

Rubrica

Rassegna di letteratura medico legale e tanatologica

a cura di Andrea Poggiali (*)

LA DONAZIONE DI ORGANI DOPO “MORTE CARDIACA”**di Maria Luisa Di Pietro, Paola Parente e Ciro D'Alò, in *Rivista Italiana di Medicina Legale*, n. 2/2010**

D.C.D.: Donation After Cardiac Death. In italiano significa espianto di organi da soggetti deceduti nei quali l'accertamento della morte è stato effettuato con criteri cardiologici. È un ritorno al passato, perché i primi trapianti avvennero proprio utilizzando tali criteri. La pratica fu abbandonata con l'adozione dei criteri neurologici di accertamento della morte, che consentirono la donazione a cuore battente, in condizioni quindi più favorevoli per la preservazione dell'organo da trapiantare.

La penuria attuale di organi pare giustificare le riprese dell'interesse verso tecniche da tempo abbandonate. I problemi della donazione a cuore fermo sono rimasti fondamentalmente gli stessi osservati agli esordi. L'elevata vascolarizzazione di organi quali fegato, rene, polmoni ecc. li rende sensibili all'ischemia conseguente all'arresto cardiocircolatorio. È pertanto comprensibile la tendenza a ridurre il cosiddetto “no touch time”, cioè il periodo di assenza del battito ritenuto sufficiente per decretare la morte del paziente e procedere all'espianto. Gli Stati Uniti, al riguardo, mostrano difformità sconcertanti: i protocolli adottati prevedono tempi variabili da ottantacinque secondi a cinque minuti. La durata della cessazione del battito non è l'unico aspetto controverso dei protocolli statunitensi. Prima di parlarne è bene elencare le quattro categorie della classificazione elaborata nel 1995 a Maastricht: pazienti morti per arresto cardiocircolatorio prima dell'arrivo in ospedale; pazienti morti per lo stesso motivo dopo l'arrivo in ospedale nonostante i tentativi di rianimazione; pazienti ricoverati in unità di terapia intensiva per i quali si decide di sospendere la rianimazione cardio-polmonare; pazienti che muoiono inaspettatamente per arresto cardiocircolatorio men-

tre sono sottoposti ad accertamento della morte con criteri neurologici.

Torniamo ora alle criticità osservabili nei protocolli statunitensi. Dista perplessità la pratica consigliata del posizionamento di agocannule femorali per farsi trovare pronti all'infusione di soluzioni fredde addizionate ad eparina. Si tratta di un accorgimento utile per la successiva fase dell'espianto: è di facile adozione in un evento programmato come la terza categoria di Maastricht, ma dobbiamo ricordare che è anche privo di benefici per una persona ufficialmente ancora viva. Il vantaggio per il ricevente viene a confliggere con il diritto alla migliore assistenza possibile per il vivente.

La D.C.D. in età pediatrica presenta ulteriori problemi. Le casistiche americane, anche se numericamente molto limitate, hanno evidenziato gravi difficoltà nell'interazione con i genitori. In un margine di tempo estremamente ridotto (parliamo della prima, seconda e quarta categoria di Maastricht) bisogna comunicare l'avvenuto decesso e richiedere il consenso alla donazione. Come se non bastasse, in caso di assenso si toglie la possibilità di rimanere accanto al corpo del proprio figlio, data l'urgenza di avviare le procedure di espianto: senza l'iniziale contatto fisico, l'elaborazione del lutto è ancora più difficile.

In conclusione, gli Autori non respingono l'idea della Donation After Cardiac Death e riconoscono la necessità di espandere il pool dei donatori. Riten- gono però indispensabile una revisione dei criteri cardiologici di accertamento della morte e sottolineano l'importanza di protocolli differenziati per l'età adulta e l'età pediatrica.

(*) *Dirigente medico I livello presso Servizio Igiene Pubblica AUSL Ravenna*