

---

## Le pratiche di espianto da un donatore in arresto cardiaco

[Pietro Majno](#)

Se nel caso della donazione in stato di morte encefalica le pratiche di trapianto sono giustificate dal largo consenso che ricevono, nel caso della donazione in stato di arresto cardiaco le reticenze del pubblico e del personale di rianimazione sono una realtà incontestabile che non può essere prevaricata senza svuotare il trapianto dei valori simbolici che lo giustificano. L'autore spiega perché attualmente non si può che accettare il preavviso della Commissione etica di non espandere le pratiche di espianto da un donatore in arresto cardiaco, aspettando e contribuendo a che la coscienza collettiva in proposito maturi.

Il Gruppo di trapianto e la Rianimazione degli Ospedali Universitari di Ginevra hanno chiesto alla Commissione etica di prendere posizione su un programma di dono d'organi in stato di arresto cardiaco. La Commissione ha reso un rapporto nel quale apparivano in primo piano le differenze nelle circostanze del decesso e la scarsa accettabilità da parte del personale di urgenza e di Terapia intensiva delle condizioni nelle quali l'espianto sarebbe avvenuto. Il senso del rapporto, contrario alle attese del Gruppo di trapianto e alle realtà di paesi vicini (Spagna, Belgio e Inghilterra), serve come spunto per una discussione più generale sul significato del trapianto nella società attuale. Il testo che segue, basato su considerazioni personali evolute nel corso di una carriera dedicata al trapianto di fegato, non ha la pretesa di offrire risposte definitive alle problematiche sollevate, bensì soltanto di condividere idee ancora in divenire, e di stimolare una riflessione sui valori del trapianto e più in generale della medicina ad alto contenuto specialistico.

Lo spunto: il donatore in arresto cardiaco e il preavviso della Commissione etica

Mentre per la donazione in stato di morte cerebrale il presunto donatore ha perduto ogni attività encefalica allorché altre funzioni vegetative (la circolazione del sangue, la produzione di urina ecc.) restano sostanzialmente intatte, per il donatore in arresto cardiaco la morte cerebrale è secondaria a un arresto circolatorio. L'arresto circolatorio - ed eventualmente le procedure inerenti alla donazione - può sopravvenire in diverse circostanze, che possono essere schematizzate come segue (la cosiddetta classificazione di Maastricht):

I. Pazienti nei quali l'arresto cardiaco sopravviene al di fuori dell'ospedale. Le manovre di rianimazione, intraprese al di fuori dell'ospedale, sono inefficaci e il paziente all'arrivo in ospedale è deceduto

II. Pazienti che fanno un arresto cardiaco all'ospedale, nei quali la rianimazione è inefficace

III. Pazienti con malattia incurabile nei quali l'arresto cardiaco sopravviene dopo il ritiro (programmato e consensuale) dell'assistenza respiratoria

IV. Pazienti in stato di morte cerebrale, nei quali l'arresto sopravviene prima di un espianto per il quale il consenso è già presente (per esempio durante il trasferimento del donatore in sala operatoria).

Nei pazienti che decedono nelle circostanze I, II e III, la necessità di preservare gli organi in condizioni utili per il trapianto impone delle misure particolari: dopo un periodo di arresto cardiaco senza manovre di rianimazione («no touch») variabile tra 5 e 10 minuti (che corrisponde fisiologicamente a un'ischemia cerebrale irreversibile) un chirurgo posiziona delle cannule per perfondere gli organi e comincia l'influsso di liquido di preservazione (o una circolazione extra-corporea ossigenante). Questo può avvenire, nelle categorie I e II, prima che la volontà del donatore potenziale o della sua famiglia sia conosciuta.

La Commissione ha sottolineato quattro differenze rispetto al decesso comunemente vissuto:

- Esiste una sovrapposizione tra l'annuncio del decesso e l'annuncio della possibilità di donare gli organi, praticamente contemporanei. Addirittura, nel caso di un decesso conseguente al ritiro terapeutico in Terapia intensiva (III), la domanda di donazione precede il decesso.

- Il tempo per una prima fase di lutto è limitato e il decesso è circondato da una serie di manovre inabituale (telini chirurgici, accesso ristretto a una mano e al viso). La Commissione etica ha considerato il rischio di trasformare un momento doloroso in un trauma medicalizzato.

- Il tempo lasciato alla famiglia per decidere o accettare il dono (se la volontà della persona deceduta è conosciuta) è spesso limitato.

- La persona deceduta può essere oggetto di gesti che non sono nel suo interesse diretto, ma nell'interesse di un ricevente, talvolta effettuati dalla stessa équipe che ha praticato la rianimazione, facendo sorgere il fantasma di una commistione di interessi, con possibili ripercussioni sulla fiducia che la popolazione riserva ai curanti.

Le circostanze dell'accompagnamento alla persona che decede sono dunque considerevolmente modificate sia per il personale curante sia per la famiglia. A causa di queste differenze, la Commissione etica si è detta preoccupata per l'impatto psicologico potenziale presso le squadre di rianimazione e urgenza, e più largamente nel pubblico, con possibili ripercussioni negative sul dono d'organi in generale. Le testimonianze del personale di rianimazione hanno rivelato il ben fondato di queste preoccupazioni e in definitiva la raccomandazione della Commissione etica è stata di non sviluppare la pratica di donazione nelle condizioni sopracitate (eccetto la categoria IV, che non si demarca sostanzialmente da un espianto tradizionale).

#### Posizione rispetto al preavviso

Come interlocutore di fronte a percezioni e sentimenti che mi vengono espressi (la differenza nel decesso, nel consenso e nel dono), non posso che prenderne atto. Posso discutere se questi sentimenti siano giustificati, se possano cambiare in futuro, perché in me siano diversi; mi attristano nella mia posizione di curante di pazienti in lista d'attesa, riflettono una posizione meno avanzata rispetto ad altre realtà che conosco e auspico (il modello spagnolo, per esempio), ma costituiscono in ogni caso - nel presente - una situazione di fatto.

La discussione deve dunque portare sull'opportunità di una scelta di politica sanitaria: passare oltre alle reticenze di cui sopra per un bene più grande, la salute dei pazienti in lista d'attesa. Una scelta del genere snaturerebbe, a mio parere, il valore principale del trapianto, come simbolo di valori (tra i quali quello della consensualità, il dono) e lo renderebbe un gesto terapeutico come tanti altri, la cui opportunità potrebbe allora essere messa in questione rispetto ad altre necessità.

#### I valori del trapianto

In una società (e ancora più in un mondo) con problemi di accesso alla salute drammatici, il trapianto non è giustificabile su una base utilitaristica: le poche vite salvate, lo sono grazie a un impegno di risorse che sarebbe lecito dirigere altrove. L'argomento che, nelle società nelle quali la dialisi è disponibile, i costi generati rendono il trapianto di rene economicamente efficace, potrebbe essere limitato al solo trapianto di rene, e i trapianti degli altri organi cadrebbero in una valutazione ancora più severa. Sono i valori associati al dono d'organi e al trapianto che a mio parere ne rendono la pratica giustificabile. Schematicamente i valori del trapianto possono essere divisi a seconda di una prospettiva personale (la famiglia del donatore, il ricevente e i suoi vicini affettivi), istituzionale (gli attori del programma di trapianto) e della comunità sociale (legislatore, organismo di coordinazione, cittadini).

#### Principi e obblighi nell'istituzione e nella società

Posto che il valore principale del trapianto è di essere il contenitore simbolico dei principi che rappresenta, la dissociazione da questi principi lo priva di significato. È per questo che di fronte alle reticenze delle équipes dei rianimatori e dei cittadini sulle procedure di espianto in arresto cardiaco,

espresse nel preavviso della Commissione etica, la posizione non può essere che di accettarle. Forzare il consenso sarebbe contro il principio di collegialità; il principio di rispetto dell'individuo rende inaccettabile fare (senza consenso) gesti percepiti come aventi un'altra finalità che la cura del paziente (come il posizionamento di cannule per la donazione in arresto cardiaco); il rispetto della libertà individuale rende inaccettabile la presunzione del consenso al dono (un dono cessa di essere tale quando è considerato comportamento normale). La conservazione del valore simbolico del trapianto richiede di modificare le nostre domande in conseguenza, aspettando, augurandoci, e contribuendo a che la coscienza collettiva in proposito maturi. Nel momento in cui la donazione sarà diventata un valore collettivo predominante, le differenze tra il dono in arresto cardiaco e in morte cerebrale appariranno come minori e non escludenti.

Si potrebbe discutere se il bene comune possa imporre obblighi che vanno contro la cultura o la coscienza individuale (come era il caso del servizio militare prima dell'obiezione di coscienza). O se si debba investire nel cambiamento di coscienza che renderebbe la donazione in arresto cardiaco consensuale. Ma allora la ricerca del bene comune avrebbe ben altri obiettivi più importanti prima di arrivare al dono d'organi.

Principi e obblighi personali: il trapianto come catalizzatore verso un'etica della convivialità?

Il rispetto dei valori simbolici del trapianto (estrapolabili dalla medicina cosiddetta «di punta», che utilizza le stesse risorse anche se in maniera meno appariscente) apre interrogativi sulla necessità di coerenza, nel nostro vivere quotidiano, con i principi di cui sopra. Ci si può chiedere, per esempio, se il principio della gratuità del dono comporti il rifiuto della mercificazione della persona umana in altri campi pur qualitativamente differenti (come le condizioni di lavoro nelle fabbriche di computer in estremo oriente). O quale sia il giusto guadagno (in opposizione a un profitto eccessivo) delle professioni direttamente o indirettamente retribuite per il trapianto (dal chirurgo alla compagnia farmaceutica che vende gli immunosoppressori). O se la gestione della penuria d'organi, l'appello al dono, in nome della solidarietà tra esseri umani, impongano di applicare gli stessi concetti di responsabilità e condivisione ad altre risorse. Probabilmente, senza uno sforzo verso questa coerenza - almeno come obiettivo di etica personale, a prescindere dal risultato - il lavoro del trapiantatore (o del medico specialistico) si svilisce a gesto tecnico-utilitaristico, ingiustificabile nel mondo attuale. La constatazione più incoraggiante è che, nella nostra realtà di privilegiati, la valorizzazione del tempo e della salute può offrire ricompense più grandi di quanto l'applicazione di una certa coerenza disturbi.

---