambini di età inferiore ad 1 anno;
 - b) presenza di farmaci depressori del sistema nervoso di grado tale da interferire sul quadro clinico-strumentale complessivo; in alternativa al rilievo del flusso ematico cerebrale, l'iter può essere procrastinato sino ad escludere la possibile interferenza dei suddetti farmaci sul quadro clinico-strumentale complessivo;
 - c) situazioni cliniche che non consentono una diagnosi eziopatogenetica certa o che impediscono l'esecuzione dei riflessi del tronco encefalico, del test di apnea o la registrazione dell'attività elettrica cerebrale.
 - 3. Per l'applicazione delle indagini strumentali di flusso ematico cerebrale si rinvia alle Linee guida di cui in premessa, approvate dalla Consulta tecnica nazionale per i trapianti.
 - 4. Nel caso in cui il flusso ematico cerebrale risulti assente, il medico della struttura sanitaria è tenuto a dare immediata comunicazione alla Direzione sanitaria, ai sensi dell'art. 3, legge 29 dicembre 1993, n. 578.



DECRETO 11 aprile 2008

(aggiornamento Decreto 22 agosto 1994, n. 582)

- **Art. 3. Accertamento della morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a trattamento rianimatorio**
 - 1. Nei soggetti di cui all'art. 2, la morte e' accertata quando sia riscontrata, per il periodo di osservazione previsto dall'art. 4, la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:
 - a) assenza dello stato di vigilanza e di coscienza;
 - b) assenza dei riflessi del tronco encefalico: riflesso fotomotore, riflesso corneale, reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino, risposta motoria nel territorio del facciale allo stimolo doloroso ovunque applicato, riflesso oculo vestibolare, riflesso faringeo, riflesso carenale;
 - c) assenza di respiro spontaneo con valori documentati di CO₂ arteriosa non inferiore a 60 mmHg e pH ematico non superiore a 7,40, in assenza di ventilazione artificiale;
 - d) assenza di attivita' elettrica cerebrale, documentata da EEG eseguito secondo le modalita' tecniche riportate nell'allegato 1 al presente decreto, di cui costituisce parte integrante; e) assenza di flusso ematico encefalico preventivamente documentata nelle situazioni particolari previste dall'art. 2, comma 2.
 - 2. L'attivita' di origine spinale, spontanea o provocata, non ha alcuna rilevanza ai fini dell'accertamento della morte, essendo compatibile con la condizione di cessazione irreversibile di tutte le funzioni encefaliche.
 - 3. Nel neonato, nelle condizioni di cui al presente articolo, l'accertamento della morte puo' essere eseguito solo se la nascita e' avvenuta dopo la trentottesima settimana di gestazione e comunque dopo una settimana di vita extrauterina.



DECRETO 11 aprile 2008

(aggiornamento Decreto 22 agosto 1994, n. 582)

○ **Art. 4. Periodo di osservazione**

- 1. Ai fini dell'accertamento della morte la durata del **periodo di osservazione** deve essere **non inferiore a 6 ore**.
- 2. In tutti i casi di danno cerebrale anossico il periodo di osservazione non può iniziare prima di 24 ore dal momento dell'insulto anossico, ad eccezione del caso in cui sia stata evidenziata l'assenza del flusso ematico encefalico. In tale condizione, il periodo di osservazione può iniziare anche prima di 24 ore dal momento dell'insulto anossico, di seguito alla documentazione dell'assenza del flusso ematico encefalico .
- 3. La simultaneità delle condizioni necessarie ai fini dell'**accertamento** deve essere rilevata dal collegio medico per **almeno due volte**, all'inizio e alla fine del periodo di osservazione. La verifica di assenza di flusso non va ripetuta.
- 4. Il momento della morte coincide con l'inizio dell'esistenza simultanea delle condizioni di cui all'art. 3, comma 1.



DECRETO 11 aprile 2008

(aggiornamento Decreto 22 agosto 1994, n. 582)

○ **Art. 5. Arresto cardiaco irreversibile durante il periodo di osservazione**

- 1. Qualora durante il periodo di osservazione di cui all'art. 4, si verifichi la cessazione del battito cardiaco, l'accertamento della morte puo' essere effettuato con le modalita' previste all'art. 1.



DECRETO 11 aprile 2008

(aggiornamento Decreto 22 agosto 1994, n. 582)

○ **Art. 6. Certificazione di morte**

- 1. Le modalita' relative alla visita del medico necroscopo e la connessa certificazione di morte in caso di arresto cardiaco accertato secondo quanto previsto dall'art. 1, seguono le disposizioni contenute negli articoli 4, 8 e 9 del regolamento di Polizia mortuaria, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285. Nel caso in cui il riscontro elettrocardiografico sia stato eseguito da un medico necroscopo, il medesimo provvede direttamente alla compilazione del certificato necroscopico.
- 2. L'accertamento della morte eseguito con le modalita' indicate negli articoli 1, 3 e 4 esclude ogni ulteriore accertamento previsto dall'art. 141 del regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, sull'ordinamento dello Stato Civile, e dagli articoli 4, 8 e 9 del regolamento di Polizia mortuaria soprarichiamato.
- 3. L'obbligo della compilazione del certificato necroscopico previsto dall'art. 141 del suddetto regio decreto 9 luglio 1939, n. 1238, spetta, in qualita' di medico necroscopo, al medico che ha effettuato l'accertamento secondo quanto previsto dall'art. 1, o al componente medico legale nel collegio di cui all'art. 2, comma 5, della legge 29 dicembre 1993, n. 578, o, in mancanza, al suo sostituto nel predetto collegio.
- 4. Il presente decreto viene trasmesso agli organi di controllo per la registrazione e sara' pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana. Trascorsi quindici giorni dalla data della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale cessera' l'efficacia del decreto ministeriale 22 agosto 1994, n. 582: «Regolamento recante le modalita' per l'accertamento e la certificazione di morte».

Altri documenti

- ◆ Comitato Nazionale per la Bioetica:
 - Definizione e accertamento della morte nell'uomo (15 febbraio 1991)
 - I criteri di accertamento della morte (24 giugno 2010)
- ◆ Centro Nazionale Trapianti:
 - Determinazione di morte con standard neurologico. Elementi informativi essenziali (2009)
- ◆ PCB (USA -The Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues)
 - Controversies in the Determination of Death: A White Paper by the President's Council on Bioethics (Dicembre 2008)

Principali documenti Chiesa Cattolica

◆ Pio XII

- *Discorso all'Associazione Italiana Donatori di cornea ed ai Clinici Oculisti e Medici legali (14 Maggio 1956)*

◆ Giovanni Paolo II

- *Discorso ai Partecipanti al XVIII Congresso Internazionale della Transplantation Society (29 agosto 2000)*

◆ Benedetto XVI

- *Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale "UN DONO PER LA VITA. CONSIDERAZIONI SULLA DONAZIONE DI ORGANI" (7 nov 2008)*

◆ Pont. Acc. delle Sc.

- *The Artificial Prolongation of Life and the Determination of the Exact Moment of Death (1985)*
- *The Signs of Death (2007)*

Problematiche antropologiche ed etiche (8)

◆ l'identità del ricevente

- un organo estraneo al corpo originario della persona ne modifica in qualche modo l'identità e la ricchezza di significati che esso media? Se sì, fino a quale livello di modificazione si può lecitamente giungere?
- concetto di “identità personale” : la *singularità* e *irriducibilità* dell'uomo in rapporto al suo “essere e sentirsi persona”
 - ◆ si esprime nella dimensione storica della persona e, in particolare, nella sua struttura comunicativa, sempre mediata dalla corporeità
 - ◆ l'identità personale costituisce un bene *della* persona, una qualità *intrinseca* al suo stesso essere
 - ◆ diritto/dovere di promuovere e difendere l'*integrità* dell'identità personale di ciascuno

Problematiche antropologiche ed etiche (9)

- l'impianto di un organo estraneo al corpo dell'uomo trova un limite etico nel grado di modificabilità che esso eventualmente comportasse per l'identità della persona che lo riceve
 - ◆ liceità del trapianto, a condizione che *“l'organo trapiantato non incida sull'integrità dell'identità psicologica o genetica della persona che lo riceve”* (Pio XII, 14/5/1956)

Problematiche antropologiche ed etiche (10)

- ◆ non tutti gli organi del corpo umano sono in ugual grado espressione della irripetibile identità della persona
 - alcuni assolvono esclusivamente alla loro specifica funzione
 - altri uniscono alla funzione una forte e personale carica simbolica (valutazione soggettiva)
 - altri organi (es. encefalo e, talvolta, gonadi) hanno una relazione inscindibile, per la loro propria funzione, con l'identità personale del soggetto, indipendentemente dalla loro valenza simbolica - **MAI LECITI**

particolare esigenza di verifica nell'ipotesi
dell'applicazione clinica (cioè, sull'uomo) dello xenotrapianto

Problematiche antropologiche ed etiche (11)

◆ consenso informato

- necessità etica di un previo consenso informato, sia da parte del donatore vivente che del ricevente
 - ◆ **donatore vivente**: rischi prevedibili, eventuali terapie e/o precauzioni post-espianto, dinamiche e criteri di assegnazione dell'organo donato, assenza di pressione psicologica o condizionamento su base affettiva, morale o economica. Per la donazione *post-mortem*, consenso previo, esplicito e personale
 - ◆ **ricevente**: procedure e rischi del trapianto; terapie e/o precauzioni post-trapianto; eventuali alternative terapeutiche

Problematiche antropologiche ed etiche (12)

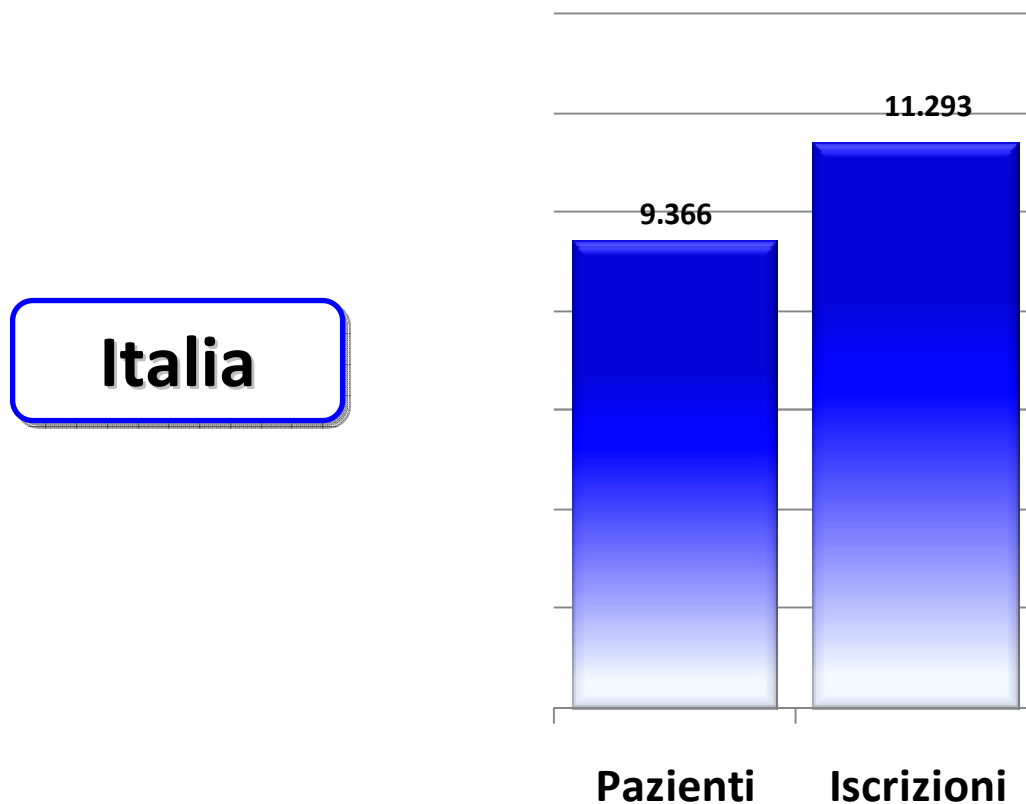
- ◆ criteri d'assegnazione degli organi donati
 - formazione delle liste d'attesa (*trriages*)
 - ◆ fabbisogno maggiore della disponibilità di organi
 - ◆ necessità delle liste d'attesa



Liste di attesa al al 31 maggio 2010*



Liste di Attesa al 31 Maggio 2010*





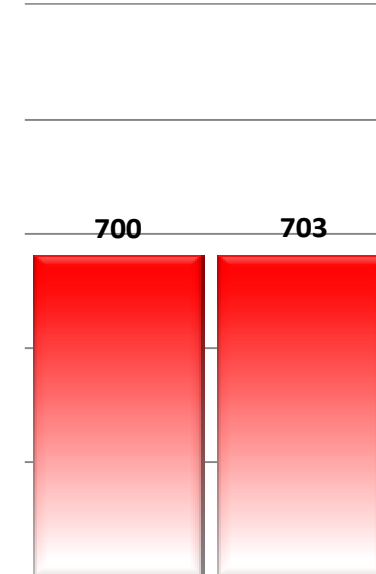
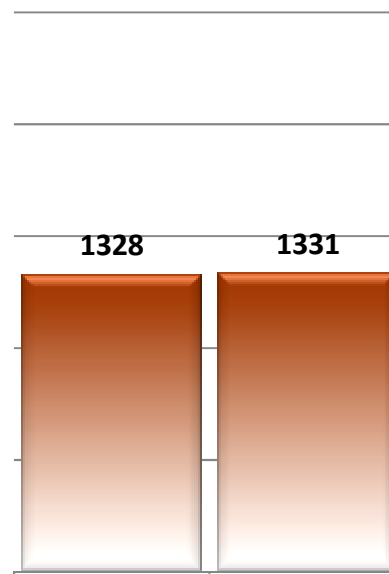
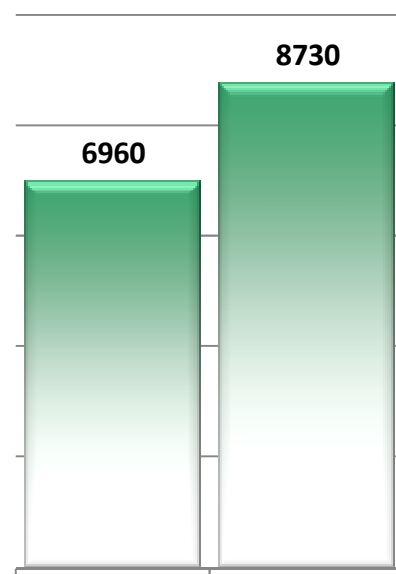
Liste di Attesa al 31 Maggio 2010*

Incluse tutte le combinazioni

Rene

Fegato

Cuore



Pazienti Iscrizioni

Pazienti Iscrizioni

Pazienti Iscrizioni

**Tempo medio di attesa
dei pazienti in lista**

2,95 anni

2,03 anni

2,28 anni

% mortalità in lista

1,36

6,41 %

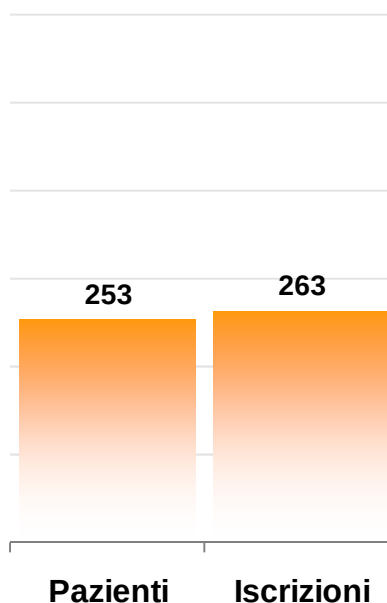
10,19 %



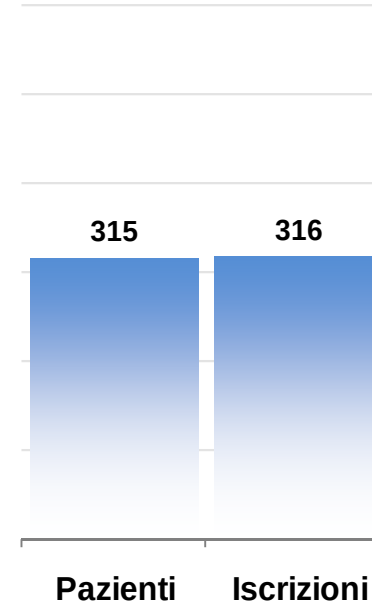
Liste di Attesa al 31 Maggio 2010*

*Incluse tutte le
combinazioni*

Pancreas



Polmone



**Tempo medio di attesa
dei pazienti in lista**

3,01 anni

1,93 anni

% mortalità in lista

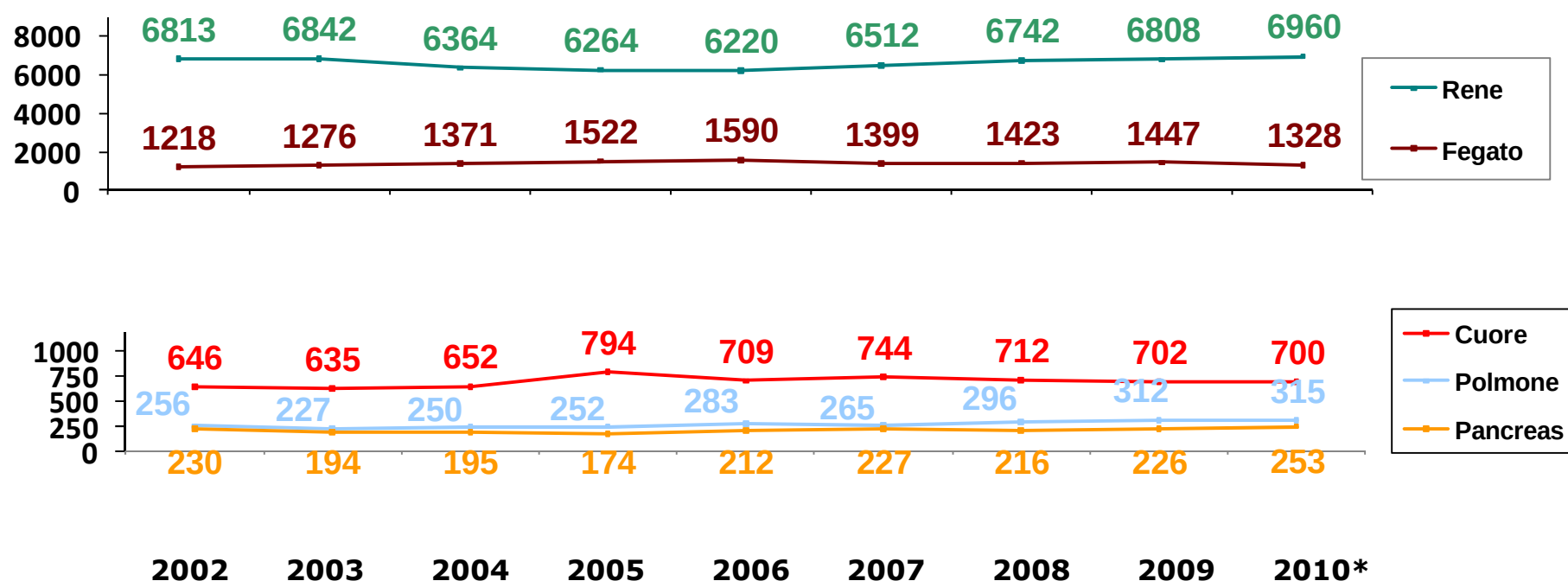
0,85%

14,29 %



Lista di attesa standard *

Pazienti iscritti in lista



Problematiche antropologiche ed etiche (13)

■ criteri:

- ◆ **NO** a logiche di tipo discriminatorio (età, sesso, razza, religione, condizione sociale, ecc.)
- ◆ **NO** a logiche di stampo “utilitaristico” (capacità lavorative, utilità sociale, ecc.)
- ◆ **SI** ad una valutazione fondamentale immunologica e clinica
- ◆ verificato il precedente punto, **SI** ad un criterio cronologico di iscrizione alla lista