



**Coordinamento Regionale
delle donazioni e dei Prelievi
di organi e tessuti
Piemonte e Valle d'Aosta**



LA DONAZIONE DEGLI ORGANI COME ATTO DI DONAZIONE E PRESA IN CURA DELLA PERSONA

dott. Raffaele Potenza

Anestesista-Rianimatore
A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
Medico
Coordinamento Regionale Donazioni e Prelievi Piemonte e Valle d'Aosta



**Coordinamento Regionale
delle donazioni e dei Prelievi
di organi e tessuti
Piemonte e Valle d'Aosta**



La mamma di Massimiliano



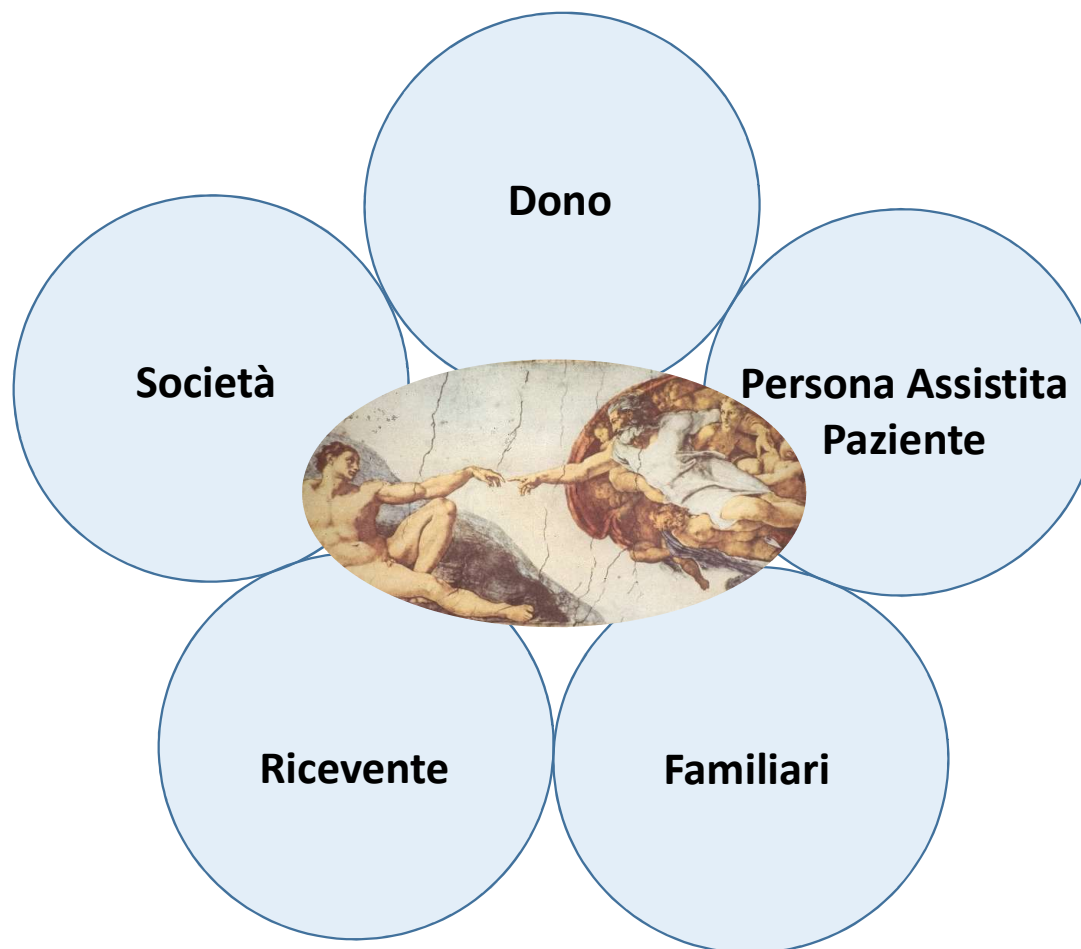
**Coordinamento Regionale
delle donazioni e dei Prelievi
di organi e tessuti
Piemonte e Valle d'Aosta**

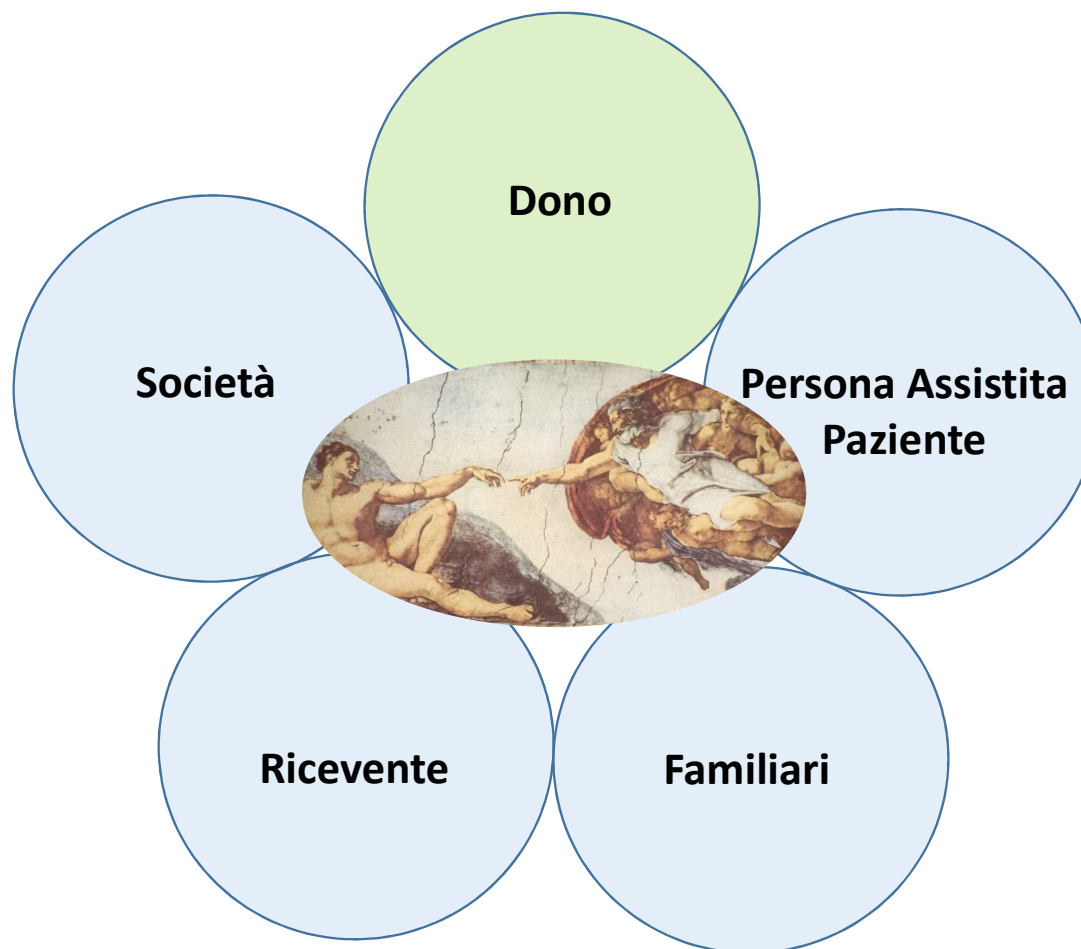


LA DONAZIONE DEGLI ORGANI COME ATTO DI **DONAZIONE** E PRESA IN CURA DELLA **PERSONA**

dott. Raffaele Potenza

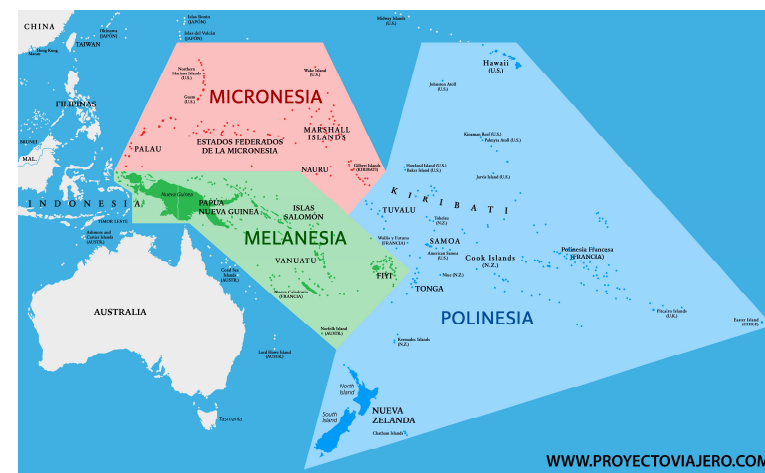
Anestesista-Rianimatore
A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino
Medico
Coordinamento Regionale Donazioni e Prelievi Piemonte e Valle d'Aosta







1. Il Prestigio sta nel donare (donare molto e donare dappertutto)
2. Il dono quale promotore di relazioni sociali
3. Libertà
4. Appagamento personale





Il dono risponde a caratteristiche specifiche

libero

gratuito

spontaneo

mai inteso come perdita

non vi è certezza di restituzione

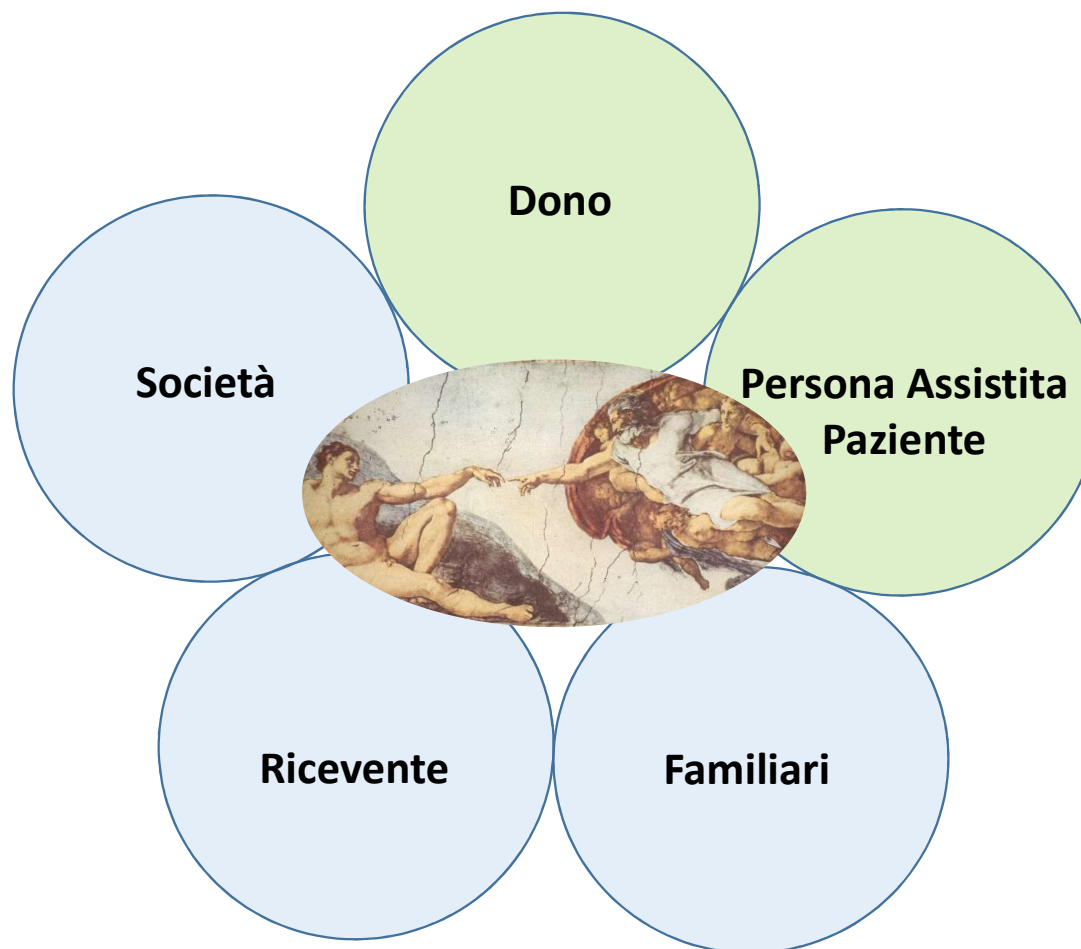
nell'eventualità che questa ci sia non vi è uguaglianza

Godbout J, Lo spirito del dono. Milano: Bollati Boringhieri, 2002.



La donazione e il trapianto di organi sono espressioni significative del *servizio alla vita* e della *solidarietà* che lega fra loro gli esseri umani e sono «una forma peculiare di testimonianza della carità».²¹⁹ Per tali motivi, essi hanno valore morale che ne legittima la prassi medica.

*Valore morale
della donazione
e del trapianto
d'organi*





DONATORE

DONATORE **VIVENTE (LD)**

Tessuti rigenerabili (C.S.E., sangue)
Tessuti "scarto" (cordone ombelicale)

Organi pari (rene)
Segmenti di organi (fegato, polmone)
Solitamente presenza di legami affettivi

Possibile la donazione Incrociata
Possibile la donazione Samaritana

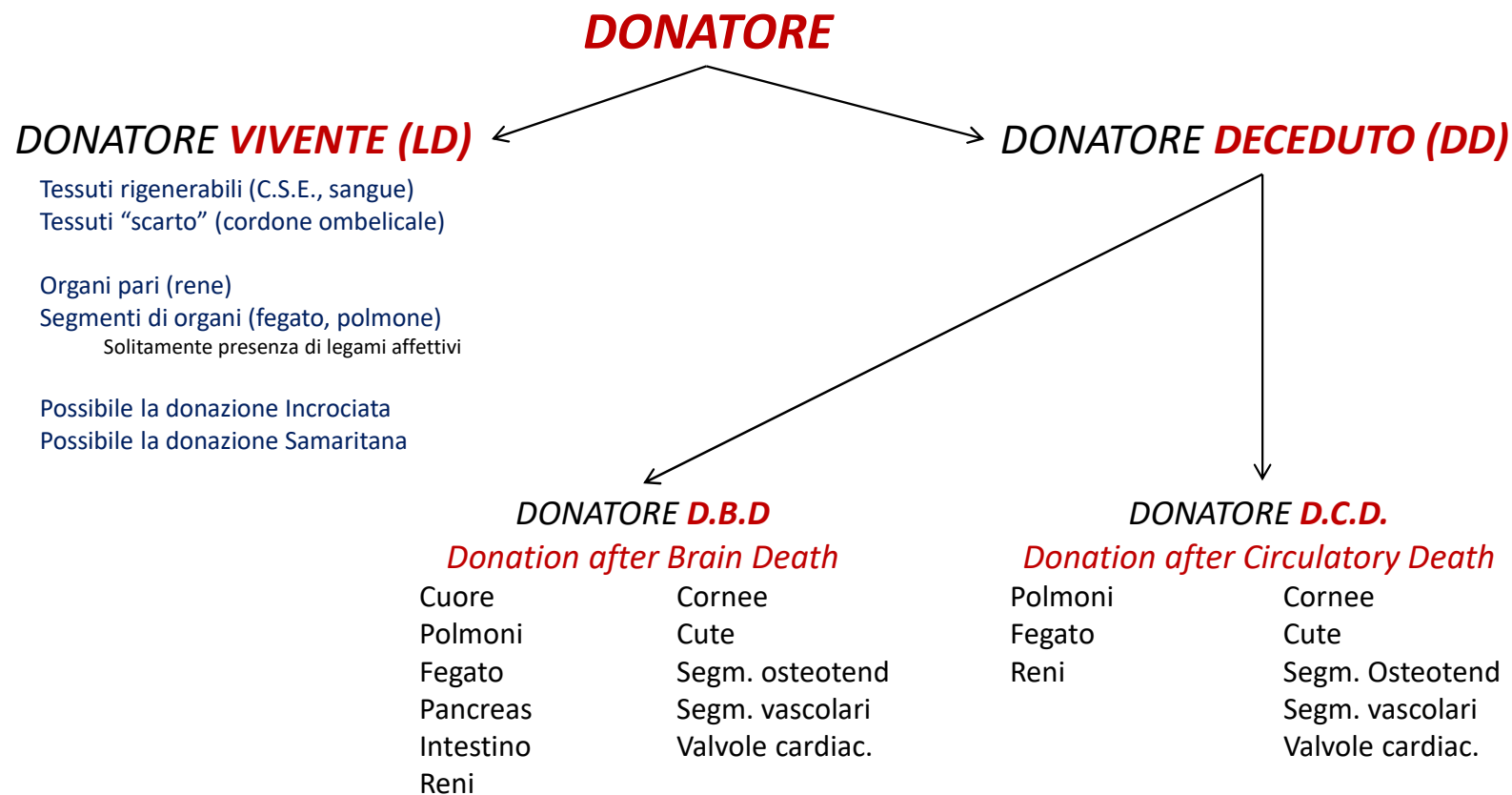
Consenso informato

Idoneità biologica

Idoneità psicologica

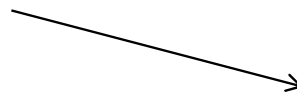
Compatibilità biologica

Presa in carico dal parte del SSR





DONATORE



DONATORE DECEDUTO (DD)

Onorare la scelta di donare



DICHIARAZIONI DI VOLONTA' RILASCIATE IN ITALIA AL 09/11/2025

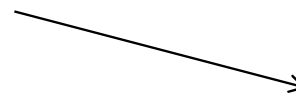
🔍 Approfondimento

Regione ▼	Dichiarazioni registrate presso le ASL (*)					Dichiarazioni registrate presso i Comuni (**)					Numero iscrizioni A.I.D.O. (***)	Totale dichiarazioni
	Consensi		Opposizioni		Totale	Consensi		Opposizioni		Totale		
	Num	%	Num	%		Num	%	Num	%			
PIEMONTE	4.946	75,6	1.595	24,4	6.541	1.183.131	66,0	608.770	34,0	1.791.901	104.752	1.903.194
VALLE D'AOSTA	507	82,7	106	17,3	613	43.097	76,7	13.104	23,3	56.201	6.194	63.008
LOMBARDIA	18.354	79,2	4.823	20,8	23.177	2.898.528	68,7	1.320.863	31,3	4.219.391	444.235	4.688.275
P.A DI BOLZANO	1.798	54,9	1.479	45,1	3.277	146.773	64,7	80.620	35,3	227.393	12.702	237.638
P.A DI TRENTO	737	66,6	369	33,4	1.106	41.512	61,7	26.008	38,3	67.520	20.415	267.895
VENETO	20.407	84,6	3.749	15,4	24.156	1.126.878	57,8	822.449	42,2	1.949.327	235.529	2.081.671
FRIULI V. G.	2.373	72,4	912	27,6	3.285	873.550	61,0	559.254	39,0	1.432.804	14.909	532.344
LIGURIA	730	59,2	509	40,8	1.239	96.718	59,6	65.639	40,4	162.357	36.587	688.962
EMILIA ROMAGNA	6.341	73,6	2.274	26,4	8.615	293.863	57,6	216.234	42,4	510.097	182.910	2.075.651
TOSCANA	6.958	83,3	1.409	16,7	8.367	938.095	55,9	739.193	44,1	1.677.288	95.643	1.566.254
UMBRIA	4.556	88,1	609	11,9	5.165	426.837	74,9	146.592	25,1	573.429	12.415	343.296
MARCHE	2.351	85,0	409	15,0	2.760	146.592	25,1	583.429	25,1	737.011	37.062	559.884
LAZIO	7.246	89,3	874	10,7	8.120	126.937	64,7	154.620	35,3	281.557	65.708	2.241.588
ABRUZZO	1.442	92,7	102	6,7	1.544	126.937	64,7	154.620	35,3	281.557	20.403	459.363
MOLISE	812	93,2	57	6,8	869	126.937	64,7	154.620	35,3	281.557	5.718	77.109
CAMPANIA	29.472	97,3	824	2,7	30.296	1.126.878	57,8	822.449	42,2	1.949.327	26.931	2.006.554
PUGLIA	17.285	82,2	3.749	17,8	21.034	873.550	61,0	559.254	39,0	1.432.804	72.379	1.526.217
BASILICATA	2.193	96,4	81	3,6	2.274	96.718	59,6	65.639	40,4	162.357	5.005	169.636
CALABRIA	12.579	96,9	409	3,1	12.988	293.863	57,6	216.234	42,4	510.097	20.417	543.502
SICILIA	32.046	92,9	2.450	7,1	34.496	938.095	55,9	739.193	44,1	1.677.288	59.683	1.771.467
SARDEGNA	1.212	92,2	102	7,8	1.315	426.837	74,9	146.592	25,1	573.429	27.867	611.811
Totale	174.346	86,7	26.861	13,3	201.207	15.087.005	66,4	7.620.443	33,6	22.707.448	1.506.664	24.415.319

16.768.033
69%



DONATORE



DONATORE DECEDUTO (DD)

Onorare la scelta di donare

Assicurare la miglior qualità possibile degli organi e tessuti

Garantire la sicurezza per i riceventi

Ottemperare agli obblighi di legge



DIAGNOSI di Morte

Criteri stabiliti dalla scienza medica

Cristallizza il passaggio biologico-giuridico da individuo a salma



ACCERTAMENTO E CERTIFICAZIONE di Morte

Criteri stabiliti dalla legge

Cristallizza il passaggio biologico-giuridico da salma a cadavere



Conservazione in
cella frigorifera

Trattamenti
conservativi

Autopsia

Chiusura in cassa

Inumazione

Tumulazione

Cremazione

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA
10 settembre 1990, n. 285
Regolamento di polizia mortuaria
(GU n.239 del 12-10-1990 - Suppl. Ordinario n. 63)



DIAGNOSI di Morte

Criteri stabiliti dalla scienza medica

Cristallizza il passaggio biologico-giuridico da individuo a salma



ACCERTAMENTO E CERTIFICAZIONE di Morte

Criteri stabiliti dalla legge

Cristallizza il passaggio biologico-giuridico da salma a cadavere



Art. 3.

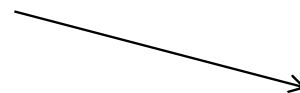
(Prelievo di organi e di tessuti)

1. Il prelievo di organi e di tessuti è consentito secondo le modalità previste dalla presente legge ed è effettuato previo accertamento della morte ai sensi della legge 29 dicembre 1993, n. 578, e del decreto del Ministro della sanità 22 agosto 1994, n. 582.

*LEGGE 1° aprile 1999, n. 91
Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti
pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 15 aprile 1999*



DONATORE



DONATORE DECEDUTO (DD)

Onorare la scelta di donare

Assicurare la miglior qualità possibile degli organi e tessuti

Garantire la sicurezza per i riceventi

Ottemperare agli obblighi di legge

Rispettare il donatore attraverso la miglior ricomposizione possibile



LEGGE 1° aprile 1999, n. 91

Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 87 del 15 aprile 1999

**Art. 14.
(Prelievi)**

4. Il prelievo è effettuato in modo tale da evitare mutilazioni o dissezioni non necessarie. Dopo il prelievo il cadavere è ricomposto con la massima cura.



LEGGE 12 agosto 1993, n. 301

Art. 3.

Disposizioni particolari per i prelievi e gli innesti di cornea

1. Le operazioni di prelievo della cornea sono effettuate, nel rispetto della salma, nelle strutture sanitarie pubbliche e private nonché a domicilio, da parte di personale medico.



**Coordinamento Regionale
delle donazioni e dei Prelievi
di organi e tessuti
Piemonte e Valle d'Aosta**



**Acción de
Gobierno**

La Organización Nacional de Trasplantes presenta su balance de actividad en 2024

DONACIÓN DE ÓRGANOS EN ESPAÑA vs OTROS PAÍSES 2023



DOSIER DE PRENSA 2024



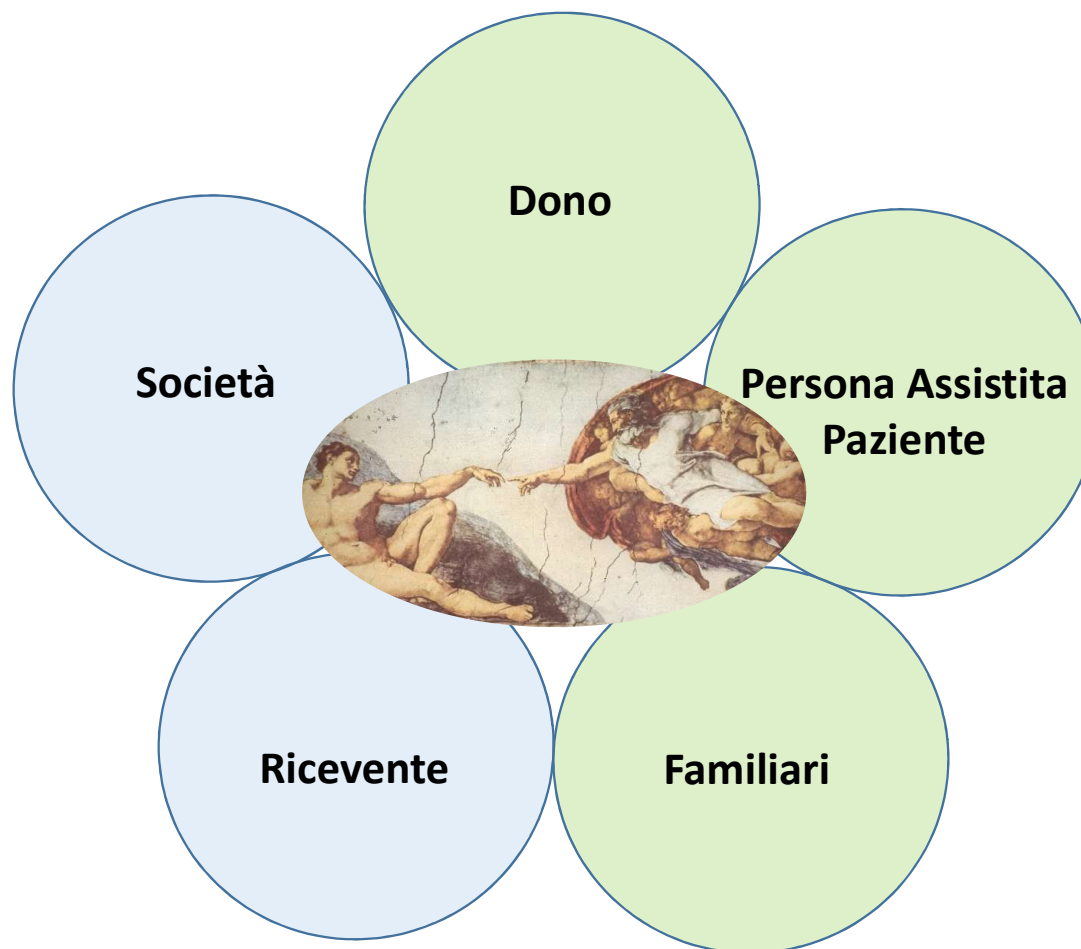
<https://www.ont.es/wp-content/uploads/2025/01/BALANCE-ONT-2024-PRENSA-completo-1.pdf>



Dott. Raffaele Potenza

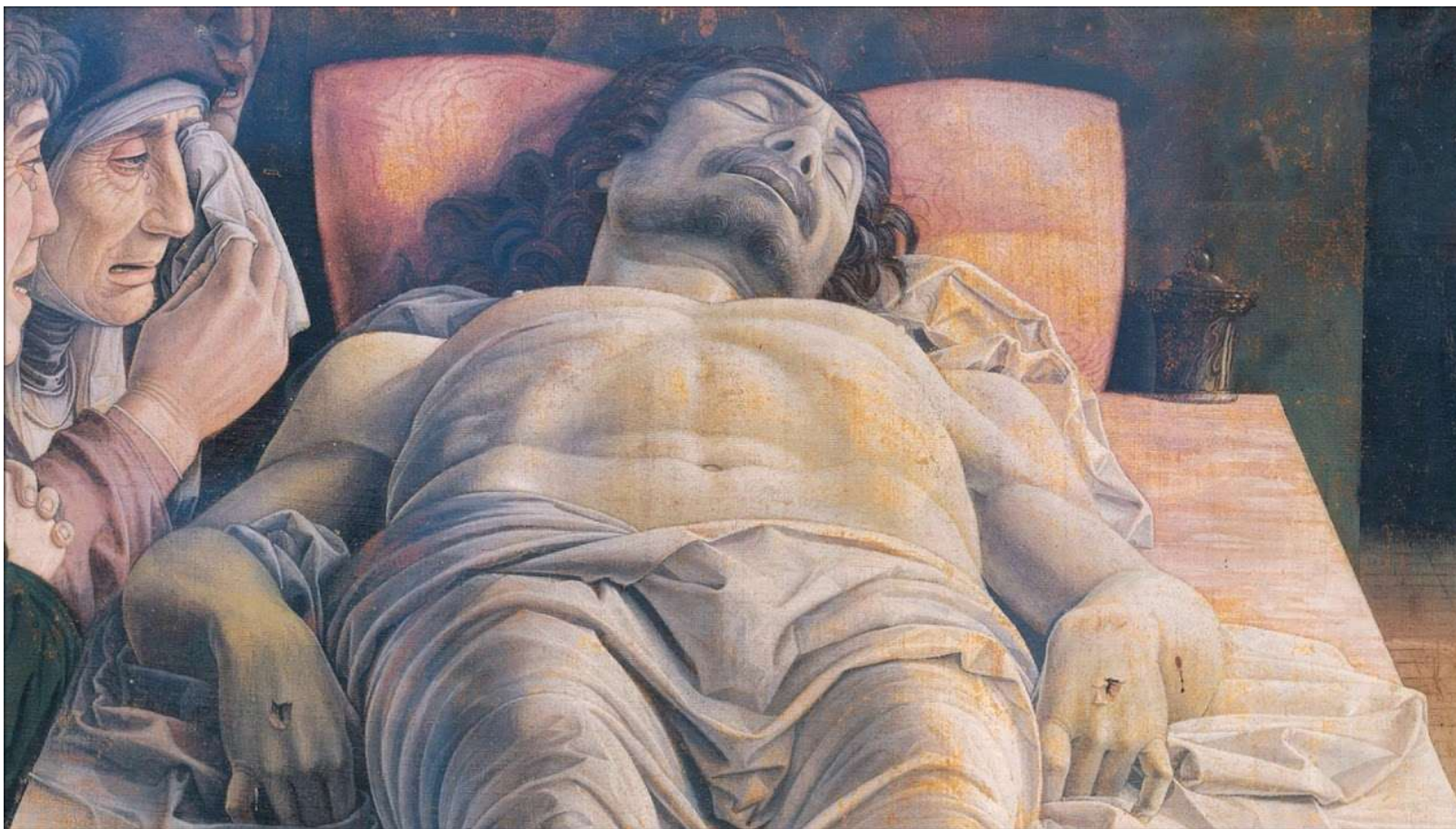


***... per
ricordarvi di
me!***





Coordinamento **Regionale**
delle donazioni e dei **Prelievi**
di organi e tessuti
Piemonte e Valle d'Aosta



Compianto sul Cristo morto

Andrea Mantegna

[Isola di Carturo 1431](#)

[Mantova 13 settembre 1506](#)

Pinacoteca di Brera
Milano



La comunicazione di morte

Shock emotivo – dolore – disperazione – rabbia per una morte improvvisa, inspiegabile

La difficoltà nel comprendere una morte insolita, la morte «a cuore battente»

Le difficoltà nell'accettare la scelta di donare o, ancora, la necessità di prendere una decisione al posto del proprio caro

Effetto consolatorio determinato dalla donazione

Il pensiero che il proprio caro possa continuare a testimoniare la propria vita attraverso il dono degli organi

L'orgoglio per l'alto valore sociale ed umano della scelta compiuta

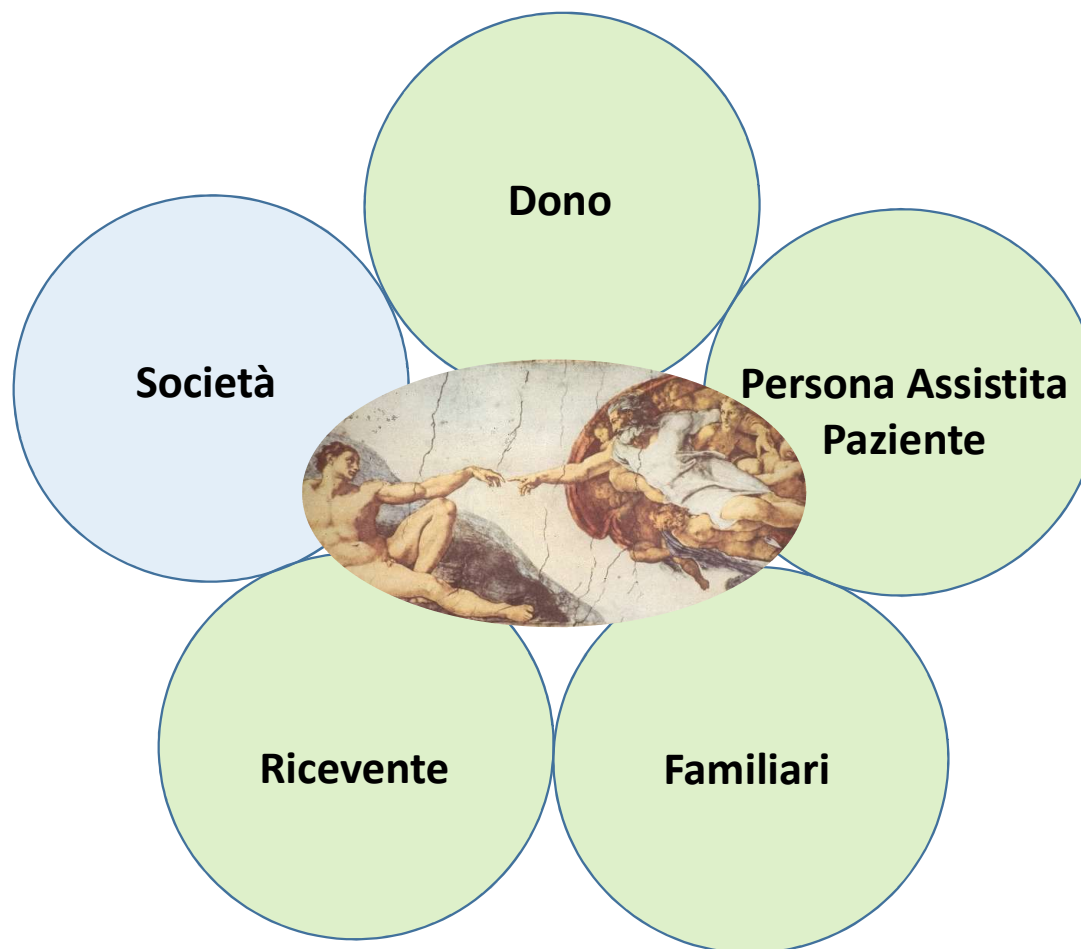
L'idea di aver sconfitto la definitività della morte



**Coordinamento Regionale
delle donazioni e dei Prelievi
di organi e tessuti
Piemonte e Valle d'Aosta**



Io sono vivo!



2023 7.956 PAZIENTI



2024 8.024 PAZIENTI (+0,9%) ↑



2024		2023
6.032	-0,7%	6.076
926	+2,5%	903
728	+12%	650
269	+6,3%	253
192	-6,8%	206

4.466



2023

↑ +3,9%

4.642



2024

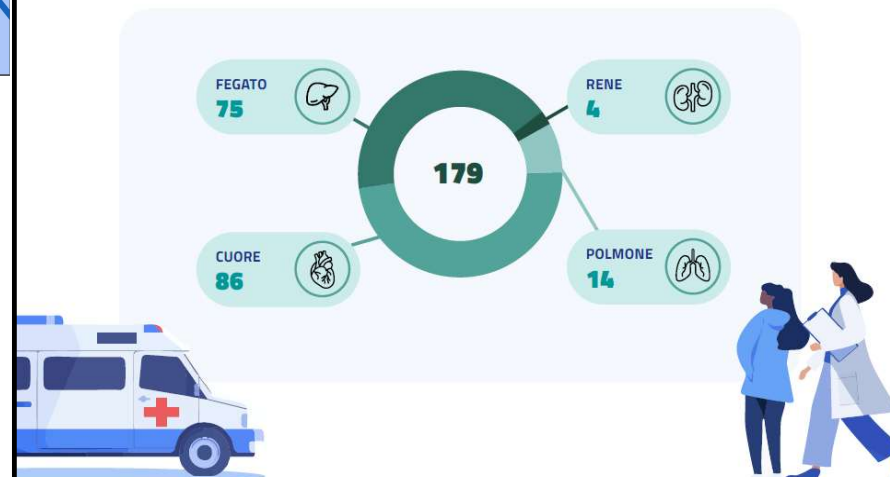
**I TRAPIANTI
PER MILIONE DI
POPOLAZIONE**



2023
69.2 PMP



2024
78.2 PMP



I TEMPI MEDI DI ATTESA IN LISTA

Rene: 3 anni
Fegato: 1 anno e 7 mesi
Cuore: 3 anni e 4 mesi
Polmone: 2 anni e 5 mesi
Pancreas: 5 anni e 9 mesi



TEMPI MEDI DI ATTESA AL TRAPIANTO

Rene: 20,2 mesi
Fegato: 3,7 mesi
Cuore: 10,7 mesi
Polmone: 8,4 mesi
Pancreas: 7,8 mesi



TEMPI MEDI DI ATTESA AL TRAPIANTO IN URGENZA NAZIONALE

Rene: 5,2 giorni
Fegato: 2,1 giorni
Cuore: 10,6 giorni
Polmone: 5,8 giorni



Allocazione degli organi: quali regole?

Principio di **NECESSITA'**

- Criteri di urgenza
- Modalità di restituzione
- CNT operativo

❖ Fegato
❖ Cuore
❖ Polmone
❖ **Rene**

Principio di **UTILITA'**

Organi salvavita:

- la scelta viene effettuata dai chirurghi del centro trapianti
- viene tracciata
- compatibilità di gruppo, anzianità di lista, gravità della malattia, dimensioni corporee

Rene:

- la scelta viene effettuata da un algoritmo computerizzato:

Compatibilità ABO

Compatibilità HLA

Anzianità di dialisi

Età donatore-ricevente



Possibilità per il paziente di conoscere in ogni momento la propria *posizione di lista*



Organo	Sopravvivenza % a 1 anno (paziente-organo)	Sopravvivenza % a 5 anni (paziente-organo)	Sopravvivenza % a 10 anni (paziente-organo)
Cuore 2002 - 2021	82,2 – 81,6	72,4 – 72	60,6 – 60,2
Polmoni 2002 - 2019	70,9 – 66,9	49,6 - 46	
Fegato 2000 - 2020	90,6 – 86,8	75,8 – 71,4	65,9 – 61,8
Reni 2000 - 2019	97,7 – 94,2	92,1 – 88,3	82,9 – 78,1

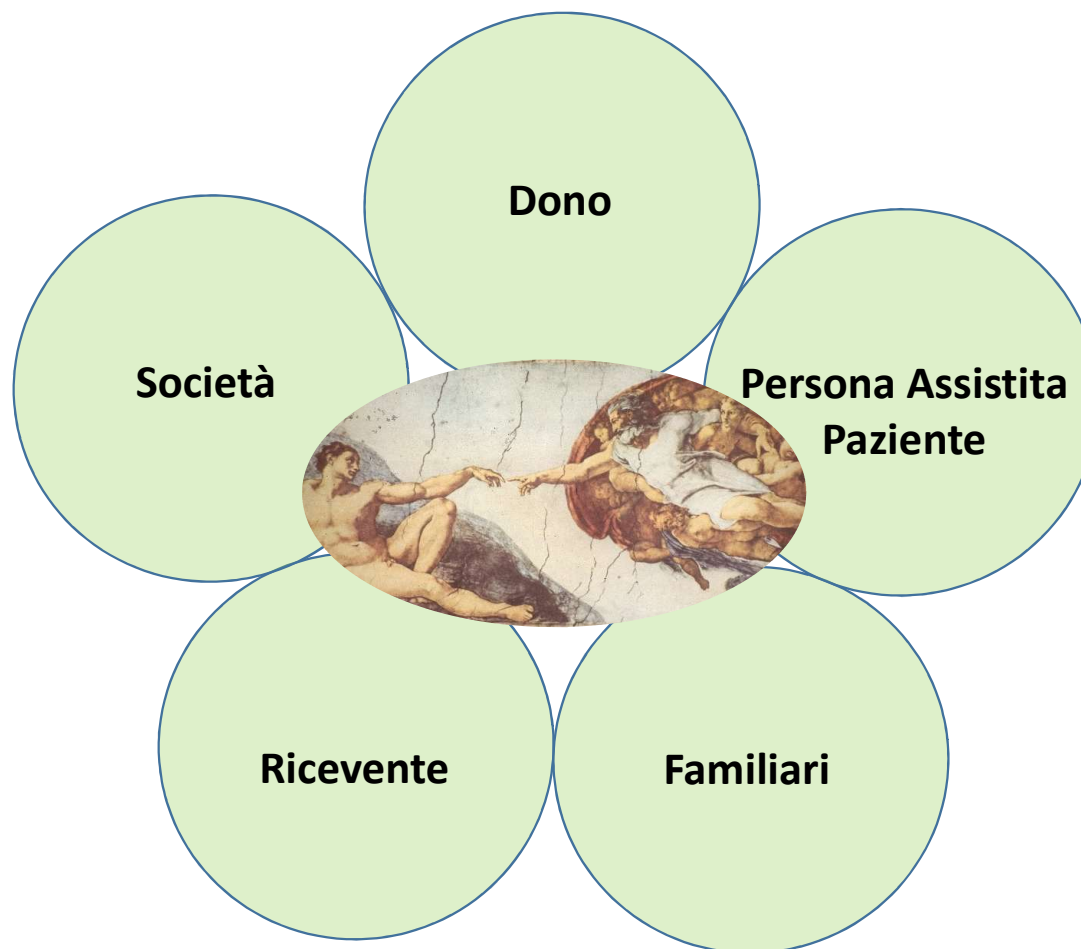
https://trapianti.sanita.it/statistiche/valutazione_attivita.aspx - accesso 10 novembre 2024



**Coordinamento Regionale
delle donazioni e dei Prelievi
di organi e tessuti
Piemonte e Valle d'Aosta**



***A te che sei
con me!***



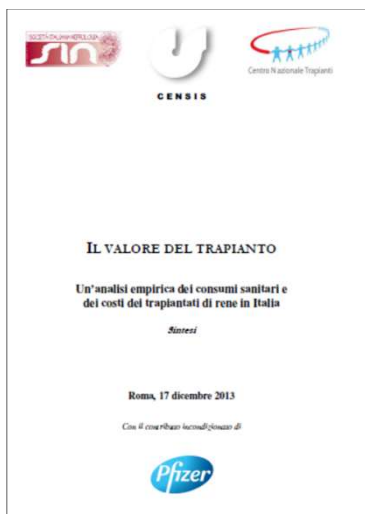


9 centri trapianto rene rappresentativi della realtà italiana

2 gruppi di pazienti (caratteristiche cliniche ed anagrafiche sovrapponibili)

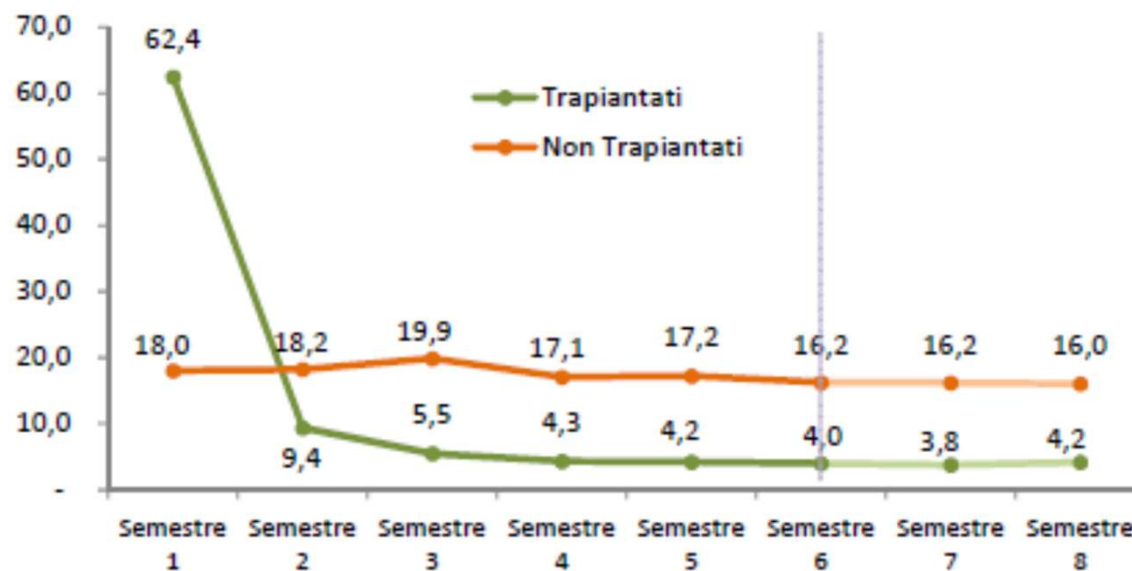
- gruppo trapiantati di rene (2008)
- gruppo in dialisi

Seguiti per tre anni (2011)



Pazienti trapiantati (costi cumulativi) 2008 - 2011		Pazienti non trapiantati (costi cumulativi) 2008 - 2011	
trapianto	52.543	dialisi	109.923
Post trapianto	42.704	Ricoveri e altro	13.158
TOT S.S.	95.247	TOT S.S.	123.081
A carico paz./fam.	22.781	A carico paz./fam.	42.805

Fig. 3 – Confronto tra la stima dei costi di Trapiantati e Non Trapiantati per semestri, costi puntuali e valori proiettati per i semestri 7 e 8 (val. migliaia di €)



Fonte: indagine Censis, SIN 2012-2013



Alessandro Gilioli – Kathmandu
24 maggio 2007

Tutto si può dire di Krishna Kanki, malavitoso nepalese in carriera, tranne che non sappia vendere la sua merce: "I miei donatori sono ragazzi sani, robusti e di campagna", dice: "Io prendo solo gente a posto, niente fumo, niente droghe, niente alcol. E poi faccio sempre tutti gli esami: Hiv, epatite, tubercolosi. Alla fine scegliamo il migliore e ve lo portate via. E' facile, l'abbiamo già fatto decine di volte con gente che veniva dall'Europa, dall'America e da Singapore...".





Table 2: Travel for transplantation: reported number of patients and their departure and destination countries¹

Departure countries	No. of patients	Destination countries	No. of patients
Taiwan	1227	China	2700
South Korea	1122	India	817
Malaysia	607	Pakistan	367
Nepal	452	The Philippines	83
Turkey	363	Egypt	68
Singapore	328	United States of America	64
Saudi Arabia	324	South Korea	33
United Kingdom	309	Iran	31
United States of America	246	Iraq	31
Hong Kong	128	United Kingdom	8
Canada	128	Japan	6
Egypt	122	Germany	5
Macedonia	51	Tunisia	5
Dubai	51	Lebanon	4
Brunei	47	France	4
The Netherlands	45	Russia	3
Argentina	40	Syria	2
Mongolia	33	Lebanon	2
Japan	24	Mexico	2
Tunisia	20	Guyana	2
Kuwait	16	Peru	1
Australia	16	Israel	1
Ivory Coast	16	Thailand	1
Israel	11	Nepal	1
Sweden	3	Turkey	1
		Australia	1
		Singapore	1
Total	6002	Total	4244

Table 3: Transplant tourism: reported number of patients who undergo commercial transplantation abroad

	Number of patients
Travel for transplantation	6002
"Transplant tourists"	2921
Paid for transplantation	1238
Paid a donor	158
Paid a broker	22
Paid a hospital	5
Paid a private company	2

that patients pay. In total, these articles report 1238 patients who paid between \$10 000 and \$200 000 for kidney transplants. Liver transplants were more expensive (range \$40 000–\$300 000). Eight articles describe to what or whom patients paid. These articles report 158 patients in total [one article does not report the number of patients (76)]. Of these, 129 paid their donors, 22 paid brokers, five paid to hospitals, two paid

American Journal of Transplantation 2016; 16: 2800–2815
Wiley Periodicals Inc.
© Copyright 2016 The American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons
doi: 10.1111/ajt.13766

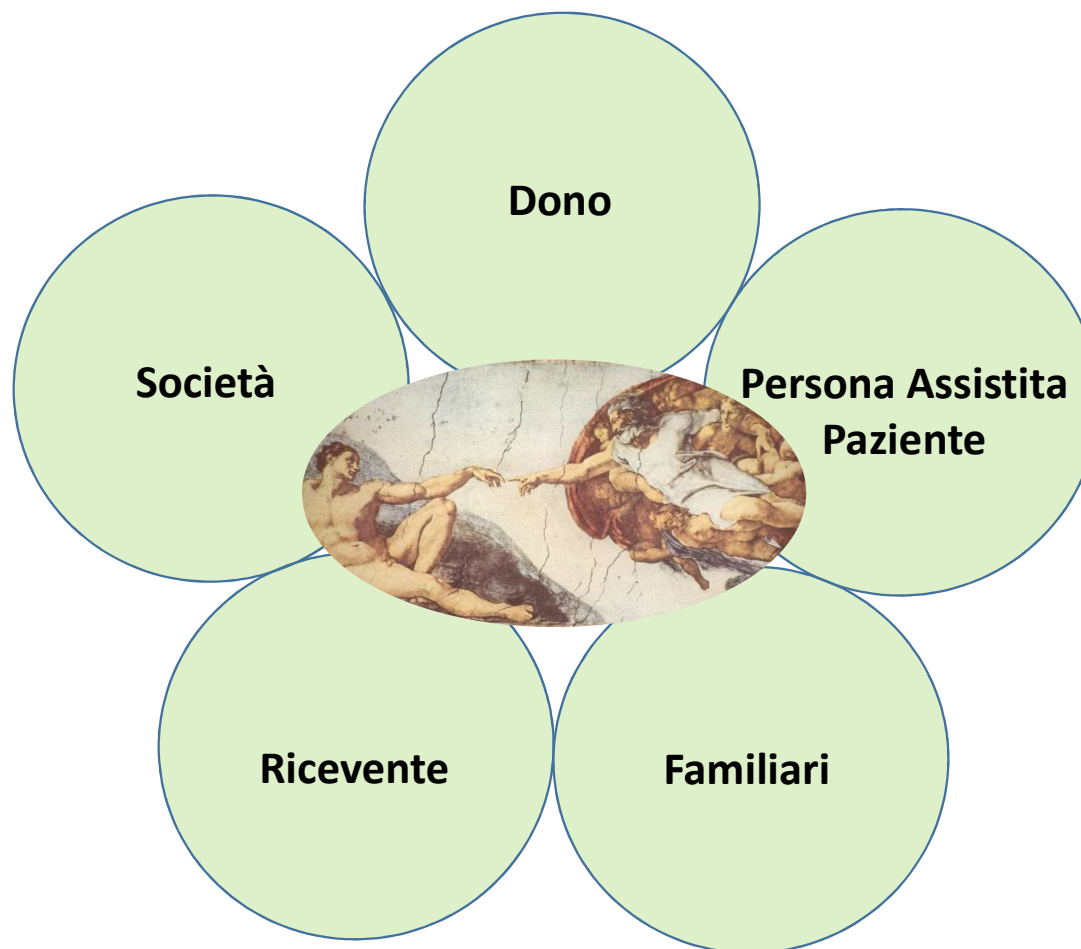
Minireview

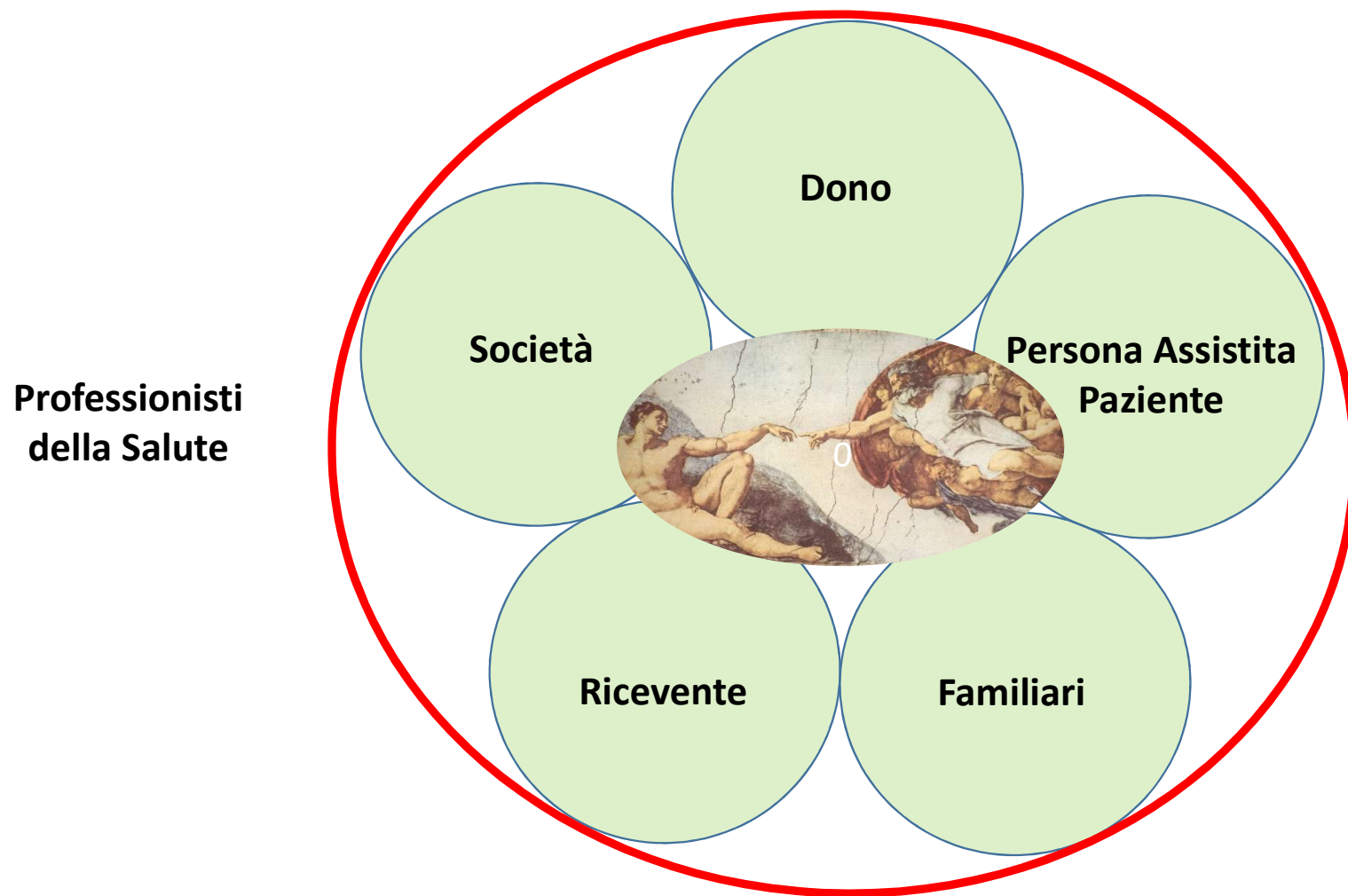
On Patients Who Purchase Organ Transplants Abroad

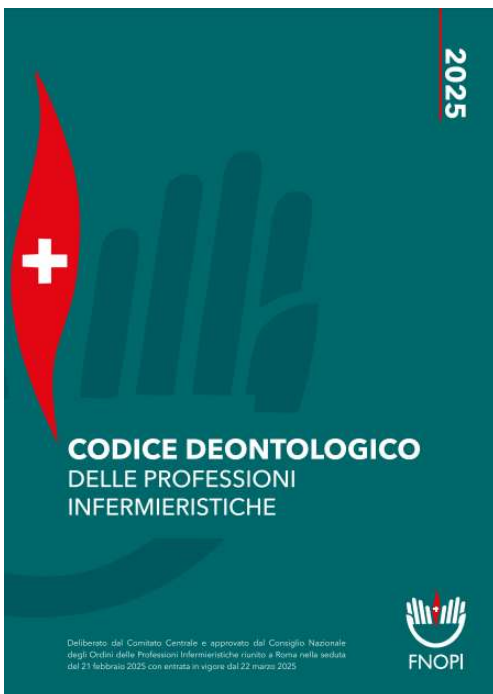
F. Ambagsheer^{1,*}, J. de Jong^{2,3},
W. M. Bramer⁴ and W. Weimar¹

an organ theft rumor, organizations including the World Health Organization (WHO), the Council of Europe, and Global Financial Integrity now present it as a lucrative

DOI defines *travel for transplantation* as the (legitimate) "movement of organs, donors, recipients or transplant professionals across jurisdictional borders for transplantation purposes." *Transplant commercialism* is defined as "a policy or practice in which an organ is treated as a commodity, including by being bought or sold or used for material gain," and *transplant tourism* is defined as "travel for transplantation that involves organ trafficking and/or transplant commercialism or if the resources (organs,







ART. 2 - AZIONE

L'infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività.
Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

ART. 26 - CURA NEL FINE VITA

L'infermiere garantisce la cura fino al termine della vita della persona assistita.
L'infermiere riconosce l'importanza della pianificazione e attuazione dell'assistenza attraverso il modello delle cure palliative per il sollievo nelle dimensioni fisiche, psicologiche, relazionali, spirituali e ambientali. Riconosce, promuove e sostiene il valore della pianificazione condivisa delle cure. L'infermiere si prende cura dei familiari e delle persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

ART. 28 - DONAZIONE DI SANGUE, TESSUTI, LATTE UMANO E ORGANI

L'infermiere promuove l'informazione sulla donazione di organi, sangue, tessuti e latte umano quale atto gratuito e solidale. Educa e sostiene le persone coinvolte che donano e ricevono.



Carattere
 mediatore
 dell'intervento
 medico

IV edizione
 ristampa marzo 2018
 Pag.94

posto in essere da chi lo possa legittimamente rappresentare. La possibilità, consentita dal progresso bio-medico, di «proiettare oltre la morte la loro vocazione all'amore» deve indurre le persone ad «offrire in vita una parte del proprio corpo, offerta che diverrà effettiva solo dopo la morte». È questo «un atto di grande amore, quell'amore che dà la vita per gli altri».²²²

111. Iscrivendosi in questa «economia» oblativa dell'amore, lo stesso atto medico del trapianto, e persino la semplice trasfusione di sangue, «non può essere separato dall'atto di oblazione del donatore, dall'amore che dà la vita».²²³

Qui l'operatore sanitario «diventa mediatore di qualcosa di particolarmente significativo, il dono di sé compiuto da una persona – perfino dopo la morte – affinché un altro possa vivere».²²⁴

«La via maestra da seguire, fino a quando la scienza giunga a scoprire eventuali forme nuove e più progredite di terapia, dovrà essere la formazione e la

²²² S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale sui trapianti di organi (20 giugno 1991), n. 4: *Insegnamenti* XIV/1 (1991), 1712; cfr. CCC, n. 2301.

²²³ S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale sui trapianti di organi (20 giugno 1991), n. 5: *Insegnamenti* XIV/1 (1991), 1713.

²²⁴ S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale sui trapianti di organi (20 giugno 1991), n. 5: *Insegnamenti* XIV/1 (1991), 1713. «La difficoltà dell'intervento, la necessità di agire rapidamente, la necessità di massima concentrazione nel compito, non devono far sì che il medico perda di vista il mistero dell'amore racchiuso in ciò che sta facendo». «I diversi comandamenti del Decalogo non sono in effetti che la rifrazione dell'unico comandamento riguardante il bene della persona, a livello dei molteplici beni che connotano la sua identità di essere spirituale e corporeo, in relazione con Dio, col prossimo e col mondo delle cose» (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Veritatis splendor*, n. 13: *AAS* 85 [1993], 1143-1144).



4. La “cura della salute” si svolge nella pratica quotidiana in una relazione interpersonale, contraddistinta dalla fiducia di una persona segnata dalla sofferenza e dalla malattia, la quale ricorre alla scienza e alla coscienza di un operatore sanitario che le va incontro per assisterla e curarla, adottando in tal modo un sincero atteggiamento di “com-passione”, nel senso etimologico del termine.⁹

Una tale relazione con l'ammalato, nel pieno rispetto della sua autonomia, esige disponibilità, attenzione, comprensione, condivisione, dialogo, insieme a perizia, competenza e coscienza professionali. Deve essere, cioè, l'espressione di un impegno profondamente umano, assunto e svolto come attività non solo tecnica, ma di dedizione e di amore al prossimo.

Relazione
interpersonale
di fiducia e
coscienza

ossia il loro effettivo impiego a tutela e rispetto della dignità della persona umana.¹¹⁶

50. La scienza e la tecnica spostano ogni giorno più avanti le loro frontiere, ma «non possono da sole indicare il senso dell'esistenza e del progresso umano. Essendo ordinate all'uomo da cui traggono origine e incremento, attingono dalla persona e dai suoi valori morali l'indicazione delle loro finalità e la consapevolezza dei loro limiti».¹¹⁷ È per questo che la scienza deve essere alleata della sapienza.¹¹⁸

La scienza
alleata della
sapienza



Per quanto riguarda la **Medicina**, i caratteri fondamentali del suo realizzarsi erano già stati individuati dal pensiero greco classico, che la riconosceva come una *téchne* (una scienza o sapere pratico in funzione di un esperto saper fare) che si fonda su un atteggiamento di *philotechnia* (amore per la propria conoscenza) e di *philanthropia* (amore per l'uomo) da parte del medico. Il rapporto tra il medico e il malato possiede dunque un carattere etico, in quanto atto umano, che si esprime nella *philia*, una disposizione di amicizia che – secondo il significato aristotelico (*Ethica Nicomachea*, libri VIII e IX) – è congiunta con la benevolenza e con gli affetti positivi della sollecitudine, della pietà e della cura.

Giorgio Lovera
Pag. 89

A conclusione delle nostre riflessioni la pratica della medicina ci appare fondata, come un tripode, su tre ordini di dimensioni, tutte necessarie perché si realizzi la cura medica:

la dimensione scientifica: le competenze, i trattamenti, le decisioni mediche devono essere adeguate “ai dati scientifici accreditati e alle evidenze metodologicamente fondate” (art. 13 del Codice deontologico 2006);

la dimensione giuridico-etica: i comportamenti medici devono rispettare le leggi dello stato e le norme deontologiche ed essere improntati “al rispetto dei diritti fondamentali della persona” (art. 20 del Codice deontologico);

Giorgio Lovera
Pag. 99



I TRAPIANTI tra scienza ed etica

a cura di
Enrico Larghero – Pier Paolo Donadio



Edizioni Camilliane

Giorgio Lovera
Pag. 115-116

I pazienti trapiantati, abbiamo già visto, spesso sentono nell'organo trapiantato la presenza di un dono, altamente meritorio, che merita non solo gratitudine ma induce forza a riprendere a vivere e responsabilità a vivere al meglio quanto è stato ricevuto.

I sanitari delle Rianimazioni, quando riescono a uscire dalla loro veste di operatori tecnici e a instaurare un rapporto di comunicazione umana con i famigliari, segnalano l'arricchimento che questi incontri con la parte emotiva dell'umanità, anche se in momenti dolorosi e drammatici, possono portare alla loro vita professionale.

Anche i famigliari dei donatori deceduti nonostante gli aspetti negativi sopra segnalati, hanno fornito nella nostra esperienza clinica testimonianze di aver tratto consolazione dalla decisione di consenso alla donazione degli organi: le spiegazioni generalmente date dai parenti sono che si sentono confortati nel loro dolore dal pensiero che alcune persone continuano a vivere grazie alla loro decisione.



INDICE

Presentazione <i>Rocco Bellantone</i>	vii
Premessa <i>Massimo Cardillo</i>	ix
Prefazione <i>Antonino Giarratano, Elena Giovanna Bignami</i>	xi
Istruzioni per l'uso e raccomandazioni Caratteristiche del manuale	1
Raccomandazioni	1
CHECK-LIST	
Capitolo 1. Aspetti generali della comunicazione	
1.1. Regole generali di buona comunicazione	5
1.2. Aspetti organizzativi della comunicazione	6
Capitolo 2. Relazione di aiuto	
2.1. Comunicazione con i familiari del paziente cerebroleso in Terapia Intensiva	7
2.2. Gestione dei conflitti	9
2.3. Comunicazione per il sostegno nel lutto anticipatorio*	11
SCHEDA. Comunicazione secondo il modello SPIKES	12
2.4. Comunicazione ai familiari dopo la donazione	14
Capitolo 3. Comunicazione della diagnosi e accertamento di morte	
3.1. Comunicazione della morte in accertamento con criteri neurologici	16
3.2. Comunicazione della morte accertata con criteri cardiologici	18
3.3. Comunicazione ai familiari sulla disposizione del riscontro diagnostico/autoptico	20
Capitolo 4. Comunicazione con i familiari nel colloquio della volontà donativa	
4.1. Colloquio accertamento della volontà donativa	21
4.2. Comunicazione nella donazione controllata (cDCD)	24
4.3. Comunicazione della donazione non controllata (nDCD)	25
4.4. Colloquio per la donazione di tessuti	26
4.5. Comunicazione in forma telefonica	28

Capitolo 5. Comunicazione relativa al percorso donazione secondo le leggi vigenti e organizzazione ospedaliera

5.1. Comunicazione nei casi di opposizione alla donazione	30
5.2. Comunicazione nei casi di non idoneità	32
5.3. Restituzione della salma ai familiari	33

Capitolo 6. Comunicazione con i familiari stranieri e/o di diversa cultura

6.1. Comunicazione per l'accoglienza dei familiari stranieri e/o di diversa cultura	34
6.2. Comunicazione del decesso ai familiari stranieri e/o di diversa cultura	35
6.3. Colloquio di donazione con i familiari stranieri e/o di diversa cultura	36

Capitolo 7. Comunicazione nel percorso donazione di minori e adolescenti

Appendice

Suggerimenti: frasi da dire e non dire	39
--	----

Glossario	41
------------------------	----



**CON LA DONAZIONE
DEGLI ORGANI**
DAI UN FUTURO
A CHI NON LO HA.

DONAZIONE E TRAPIANTO

