



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

Sede di Ancona

**L'INFERMIERE E LA DONAZIONE DI ORGANI:
REVISIONE DELLA LETTERATURA SULLA GESTIONE ETICA
DEL PROCESSO E DELLA COMUNICAZIONE.**

Relatore: Dott.sa
Paola Graciotti

Tesi di Laurea di:
Chiara Massaccesi

Anno Accademico 2020/2021

INDICE

INTRODUZIONE	2
CAPITOLO 1: I PRESUPPOSTI SCIENTIFICI	
1.1-COMUNICARE CON I FAMILIARI DEL POTENZIALE DONATORE	4
1.2-LA FIGURA DELL'INFERMIERE	6
1.3-RISCHI PER L'INFERMIERE E L'EQUIPE	8
CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI	
2.1-OBIETTIVO	9
2.2-PICOM	10
2.3-RACCOLTA DATI	11
2.4-CRITERI DI INCLUSIONE	13
2.5-CRITERI DI ESCLUSIONE	13
2.6-VARIABILI CONSIDERATE	14
2.7-PRISMA	15
CAPITOLO 3: RISULTATI	
3.1-TABELLA ESTRAZIONE DATI	16
3.2- ANALISI DEGLI ARTICOLI	21
CAPITOLO 4: DISCUSSIONE	40
CAPITOLO 5: CONCLUSIONE	43
BIBLIOGRAFIA	45

INTRODUZIONE

Il trapianto è un intervento chirurgico che consiste nella sostituzione di un organo o tessuto malato, quindi non più funzionante, con uno sano dello stesso tipo proveniente da un altro individuo che viene chiamato donatore (Ministero della Salute).

Il prelievo di organi, tessuti o cellule può avvenire sia da persona viva sia da paziente deceduto; nel caso di persona deceduta è consentito unicamente se presenti l'accertamento della morte della persona assistita ed il consenso alla donazione di organi da parte della persona deceduta o dei suoi congiunti più stretti (Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, 2017).

Nella popolazione si sono diffuse numerose patologie che agiscono su organi e tessuti, danneggiandoli in modo irreversibile e per le quali il trapianto rappresenta la migliore soluzione terapeutica a disposizione (Procaccio, 2012).

Secondo l'Associazione Italiana Donazione Organi, tessuti e cellule, ovvero l'AIDO, le donazioni nel 2020 hanno avuto un calo del 10% rispetto gli anni precedenti; le ragioni sono da attribuire alla pandemia legata al Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), che ha portato ad un riempimento delle terapie intensive e non si sono potuti programmare interventi.

Un'altra motivazione riguarda la diminuzione degli incidenti stradali avvenuti durante la pandemia dovuto al blocco della mobilità, che ha portato ad un minor numero di morti e feriti grave, quindi ad una riduzione dei possibili donatori.

Nonostante ciò, il tasso di donazione nel nostro Paese si è attestato ancora una volta tra i più alti al mondo: a livello europeo, confrontando i numeri dei Paesi più popolosi, l'Italia si colloca al terzo posto con 24,1 donatori per milione di abitanti, dietro la Spagna (40,8 donatori/milione ab.), a ridosso della Francia (24,7 donatori/milione ab.); tuttavia il numero dei donatori è inferiore a quello delle richieste (AIDO, 2020).

Contemporaneamente, si è registrato un aumento dei tassi di sopravvivenza dei pazienti trapiantati, con un miglioramento della qualità di vita.

Ma in questo processo ciò che risulta ancora un problema è la corretta comunicazione di morte cerebrale e la successiva proposta di donazione di organi ai familiari della vittima.

Lo scopo della tesi è quello di comprendere quali siano le giuste tecniche e giusti modi per comunicare la morte cerebrale ed affrontare il discorso sulla possibile donazione di organi con i familiari.

CAPITOLO 1: I PRESUPPOSTI SCIENTIFICI

1.1 COMUNICARE CON I FAMILIARI DEL POTENZIALE DONATORE

La parola “comunicare” deriva dal latino cum ovvero con, munire cioè legare, costruire e communico che significa mettere in comune, far partecipare (Enciclopedia Treccani). È un momento, quello della comunicazione di morte cerebrale, che racchiude in sé un carico emotivo immenso con reazioni da parte dei familiari imprevedibili, espresse in varie fasi definite, secondo Kubler-Ross, ‘fasi del lutto’: shock, negazione e rifiuto, rabbia e senso di colpa, disperazione e accettazione, risoluzione (Bianchi, 2012).

Secondo uno studio di Berntzen e Biørk (2014), la confusione dei familiari aumenta quando c’è una mancanza di informazioni e chiarimenti da parte del personale sanitario, presupposto, invece, importante al fine di condurre adeguatamente la comunicazione.

Ne consegue, quindi, che gli infermieri devono avere, oltre alla perfetta conoscenza e padronanza della materia in termini nozionistici e di competenze, anche buone capacità comunicative per relazionarsi con i parenti, specialmente se si ha poca esperienza in tale contesto (Orøy et al., 2013).

Il colloquio per proporre una eventuale donazione deve essere effettuato quando si ha la certezza che i familiari abbiano compreso l’avvenuto decesso, ma soprattutto la modalità di accertamento deve avvenire in una fase di lucidità e serenità per quanto possibile, senza nessun tipo di pressione (Istituto Superiore Sanità, 2000).

Momento molto delicato è rappresentato dalla proposta di donazione, domandare il consenso all’espianto è un compito complesso ed è fondamentale che i parenti vengano informati in modo adeguato, in un ambiente tranquillo e in un momento in cui la persona sia lucida (Danick Gut et al., 2014).

Seppur questo riguarda una scelta individuale, nel momento in cui non si può più manifestare la propria volontà in merito se non già fatto, diventa una scelta della famiglia che si troverà non solo a confrontarsi con la morte di un proprio caro, ma anche ad esprimersi favorevole o meno alla donazione d’organo; questa decisione deve essere libera e volontaria, senza costrizioni da parte del personale.

Per i parenti tale situazione è di difficile comprensione e implica un grande sforzo emotivo, sofferenza e stress psicologico.

Obiettivo del personale infermieristico, ma soprattutto in questa fase di quello medico, non è convincere alla donazione, ma è quello di essere estremamente chiari, spiegare e far comprendere all'avente il diritto a dare il consenso, che è stato fatto il possibile per il paziente e in secondo luogo il significato di morte cerebrale.

Entra in gioco la capacità di comunicazione dell'operatore sanitario che deve anche sapere lasciare "spazio" a tutte le domande, dubbi, emozioni, incertezze, paure e anche silenzi, mostrando un atteggiamento di ascolto, condivisione ed accoglienza (Mazzoni et al., 2001).

1.2 LA FIGURA DELL'INFERMIERE

L'intervento per il trapianto d'organo è costituito da un susseguirsi di fasi, dall'individuazione del potenziale donatore al momento del trapianto in sala operatoria, per poi concludersi con il follow-up del paziente trapiantato; tutti momenti in cui l'infermiere ha un ruolo chiave sia per l'assistenza al paziente sia per il rapporto coi familiari.

Diventa una vera e propria figura di riferimento anche per la persona in attesa di un trapianto, poiché si prende carico dal suo inserimento iniziale nella lista d'attesa fino al follow-up dopo la sua dimissione.

Tradizionalmente la figura dell'infermiere viene percepita dai pazienti e dai loro familiari come la più vicina ai loro bisogni ed alle loro esigenze. La tipologia del lavoro e la quotidianità dei contatti favoriscono la creazione di rapporti comunicativi e relazionali utili ed efficaci tra operatori ed utenti (Procaccio et al., 2012).

Fosberg e colleghi indagarono il vissuto degli infermieri durante il processo di donazione e, dall'analisi dei dati, ne risulta che il rispetto e la dignità sono due componenti che costituiscono l'assistenza infermieristica alla persona assistita e ai familiari (2014).

La legislazione (Legge n. 91/99, art. 12) ha affidato al Coordinatore per i Trapianti il compito di curare i rapporti con i parenti dei donatori e, conseguentemente, di rispondere ad eventuali situazioni di disagio psico-emotivo.

Per assolvere tale compito, è necessario che le équipe di Coordinamento si avvalgano della collaborazione di un consulente con specifica formazione nell'ambito della psicologia del procurement e dei trapianti ed esperienza terapeutica nelle situazioni di lutto e separazione.

Altro ruolo fondamentale gioca l'infermiere nell'educare e diffondere quella che viene chiamata "la cultura del donare".

Proprio per l'empatia con cui svolge la propria professione, per la vicinanza con la sofferenza dei pazienti e delle loro famiglie, l'infermiere è la persona che meglio può comprendere stati d'animo, angosce e soprattutto paure delle persone, ma nello stesso tempo però ha la conoscenza e la capacità di rassicurare e incoraggiare le persone

sfatando falsi miti, dando spiegazioni educando le persone al fine di farle riflettere e sensibilizzarle (Antonazzo, 2013).

Sia il Profilo Professionale, sancito dal D.M. n.739 del 1994 il quale definisce l'assistenza infermieristica di natura tecnica, relazionale e educativa, sia il Codice Deontologico dell'infermiere, garantiscono affinché l'infermiere costruisca un rapporto di fiducia che assicuri le caratteristiche di una relazione d'aiuto al paziente e ai familiari.

Gli articoli del Codice Deontologico riprendono questi aspetti:

- ✓ ARTICOLO 39: l'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nell'evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e dell'elaborazione del lutto;
- ✓ ARTICOLO 40: l'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

1.3 RISCHI PER L'INFERMIERE E L'EQUIPE

L'infermiere, come tutta l'equipe multidisciplinare, è partecipe in un processo molto complesso e non privo di rischi, infatti, questa è una fase emotivamente coinvolgente per chi la conduce; quindi, un certo "affaticamento" può risultare inevitabile ma congelare le emozioni e procedere frettolosamente non rende certamente il colloquio meno faticoso.

Tradizionalmente la figura dell'infermiere è percepita dai familiari come la persona più vicina a loro, sul loro stesso piano, ed alla quale ci si può rivolgere per chiarire dubbi, dare ulteriori informazioni, o solamente per cercare un complice (Antonazzo, 2013).

È bene che in questa fase il colloquio sia condotto da due operatori sanitari che potranno sia sostenersi reciprocamente nelle fasi più intense del colloquio, sia sostenere i familiari come figure di "facilitatori" nel prosieguo del dialogo (Danick Gut et al., 2014).

Ma le potenti emozioni connesse all'esperienza della perdita, la difficoltà di trovare una giusta distanza tra coinvolgimento emotivo e mantenimento del ruolo professionale, la frequente richiesta di un incontro tra famiglia del donatore e paziente trapiantato rendono questo ruolo molto duro e complesso.

La peculiarità dei pazienti in attesa di trapianto e la complessità dell'iter terapeutico, i periodi di attesa prolungati, la scarsa disponibilità di organi da trapiantare e la conseguente elevata incidenza di decessi in lista d'attesa sono tra i fattori più difficili da gestire nell'attività del trapianto.

Per questo vi è un alto rischio di burn out, ovvero una sindrome che genera esaurimento emotivo, de-personalizzazione, malessere, disagio, l'infermiere inizia a provare sentimenti negativi verso sé stesso e può portare all'allontanamento volontario del lavoro.

In questo senso si parla di turn over, ovvero il trasferimento volontario o le dimissioni del personale infermieristico (DGR 851/2009).

CAPITOLO 2: MATERIALI E METODI

2.1 OBIETTIVO

L'obiettivo della tesi è quello di comprendere quale sia la corretta comunicazione, i modi e tempi da utilizzare durante tutto il processo: dalla diagnosi di morte, all'accertamento, alla proposta di donazione di organi e congedo dei familiari che hanno appena perso un loro caro.

Capire quali siano le percezioni e posizioni dei professionisti rispetto all'argomento e come il loro sentire possa influenzare la relazione/comunicazione con i familiari.

Identificare i fattori che favoriscono una presa in carico precoce, migliorano la relazione, la comunicazione ed il supporto con i familiari nel periodo del ricovero, consentono agli operatori di stabilire una relazione di aiuto efficace, risultando più utili nella gestione dei bisogni emotivo-psicologici dei familiari e facilitano la comunicazione di morte con la proposta di donazione.

2.2 PICOM

Per la formulazione adeguata e precisa dei quesiti di ricerca si utilizza l'acronimo PICOM, che permette l'identificazione rispettivamente di quattro/ cinque componenti:

1. P = popolazione, pazienti → Quali sono le caratteristiche della popolazione/pazienti di cui si intende parlare?
2. I = intervento o esposizione → Quali sono gli interventi che interessano?
3. C = confronto → Quali sono gli interventi alternativi rispetto a quello di interesse?
4. O = outcome o risultati → Quali sono i risultati di interesse?
5. M= method → qual è il metodo utilizzato?

Tabella 1: PICOM

P (problema)	Persona in morte cerebrale
I (intervento)	Fattori che influenzano positivamente
C (comparazione)	Fattori che influenzano negativamente
O (obiettivo)	Accettazione/consenso alla donazione di organi
M (metodo)	Revisione letteratura

2.3 RACCOLTA DATI

Sono state consultate le banche dati come PubMed, Google Scholar, e siti di Associazioni Scientifiche come l'Aniarti e di ambito come l'AIDO.

Utilizzando delle parole chiave, si sono scelti gli articoli in lingua inglese e italiana, dagli anni '90 in poi.

Le parole chiave usate sono state: comunicazione, donazione di organi, relazione, morte cerebrale, emozioni, informazione, infermiere, familiari, terapia intensiva, in entrambe le lingue; le stesse sono state associate agli operatori booleani:

- nursing AND communication AND organ donation,
- communication AND organ donation AND emotions,
- brain steam death AND communication AND organ donation,
- family communication AND brain steam death AND organ donation,
- organ donation AND nursing training OR nurse AND organ donation process,
- trapianti di organo e di tessuto, donazioni, counselling psicologico, psicoterapia focalizzata sulle emozioni.

Al termine della ricerca, dopo aver eliminato gli articoli non pertinenti, sono rimasti dieci documenti relativi alla donazione d'organi nel paziente adulto poiché, è stato escluso dalla ricerca il paziente pediatrico.

Inoltre, non è stata considerata la donazione di organi da persona deceduta da arresto cardiaco, ma soltanto da paziente con morte cerebrale.

In particolare, nel sito dell'Aniarti è stata consultata la rivista completa 'Scenario 3/97' (Carraro et al., 1997) che affronta l'argomento della morte cerebrale e la relazione d'aiuto coi familiari del donatore e 'Scenario 2015' (Giusto et al., 2015) la quale tratta dell'opinione e le conoscenze degli studenti infermieri riguardo donazione e trapianto d'organo.

Le due pubblicazioni della rivista Italian Journal of Nursing (IJN), ovvero 'La comunicazione della morte cerebrale e successiva proposta di donazione d'organo: studio osservazionale' (Carriero et al., 2021) e 'Il ruolo dell'infermiere nella donazione degli organi: aspetti di etica e bioetica' (Marcello Antonazzo, 2013) sono state visionate e utilizzate, ricercando anche la bibliografia di questi due articoli per approfondire l'argomento.

Inoltre, con le parole chiave donazione, emozioni e comunicazione è stato trovato l'articolo 'Dalla "criticità" al "processo", il ruolo delle emozioni nel percorso di donazione' (Trabucco et al., 2009) e con le parole morte cerebrale, donazione organi e comunicazione, il modulo V, ovvero accompagnamento dei familiari e comunicazione del ' The Swiss donation Pathway' (Danick Gut et al., 2014).

L'allegato della Regione Veneto (DGR n. 851 del 31 marzo 2009) riguardante 'Le linee guida per la valutazione e l'assistenza psicologica in area donazione - trapianto ' e 'La terapia psicologica durante i trapianti e le donazioni' di Paola Bianchi (2012), sono stati documenti validi per la ricerca, soprattutto per l'aspetto più prettamente psicologico.

Infine, articolo 'La formazione infermieristica per i processi di donazione' di Franca Franco (2021) è stato di grande aiuto per comprendere meglio il ruolo dell'infermiere in questo processo.

Altri, come 'Non-technical skills in terapia intensiva e nella donazione di organi: l'esperienza di Verona' è stato escluso poiché non disponibile integralmente.

Fanno parte della ricerca non solo i trattati scientifici, ma anche articoli o testi di aspetto più prettamente psicologico poiché molto importante in questo processo, visto che riguarda la relazione, le emozioni e la comunicazione, sia per l'equipe multidisciplinare che per i familiari.

2.4 CRITERI DI INCLUSIONE

Tabella 2: criteri di inclusione

Popolazione	Pazienti di età maggiore di 18 anni
Diagnosi	Paziente con morte cerebrale, potenziale donatore di organi
Trattamento	Modalità comunicativa, educazione sanitaria, formazione del personale
Ambiente	Intra-ospedaliero, Terapia intensiva
Limite temporale	Articoli pubblicati dal 1990, all'interno di banche dati o riviste scientifiche, con presenza di abstract e free full text consultabili
Lingua	Italiana ed inglese

2.5 CRITERI DI ESCLUSIONE

Tabella 3: criteri di esclusione

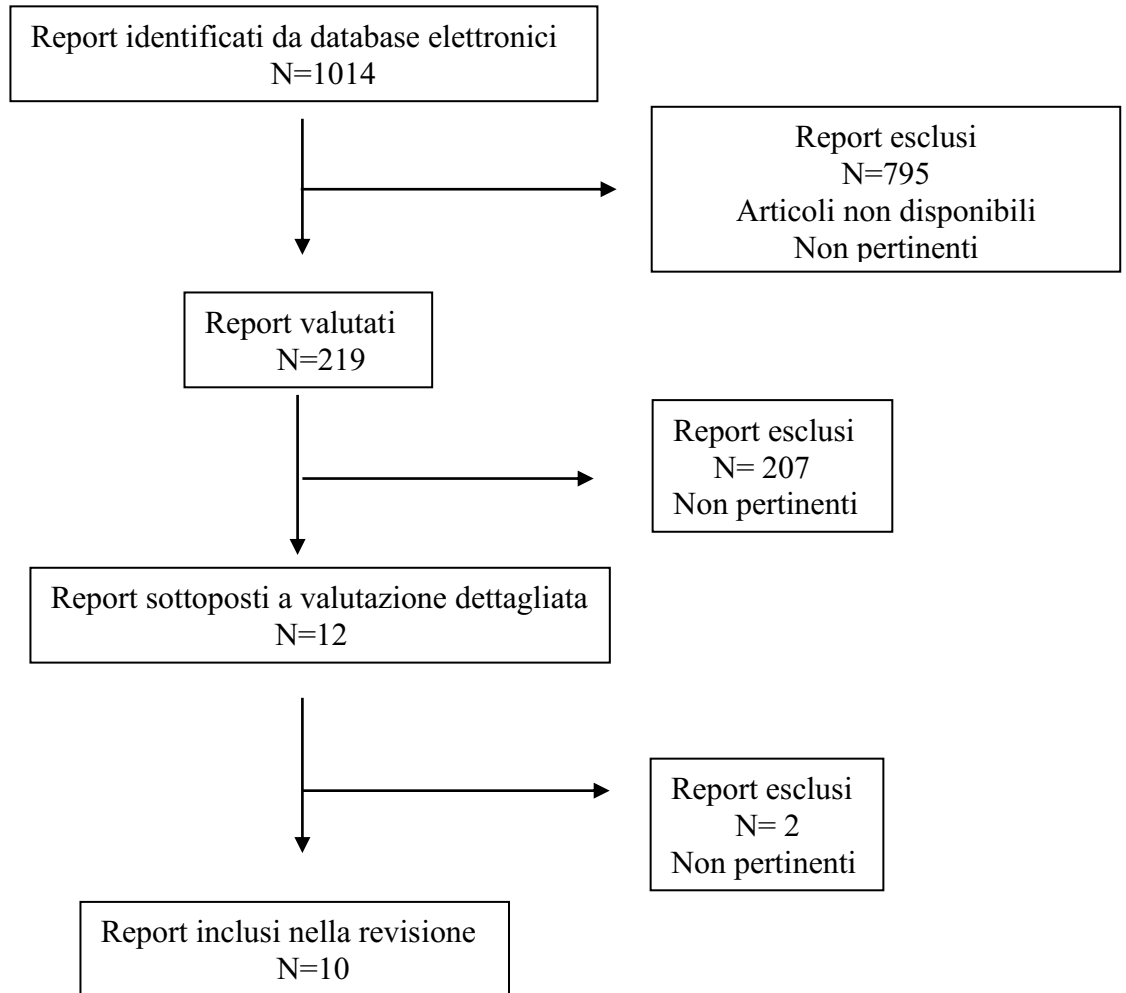
Popolazione	Pazienti pediatrici, età compresa tra 0 e 18 anni, i non donatori di organi
Diagnosi	Donazione da cadavere
Intervento	Programmi di formazione rivolti solo ai medici

2.6 LE VARIABILI CONSIDERATE

Nella ricerca sono state considerate diverse variabili:

- percezione del personale rispetto alla donazione di organi
- esperienza e formazione degli operatori
- le emozioni, i sentimenti, il vissuto degli operatori, in particolare degli infermieri
- setting / operatori
- conduzione del colloquio
- linguaggio (verbale e non) da utilizzare durante il colloquio
- emozioni dei familiari
- relazione tra familiari e operatore
- aspetti etici e bioetici considerati.

2.7 PRISMA



CAPITOLO 3: RISULTATI

3.1 TABELLA ESTRAZIONE DATI

Tabella 4: tabella estrazione dati

NOME ARTICOLO	AUTORE, ANNO	TIPO DI STUDIO	OBIETTIVO	PARTECIPANTI	INTERVENTI	RISULTATI
Il ruolo dell'infermiere nella donazione degli organi: aspetti di etica e di bioetica	Marcello Antonazzo, 2013.	revisione narrativa	Indagare il ruolo dell'infermiere nelle varie fasi, prendendo in considerazione gli aspetti etici e bioetici.	Gli infermieri.	La proposta di donazione deve avvenire solamente se vi è la certezza della piena comprensione da parte dei familiari dell'avvenuto decesso e delle modalità di accertamento dello stesso. La proposta di donazione deve essere posta ai familiari in maniera chiara e semplice. Il colloquio deve mirare all'espressione, da parte dei familiari, di una scelta libera, informata e consapevole, che tenga conto principalmente della volontà e degli stili di vita del defunto. Colloquio condotto da due operatori.	L'infermiere opportunamente formato, è divenuto risorsa insostituibile, in quanto in possesso di conoscenze specifiche, capacità relazionali e competenze organizzative di tipo avanzato. Egli diviene quindi, figura di riferimento che accompagna e affianca il paziente e la famiglia dal momento della valutazione per la messa in lista per trapianto, al momento dell'esecuzione dei vari follow up nel post-trapianto.
La comunicazione della morte cerebrale e successiva proposta di donazione d'organo: studio osservazionale	Maria Chiara Carriero, Robert o Lupo, Emanuela Margiotta, Antonino Calabrò, Maicol Carvello, Cosimo Caldararo, Cosimo Petrelli, Silverio Marchello, Carmen Donadio, Luana Conte, Lorenzo Bardone; 2021.	studio osservazionale	Rilevare il grado di coinvolgimento, partecipazione e gestione del vissuto emozionale dei familiari, da parte di infermieri e medici, durante il momento di comunicazione morte encefalica e proposta di donazione d'organo.	Medici ed infermieri.	Effettuare il colloquio in due (quindi medico ed infermiere), avere una formazione adeguata, gestire il carico emotivo, gestire la reazione dei familiari.	Il 70.1% (n=68) degli infermieri ritiene di non essere adeguatamente preparato a sostenere il colloquio coi familiari; ha difficoltà nel gestire i sentimenti di collera (28.9%) e di silenzio (19.6%), seguite poi dall'incapacità di confrontarsi con l'incredulità (15.5%) e con i pregiudizi

						manifestati verso l'équipe medica e/o il SSN in toto (15.5%). Il 10.3% degli infermieri ha difficoltà a far fronte alla richiesta di ulteriori chiarimenti in merito alla diagnosi da parte dei familiari.
DALLA CRITICITA' AL PROCESSO, IL RUOLO DELLE EMOZIONI NEL PERCORSO DONAZIONE	Gaetano Trabucco Maddalena Marcanti Francesco Procaccio, 2009.	studio osservazionale	Indagare il vissuto, la percezione e le esperienze dei familiari dei pazienti deceduti in TI, anche a chi ha ricevuto la proposta di donazione.	Familiari dei pazienti deceduti.	Delle informazioni sistematiche, una relazione d'aiuto efficace, una presa in carico precoce già al momento del ricovero e una buona comunicazione con tutti i familiari producono una serie di vantaggi in questo processo.	Il 60% asserisce di aver intuito autonomamente che vi fosse tale possibilità ed il 16% dichiara che una buona relazione ha consentito loro di superare i dubbi e chiarire il proprio pensiero. Il 25% ha esplicitato la possibilità di donare prima ancora della proposta.
SCENARIO 96	Paolo Carraro, Debora Gari, Elena Grandolfo, Luisa Nasato, Loris Schiavon; 1996.	revisione narrativa	Indagare la relazione coi familiari del donatore.	Familiari e operatori sanitari.	Preparazione specifica da parte dell'operatore finalizzata al supporto dei familiari, giusto grado di empatia, relazione d'aiuto che si basi sul rispetto, chiamare il familiare per cognome, portare una rispettosa postura, sguardo interessato, voce calorosa, presenza di due operatori durante il colloquio.	Il 18% degli infermieri è partecipe durante la proposta di donazione di organi, solo il 9% è presente nei colloqui routinari.

<p>LINEE GUIDA PER LA VALUTAZIONE E L'ASSISTENZA PSICOLOGICA IN AREA DONAZIONE- TRAPIANTO</p>	<p>giunta regionale – 8^a legislatura, 2009</p>	<p>linea guida</p>	<p>Organizzare un approccio integrato e multidisciplinar e all'attività di procurement.</p>	<p>Medici Infermieri.</p>	<p>Utilizzo di colloqui clinici individuali con il ricevente e con il donatore principalmente ed eventualmente con altri familiari, di strumenti testistici psicologici, finalizzati alla diagnosi di personalità e/o all'indagine della sintomatologia psichica, come strumenti aggiuntivi e non principali del processo valutativo, richiesta di consulenze specialistiche di approfondiment o rispetto a potenziali fattori di rischio. Operatore formato, prevenzione burn-out, uso di protocolli.</p>	<p>Questi interventi migliorano il rapporto coi familiari, formano adeguatamente l'operatore sanitario.</p>
<p>LA FORMAZIONE INFERMIERISTI CA PER I PROCESSI DI DONAZIONE</p>	<p>Franca Franco, 2021</p>	<p>studio osservazionale</p>	<p>Analizzare il vissuto, la preparazione e le criticità percepiti da un campione di infermieri.</p>	<p>Infermieri.</p>	<p>Essere maggiormente formati soprattutto per quanto riguarda la parte amministrativo- organizzativa rispetto a quella prettamente assistenziale, formazione specificata e continua.</p>	<p>L'85% (n=91) degli infermieri intervistati si è trovato coinvolto almeno una volta nel seguire un processo di donazione. Di questi, il 67% ha riscontrato delle criticità, 65% (n=70) di tutti gli infermieri intervistati ritiene di non essere sufficientemente formato per seguire i processi di donazione.</p>

						Nonostante il restante 35% (n=36) ritenga di possedere una formazione sufficiente, ben l'86% (n=92) dell'intero campione percepisce la necessità di una maggior formazione/informazione.
ACCOMPAGNAMENTO DEI FAMILIARI E COMUNICAZIONE	The Swiss donation pathway, modulo V, 2014.	raccomandazioni	Spiegare la morte cerebrale e come domandare il consenso per l'espianto degli organi.	Medici, Infermieri, Familiari dei pazienti.	Buona formazione dell'operatore, essere in due durante il colloquio, ambiente tranquillo, linguaggio chiaro, rispondere alle domande, essere empatici.	L'elenco delle cose da fare in questi due momenti hanno aiutato gli operatori sanitari ad affrontare in maniera idonea questo processo.
LA TERAPIA PSICOLOGICA DURANTE I TRAPIANTI E LE DONAZIONI	Paola Bianchi, 2012.	revisione narrativa	Capire che tipo di assistenza erogare ai familiari del donatore.	Familiari.	Si propone per il trattamento degli stati emotivi legati all'argomento un modello di psicoterapia integrata centrato sulle emozioni.	La psicoterapia aiuta i familiari del paziente ad affrontare questo momento.
LE CONOSCENZE ED OPINIONI DEGLI STUDENTI INFERMIERI SU DONAZIONE E TRAPIANTI D'ORGANO	Gian Domenico Giusti, Cristina Marini, Alessio Gil, Mirella Giontella; 2015.	studio osservazionale	Stimare la capacità critica degli studenti di auto-valutarsi in merito alle informazioni sui temi di morte cerebrale, donazione e trapianto.	Studenti infermieri.	Per sensibilizzare l'argomento bisognerebbe usare internet, blog, professionisti della salute nelle scuole, spiegare i pro e i contro, mostrare sofferenza alle persone.	Il 74,71% dice di non possedere sufficienti informazioni, mentre il 25,29% crede di avere informazioni al riguardo, molta fiducia nei trapianti (99,23%) da parte di tutti gli studenti, che credono pienamente in essi eppure il

						27,20%, in caso di un familiare in condizione di morte cerebrale, non sarebbe disposto ad acconsentire, riconoscere la sua capacità di influire positivamente sulla donazione., l'88,51% sostiene di possedere questa capacità.
SOSTEGNO PER LA FAMIGLIA E LE PERSONE CARE	Borsa Remzi, Michael F O'Connor, Allison Dalton, Gary F. Marklin; 2023	revisione della letteratura	Capire quale sostegno dare alle famiglie.	Familiari.	Consulenza del dolore per le persone in lutto che lo richiedono.	Se non viene richiesta questa tipologia di consulenza, si è visto che non è necessaria.

3.2 ANALISI DEGLI ARTICOLI

Nello studio osservazionale ‘La comunicazione di morte cerebrale e la successiva proposta di donazione degli organi’ (Carriero et al, 2021) condotto dal luglio 2018 a marzo 2019 è stato distribuito un questionario sia ai medici che agli infermieri.

La prima parte del questionario indaga la comunicazione della morte encefalica, la seconda sezione esplora il grado di coinvolgimento di medici ed infermieri nella fase di colloquio con i familiari in merito alla comunicazione e la capacità di gestire le emozioni dei familiari che si sviluppano nel corso dello stesso, la terza parte esplora il grado di coinvolgimento di medici ed infermieri al momento della proposta di donazione di organi e tessuti, la loro partecipazione ai colloqui con i familiari e la capacità di gestire le emozioni che si sviluppano al momento della stessa.

Dall’analisi dei dati risulta che il 42.3% (n=41) degli infermieri vivono negativamente la presenza di un soggetto in morte encefalica e dichiarano di aver assistito maggiormente all’incredulità dei familiari (38.1%), seguita dal silenzio (28.9%), richieste di ulteriori chiarimenti (28.9%) e pregiudizi verso l’équipe medica e/o il SSN in toto (12.4%). Per gli infermieri è più difficile da affrontare la collera dei familiari (28.9%).

Il 38.1% (n=37) degli infermieri la possibilità di partecipare assieme al medico ai colloqui con i parenti rappresenta un aggravio accettabile del proprio lavoro e il 28.9% (n=28) di loro ci tiene ad essere presente.

Inoltre, il 70.1%(n=68) di infermieri non si sente adeguatamente preparato ad affrontare la proposta di donazione.

Al momento della proposta di donazione di organi e tessuti emerge, secondo quanto dichiarato dagli operatori sanitari, che i familiari hanno bisogno di tempo per riflettere e di ricevere maggiori informazioni in materia di donazione per poter prendere una scelta più consapevole possibile.

A ciò segue il 21.6% (n=21) di infermieri che affermano di aver assistito a reazioni divergenti fra i familiari; inoltre, di fronte al rifiuto alla donazione, il 42.3 % (n=41) del personale infermieristico cerca di capire le motivazioni del rifiuto.

Tabella 5: percezione degli infermieri

Infermieri	42.3% vive negativamente la presenza di un paziente in morte encefalica
	38.1% ritiene partecipare al colloquio col medico e i familiari un aggravio accettabile del proprio lavoro
	28.9% ci tiene ad essere presente durante il colloquio
	70.1% non si ritiene adeguatamente preparato
	21.6% ha assistito a reazioni divergenti dei familiari
	42.3% cerca di capire le motivazioni

Invece, nello studio ‘Dalla criticità al processo: il ruolo delle emozioni nel percorso di donazione’ è stato sottoposto un questionario ai familiari dei pazienti deceduti per morte encefalica che avevano ricevuto la proposta di donazione. Tale questionario, composto da 52 domande a scelta multipla, indagava i vissuti emotivi dei familiari dal periodo dall’accoglienza al decesso, indipendentemente dal fatto che avessero ricevuto o meno la proposta di donazione.

Le aree indagate sono sei:

- I) accoglienza in terapia intensiva,
- II) presa in carico,
- III) relazione di aiuto,
- IV) comunicazione ed informazione durante il ricovero,
- V) comunicazione ed informazione al momento del decesso,
- VI) supporto.

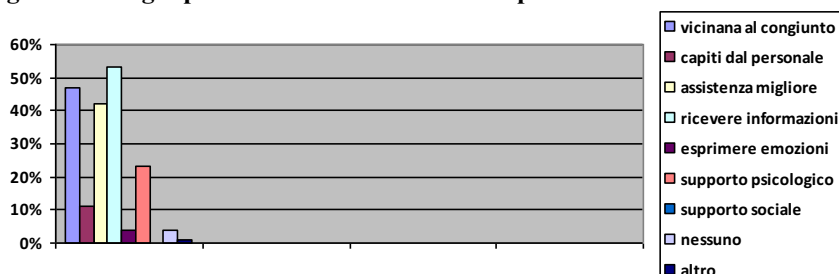
Un settore a parte del questionario è dedicato a coloro che avevano ricevuto la proposta di donazione.

Sono stati analizzati i risultati ottenuti in ogni fase, in particolare sono stati considerati dalla fase III.

Fase III – relazione di aiuto.

La relazione di aiuto rappresenta l’impegno dell’operatore verso i familiari per sostenerli e coinvolgerli attivamente nel programma assistenziale. La qualità della relazione instaurata con gli operatori in Terapia Intensiva è definita “ottima e buona” (89%) e può essere favorita da un maggior interesse per la sofferenza emotiva (34%), più vicinanza emotiva durante la comunicazione delle notizie ai familiari (28%), incontri che rispettino la riservatezza (22%). Stare vicini al proprio congiunto, sentirsi rassicurati sulla qualità dell’assistenza e ricevere informazioni sono i bisogni più importanti per i familiari dei pazienti ricoverati in TI (figura 1).

Figura 1: bisogni prevalenti dei familiari di un paziente ricoverato in una terapia intensiva.



Fase IV – comunicazione ed informazione durante il ricovero.

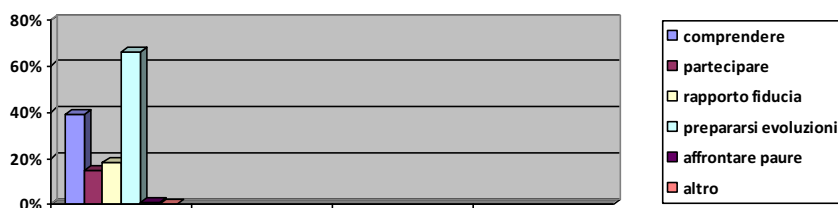
La tabella 6 descrive le modalità utilizzate per informare i familiari sull’andamento della situazione clinica del proprio congiunto. I familiari ritengono particolarmente importante avere la possibilità di poter visitare spesso il loro congiunto perché tale vicinanza alimenta la “speranza” (49%). Inoltre, considerano che ricevere informazioni utili per loro significativi “prepararsi a successive evoluzioni” (66%) e “comprendere” (39%) ciò che accade (figura 2).

Tabella 6: modalità con cui è avvenuta la comunicazione e l'informazione durante il ricovero.

In che modo vi sono state fornite le informazioni?	82% ogni giorno
Gli orari di visita sono stati rispettati?	51% abbastanza
Da chi sono state fornite le informazioni sull’andamento	99% medico

clinico del vostro congiunto?	
I colloqui dove si sono svolti?	53% nella stanza di degenza 6% in reparto 40% stanza apposita 1% altro
Per i familiari una comunicazione efficace significa avere la possibilità di:	45% possibilità di chiarire i propri dubbi 40% elaborare la situazione

Figura 2: significati attribuiti dai familiari alle informazioni ricevute.



Fase V – comunicazione ed informazione al momento del decesso.

Esprime il momento più difficile in cui il familiare perde la speranza. I familiari dello studio riferiscono di avere ricevuto la comunicazione del decesso dal medico, il cui atteggiamento viene percepito “di sostegno”, ma anche “professionale” e “coinvolto”. Il dato centrale di questa osservazione è che, laddove l’informazione è precoce, la comunicazione è sistematica e la relazione di aiuto si articola lungo l’iter del ricovero, tutti i soggetti dichiarano di essere arrivati al momento del decesso del loro congiunto “preparati”, in quanto già dai colloqui precedenti avevano compreso la gravità della situazione. L’attenzione ai bisogni dei familiari è sottolineata anche dal fatto che la comunicazione di morte è avvenuta sempre in una “stanza apposita” nel rispetto dell’intimità, della privacy e del loro dolore.

Tabella 7: modalità con cui è avvenuta la comunicazione di morte.

Da chi avete avuto la comunicazione della morte?	100% medico
Come avete percepito l'atteggiamento dell'operatore sanitario che vi ha comunicato il decesso?	46% di sostegno 37% professionale 30% coinvolto

Fase VI – supporto.

Il supporto richiesto dai familiari durante il periodo del ricovero è prevalentemente “psicologico”, benché il 38% dichiarò di non avere altri bisogni. Nel periodo successivo al decesso, solo il 10% afferma di usufruire di un aiuto psicologico specifico. La maggior parte dei familiari intervistati ritiene che al momento del decesso sia stata rispettata la “sacralità del momento” (82%), data la “possibilità di vedere il proprio congiunto” (90%), siano stati garantiti “il tempo e l'intimità necessari per il commiato” (88%), spiegate “le procedure che avrebbero dovuto seguire” (86%). L'atteggiamento complessivo degli operatori sanitari in questa fase è stato percepito come “di supporto” (83%).

Tabella 8: tipologie di supporto richiesto dai familiari.

Durante il ricovero del vostro congiunto di che tipo di supporto avreste avuto più bisogno?	42% psicologico 17% medico 5% sociale 38% nessuno 4% altro
Attualmente usufruite di un sostegno psicologico?	10% sì 90% no

Quando è stata fatta la proposta di donazione si evidenzia la grande facilitazione che viene impressa al processo di donazione se nel corso del ricovero si è costruita con i familiari una stabile e continuativa relazione d'aiuto; infatti, molti di loro dichiarano di essere giunti alla proposta di donazione preparati a tale evenienza, di aver ricevuto la proposta dallo stesso medico che ha avuto in cura la persona deceduta e di aver dato in alta percentuale il consenso al prelievo (79%). Il 60% asserisce di aver intuito

autonomamente che vi fosse tale possibilità ed il 16% dichiara che una buona relazione ha consentito loro di superare i dubbi e chiarire il proprio pensiero. Il 25% ha esplicitato la possibilità di donare prima ancora della proposta. L'insieme di queste osservazioni indica che l'efficacia del processo risiede nella qualità della relazione e non solo nelle abilità della persona che comunica; sul piano statistico, infatti, non emerge alcuna relazione significativa tra chi ha fatto la proposta di donazione e l'accettazione della proposta stessa ($\chi^2 = 1,65$, $p = 0,44$).

Tabella 9: modalità con cui è avvenuta la proposta di donazione.

Chi vi ha fatto la proposta?	59,2% stesso medico
Avete aderito alla proposta di donazione?	79% aderito alla proposta di donazione

Le raccomandazioni di 'The Swiss Donation Pathway' sono basate su standard nazionali per il processo di donazione e sono considerate parte di uno strumento di formazione per le persone coinvolte in questo processo; infatti, viene elencato cosa fare e cosa non fare in caso di morte cerebrale e proposta donazione di organi. "Accompagnamento dei familiari e comunicazione" è il modulo preso in considerazione.

Viene sottolineato come, durante il colloquio, è importante essere due operatori e bisogna suddividersi prima i ruoli, tenere a portata di mano la documentazione e porre la domanda sulla donazione degli organi in base alle condizioni e alle capacità di comprensione dei familiari; inoltre è fondamentale chiedere ai familiari se hanno domande, illustrare le possibilità di supporto e alla fine fare un debriefing col personale. Se l'argomento della donazione degli organi viene introdotto spontaneamente dai familiari, il tema può essere affrontato insieme; se invece ciò non avviene, occorre lasciare trascorrere un tempo sufficiente tra l'annuncio della morte cerebrale e la domanda relativa alla donazione degli organi e affrontare la tematica in un secondo colloquio.

Alcune persone hanno inoltre pregiudizi nei confronti della morte cerebrale e della donazione degli organi, in quanto sono in contrapposizione con le opinioni dei loro modelli religiosi; la maggior parte sono a favore come il cristianesimo, islam, ebraismo, chiese ortodosse, buddismo e induismo, mentre lo shintoismo è contrario.

Quindi, bisogna informare i familiari che una persona con morte cerebrale può donare organi e tessuti e bisogna chiedere se hanno mai affrontato il discorso quando la persona era in vita per capire le sue volontà, o se invece il paziente possedesse una tessera del donatore o un altro documento.

In assenza di quest'ultimi e se non si conosce la volontà del defunto, i familiari dovranno prendere la decisione tenendo in considerazione ciò che avrebbe voluto il defunto.

I parenti devono essere incoraggiati a pronunciarsi sulle preferenze del paziente per comprendere quale decisione avrebbe preso; in questa fase devono essere obbligatoriamente informati del fatto che per legge hanno il diritto di rifiutare la donazione degli organi e dei tessuti.

Occorre lasciare loro un tempo sufficiente per riflettere su questa decisione e per coinvolgere altri familiari; è importante che la maggioranza approvi la decisione presa e non devono essere messi sotto pressione.

È necessario concordare un colloquio successivo una o due ore dopo la proposta.

Nel caso in cui venga consentita la donazione di organi, spiegare quali sono le analisi necessarie e perché, comunicare che questi esami sono importanti per valutare la condizione degli organi del paziente, chiedere se si desidera che alcuni organi non vengano donati.

È importante coinvolgere attivamente i parenti; informarli che il congedo normalmente avviene in seguito e che il corpo della persona a fine operazione sarà del tutto normale.

L'equipe, per comunicare la morte cerebrale del paziente e per la proposta di donazione degli organi, deve assumere degli atteggiamenti idonei.

Innanzitutto, il colloquio deve avere avvenire in un ambiente apposito, tranquillo, con sedie per i partecipanti, senza fattori di disturbo e mettendo a disposizione da bere e fazzoletti.

Durante il discorso, cercare il contatto visivo, utilizzare un linguaggio chiaro ed esplicito, essere empatici, ma non farsi coinvolgere emotivamente, usare un tono comprensivo e monitorare le reazioni dei familiari che potrebbero essere di shock o di rabbia.

Quindi, riassumendo, per trattare questo tema è importante seguire il protocollo

SPIKES:

- setting - buona preparazione
- perception - capire i familiari
- invitation - informare i parenti, qualcuno può scegliere di non sapere
- knowledge - illustrare le possibilità e la procedura
- empathy - riconoscere le emozioni
- summary - terminare il colloquio con un riepilogo.

Altro articolo interessante, è stato presentato durante il IV congresso ANIARTI, dal titolo 'L'infermiere e la donazione di organi' (Padova, 25 maggio 1996), in cui si affrontarono diverse tematiche, tra cui quello della comunicazione e della relazione d'aiuto.

Quando si parla di comunicazione non ci si riferisce solo a quella coi familiari, ma anche quella tra l'equipe multidisciplinare che serve ad arricchirsi di conoscenze, a comprendere meglio, ad avere una migliore suddivisione dei ruoli.

Per quanto riguarda la relazione d'aiuto, secondo Rogers è la situazione in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione.

La relazione può essere reciprocità a patto che ci sia confronto tra persona e persona e co-protagonismo per la costruzione della relazione.

Affinché questa si instauri, due persone devono essere in contatto psicologico, il professionista si pone in uno stato di congruenza, deve provare delle emozioni di considerazione positiva incondizionata, empatia; sono gli atteggiamenti e i sentimenti di benevolenza della persona professionista che valorizzano questa relazione d'aiuto.

Importante è l'accettazione, l'ascolto, l'osservazione, il counselling, il linguaggio verbale e non verbale, i valori della persona; bisogna cercare di unire qualità e competenza, e ciò comporta acquisire nuove conoscenze, nuovi processi metodologici.

Per quanto riguarda più nello specifico la comunicazione coi familiari, sono state evidenti delle difficoltà, in particolar modo si è osservato un atteggiamento freddo e distacco da parte del professionista, che si concentra maggiormente sulla parte tecnica, che non permette il minimo coinvolgimento di chi ha di fronte.

In realtà la componente emotiva influisce molto in questi atteggiamenti di distacco e rifiuto della realtà, provocando delle difficoltà dentro la persona che spesso non si esauriscono solo a livello lavorativo.

Ciò che è richiesto all'operatore è una preparazione specifica finalizzata al supporto ai familiari del donatore, a partire dal loro vissuto che comprende le emozioni che provano; bisogna essere empatici al punto giusto e non troppo freddi e distaccati.

Quindi l'infermiere deve soddisfare le esigenze psicologiche del paziente e mantenere relazioni umane coi familiari, come descritto dal Codice Deontologico dell'infermiere, in cui si sottolinea anche come l'infermiere sia al servizio della vita dell'uomo.

La relazione d'aiuto tende quindi a portare un cambiamento sia negli infermieri sia nei familiari del paziente; tale cambiamento consiste nel far sentire i familiari più a loro agio, più sicuri di sé stessi e più sereni.

L'infermiere, d'altronde, ha il ruolo di chiarire, sostenere e manifestare la comprensione necessaria ai parenti per farli sentire sufficientemente forti di fronte alla situazione.

Tra gli atteggiamenti che deve assumere vi è l'ascolto attivo, la condivisione coi familiari di qualcosa di sé, portare rispetto per quella persona, la comprensione empatica; altrettanto importanti sono l'ambiente in cui avviene la conversazione, chiamare il parente per cognome, non dargli del tu, avere una rispettosa postura corporea, avere una voce calorosa, non essere frettolosi, autenticità e congruenza.

Nella rivista 'Scenario 2015' si è sempre trattato questo argomento, ma dal punto di vista degli studenti.

Obiettivo principale dello studio fu quello di stimare la capacità critica dei tirocinanti di auto-valutarsi in merito alle informazioni sui temi di morte cerebrale, donazione e trapianto; lo strumento utilizzato per la raccolta dati è un questionario con 17 domande.

Alle domande di autovalutazione gli studenti sono risultati molto consapevoli delle loro carenze sui temi di morte cerebrale e trapianti; in effetti il 74,71% dice di non possedere sufficienti informazioni, mentre il 25,29% crede di avere informazioni al riguardo; tuttavia, tutti sanno che esistono numerose leggi a regolamentare queste tematiche ($p=0,056$).

Analizzando le conoscenze scientifiche, sussistono delle mancanze conoscitive: il 13,79% reputa la morte cerebrale successiva alla morte cardiaca e di questi il 26,58% sono studenti del terzo anno.

Fa riflettere che il 3,07% del campione totale sia convinto che la morte cerebrale sia equivalente ad uno stato comatoso ($p<0<001$).

Tuttavia, c'è una buona consapevolezza della differenza che viene a crearsi tra quelli che potremmo definire due tipi di morte, cerebrale e cardiaca, nonostante l'11,11% sostenga la possibilità di una vita in seguito ad accertamento di morte cerebrale. Sebbene sia abbastanza chiaro l'impegno assistenziale che possa esserci attorno ad un paziente in condizione di morte cerebrale che potrebbe andare incontro a prelievo di organi, il 19,92% degli studenti sostiene che non c'è una proporzionalità diretta tra la condizione di morte encefalica e l'aumento dell'attività assistenziale.

Lascia perplessi anche quel 26,05% che non vede possibilità di interferenza tra alcuni farmaci e/o sostanze tossiche e stupefacenti e le condizioni cliniche per la diagnosi di morte encefalica.

Gli atteggiamenti e le opinioni dimostrano molta fiducia nei trapianti (99,23%) da parte di tutti gli studenti, che credono pienamente in essi ($p=0,098$); eppure il 27,20%, in caso di un familiare in condizione di morte cerebrale, non sarebbe disposto ad acconsentire al prelievo ($p=0,032$), ma, nonostante ciò, in caso di necessità propria o di un familiare la quasi totalità lo utilizzerebbe come terapia.

La giustificazione che possiamo trovare alla risposta negativa sul prelievo di organi in un proprio familiare è riscontrabile dal fatto che il 31,42% ritiene che possa essere vissuto come una mutilazione.

Gli studenti sono inoltre molto sospettosi pensando ad un possibile commercio illegale di organi nel nostro Paese, nonostante le numerose tutele.

Risultano quasi tutti concordi nel dare importanza alla figura dell'Infermiere e nel riconoscere la sua capacità di influire positivamente sulla donazione.

L'88,51% sostiene di possedere questa capacità ($p =0,049$).

Pochi studenti hanno avuto la possibilità di incontrare persone in attesa di trapianto o che ne hanno subito uno ($p =0,044$) sia in ambito personale che professionale.

Per l'area inerente all'informazione e alla sensibilizzazione, gli studenti infermieri ritengono che la gran parte delle informazioni che possiedono derivi dalla formazione scolastica e dalle campagne informative pubblicitarie e propongono, come strategie efficaci alla sensibilizzazione, internet, film documentari, social network e altro.

Tabella 10: percezione e credenze degli studenti di infermieristica.

Studenti infermieristica	74.71% ritiene di non avere sufficienti informazioni a riguardo
	25.29% crede di avere sufficienti informazioni
	99.23% ha fiducia nel trapianto
	27.20% non acconsentirebbe alla donazione di organi in caso di morte cerebrale di un proprio familiare
	31.42% lo ritiene una mutilazione
	88.51% ritiene di possedere capacità di influire positivamente durante il processo di donazione

Secondo le ‘Linee guida per la valutazione e l’assistenza psicologica in area donazione-trapianto’ (DGR Veneto n.851/2009) una prima difficoltà rimanda alla complessità del concetto di cadavere a cuore battente e di morte diagnosticata con criteri neurologici, per cui i familiari devono fare i conti con il conflitto cognitivo ed emotivo che consegue alla diagnosi di morte in concomitanza all’immagine fisica di un corpo funzionante.

L’obiettivo di queste linee guida è quello di organizzare un approccio integrato e multidisciplinare all’attività di procurement che si realizzi attraverso le azioni di sostegno alle famiglie durante l’esperienza della perdita, nelle ore che vanno dalla comunicazione della diagnosi di morte fino al termine dell’accertamento, attraverso la disponibilità a fornire informazioni e chiarimenti sugli aspetti clinici e procedurali, l’accompagnamento nel processo decisionale sulla donazione degli organi, soprattutto laddove non ci sia una chiara espressione di volontà da parte del potenziale donatore; dare a tutti una restituzione tempestiva sull’esito della donazione e sui trapianti effettuati, nei termini previsti dalla legge, privilegiando la forma del colloquio con le famiglie; fornire assistenza psicologica diretta ai familiari dei donatori che lo richiedono e fornire gli interventi specifici ai loro bisogni, in particolare per la difficoltà a elaborare il lutto.

Gli interventi necessari per lo svolgimento di questo programma sono di due tipi: interventi sull'équipe di procurement, finalizzati a fornire al personale le competenze necessarie a gestire correttamente la relazione terapeutica coi familiari dei donatori e a sostenerli in una attività ad alto rischio di burn-out; interventi psicodiagnostici, psicoterapeutici e/o psicofarmacologici sui familiari che evidenzino segni di disagio psico-emozionale o psicopatologia in seguito alla perdita e/o alla donazione.

Quindi è necessario predisporre un programma di assistenza ai familiari dei donatori, dal momento in cui si dà comunicazione della possibilità di donazione fino a quando si conclude l'elaborazione del lutto.

È stato dato al Coordinatore per i Trapianti il compito di curare i rapporti con i familiari dei donatori e, conseguentemente, di rispondere ad eventuali situazioni di disagio psico-emotivo. Per assolvere tale compito, è necessario che le équipe di Coordinamento si avvalgano della collaborazione di un consulente con specifica formazione nell'ambito della psicologia del procurement e dei trapianti ed esperienza terapeutica nelle situazioni di lutto e separazione.

Trattato nell'articolo 'La terapia durante i trapianti e le donazioni' di Paola Bianchi è la grave perdita che può produrre un dolore psichico intenso e che indebolisce l'immagine che l'individuo ha di sé stesso.

La morte improvvisa non consente di vivere il lutto anticipatorio e ancor di più produce un senso di vuoto senza speranza.

Testimonianze di familiari di persone morte all'improvviso mettono in evidenza marcati sentimenti di dolore e rimorso, rispetto ai familiari che hanno vissuto la fase anticipatoria che li ha preparati a gestire in modo più funzionale emozioni che seguiranno all'evento.

In alcuni reparti, come quello di terapia intensiva, di frequente accade che gli eventi possono avere un'evoluzione drammatica così veloce da non permettere ai congiunti di entrare in pre-contatto con l'esperienza di perdita.

Le fasi individuate da Kubler-Ross dopo il lutto sono:

- 1.Shock
- 2.Negazione e rifiuto
- 3.Rabbia e senso di colpa
- 4.Disperazione e accettazione

5. Risoluzione.

Negli ultimi dieci anni c'è stato un significativo miglioramento del servizio di assistenza psicologica alle famiglie dei donatori, presente nel momento della donazione e nella difficile elaborazione del lutto.

Ad oggi si registra una carenza di servizi di questo tipo, solo il Nord Italia Transplant presenta un servizio di Psicologia Medica che collabora con le attività svolte da psichiatri e psicologi con le famiglie dei donatori, con i pazienti in attesa e già trapiantati.

Nella rivista IJN n.8/2013 'Il ruolo dell'infermiere nella donazione di organi: aspetti di etica e bioetica' viene trattata questa disciplina che si occupa delle questioni morali legate alla medicina e si è sviluppata a seguito di un'accusa di disumanizzazione rivolta all'ambito medico.

Si possono individuare otto principi fondamentali nella bioetica dei trapianti: il rispetto della vita come valore indisponibile, la tutela dell'identità della persona e dei suoi discendenti, la natura della sperimentazione di genere, il principio della solidarietà e dell'apertura al dono, il principio della proporzionalità costi/ beneficio, il consenso informato come rispetto dell'autonomia del paziente, l'accertamento della morte del donatore, il rispetto del testamento biologico.

La donazione di organi e tessuti in Italia rappresenta ancora per molti un tabù, un "qualcosa" di oscuro o, peggio, ancora sbagliato.

Questo accade perché la cultura del donare non è ancora così diffusa come in altri stati europei.

Nel nostro Paese, la donazione, l'espianto, il trapianto, la restituzione sociale; sono tematiche forti, ricche di fattori ed elementi complessi e variegati che contemperano aspetti giuridici, tecnico scientifici, professionali, etico deontologici e socioculturali.

Appare evidente che, negli ultimi anni, l'attività di trapianto e reperimento di organi sia in costante e sensibile aumento, e tale crescita è avvenuta con la legge 578/93 e DMS 582/94, sull'accertamento e certificazione di morte.

Poi la legge 91/99 ha fatto sì che ci sia stato un aumento dei donatori e quindi del numero dei trapianti effettuati.

In numerosi studi è stato riconosciuto che gli infermieri rappresentano il perno critico del Procurement, (donazione di tessuti da cadavere); essi, infatti, sono i primi a stabilire una relazione con i familiari del potenziale donatore di organi.

Questi operatori sanitari sono il principale gruppo di professionisti della salute che riconosce la potenzialità della donazione degli organi; di conseguenza le famiglie dei possibili donatori li vedono come gli operatori più adeguati e ad essi utili nel processo della donazione.

Ruolo fondamentale viene giocato dall'infermiere nell'educare e diffondere quella che viene chiamata "la cultura del donare".

Proprio per l'empatia con cui svolge la propria professione e per la vicinanza con la sofferenza dei pazienti e delle loro famiglie, è la persona che meglio può comprendere stati d'animo, angosce e soprattutto le paure delle persone, ma allo stesso tempo ha la conoscenza e la capacità di rassicurare e incoraggiare le persone sfatando falsi miti, dando spiegazioni educando le persone al fine di farle riflettere e sensibilizzarle.

Anche il Codice Deontologico tratta il tema dei trapianti in due articoli, ovvero 30 e 40; il primo sottolinea come l'infermiere sostiene i familiari di riferimento dell'assistito, il secondo afferma che l'infermiere educa sulla donazione di sangue, organi e tessuti e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Le capacità relazionali e le competenze nelle tecniche comunicative, acquisite attraverso un percorso formativo di livello avanzato, permettono all'infermiere di gestire in modo adeguato il difficile momento d'incontro con i familiari.

L'infermiere è sempre stato, come viene affermato da Davidson e Coll. (1973), il principale trait d'union tra lo staff ospedaliero e la famiglia, relazionando tutti i giorni con le domande, gli stati d'animo e i problemi posti dai pazienti e dai loro stessi parenti. I familiari del potenziale donatore di organi vengono accompagnati dall'infermiere durante tutto il percorso della donazione, che convenzionalmente è possibile dividere in sei fasi: accoglienza, estrema gravità, gravità irreversibile, comunicazione di morte, proposta di donazione, congedo.

PRIMA FASE: il momento introduttivo della relazione vera e propria; essa permette agli interlocutori di abituarsi alla presenza fisica dell'altro, al suo modo di comunicare sia con le parole sia con il linguaggio non verbale. Questo primo contatto con i familiari dovrebbe avvenire in un ambiente tranquillo e consono al dialogo, che aiuti a sviluppare

il feed-back e che dia dignità ad entrambi gli interlocutori. Tutto ciò è molto importante al fine di creare quanto più possibile con la famiglia ciò che si definisce “un’alleanza terapeutica”.

SECONDA FASE: va a delineare lo stato di gravità estrema; è importante che i familiari capiscano che il loro caro si trova in una situazione critica estremamente delicata e che il personale sta facendo tutto il possibile affinché la situazione possa migliorare, attraverso il massimo impegno e competenza che tale momento rende necessari. Risulta opportuno utilizzare perciò ridondanze e ripetizioni che facilitino la memorizzazione delle informazioni.

TERZA FASE: in questa fase bisogna far capire ai familiari che, nonostante le cure apportate al loro caro, la situazione clinica è peggiorata, e non vi è più alcun margine di miglioramento. In questo modo si preparano i familiari al messaggio successivo, che è quello dell’eventualità della morte.

QUARTA FASE: è quella della comunicazione di morte; essa deve avvenire quando la Commissione si riunisce e stabilisce l’ora d’inizio del periodo di osservazione. Il medico rianimatore ha il compito di comunicare ai familiari la morte cerebrale del proprio congiunto spiegando ciò con criteri clinici e neurologici o tramite immagini, affinché la comprensione possa essere più chiara possibile. La maggior parte delle persone crede che la morte avvenga quando il cuore smette di battere e cessa la respirazione; non è il caso della morte cerebrale dove all’apparenza la vita continua. L’individuo, dunque, muore quando tutto il suo cervello è morto, cioè quando è venuta meno l’unità funzionale basale dell’organismo vivente. Questa condizione proprio perché dimostra la morte come processo e non come evento, è l’unica che permetta, a scopo di trapianto terapeutico, il prelievo degli organi ancora funzionanti (reni, cuore, polmoni etc.) dal donatore a cuore battente.

Tale stato viene sempre documentato e certificato attraverso procedure molto precise sia di carattere clinico (mancanza del respiro, riflesso fotomotore della pupilla, riflesso corneale, oculo-cefalico, oculo-vestibolare, glosso-faringeo) che strumentale (elettroencefalogramma, angiografia cerebrale, scintigrafia).

QUINTA FASE: la proposta di donazione deve avvenire solamente se vi è la certezza della piena comprensione da parte dei familiari dell’avvenuto decesso e delle modalità di accertamento dello stesso. La proposta di donazione deve essere posta ai familiari in

maniera chiara e semplice. Il colloquio deve mirare all'espressione, da parte dei familiari, di una scelta libera, informata e consapevole, che tenga conto principalmente della volontà e degli stili di vita del defunto. Ciascuna famiglia è caratterizzata da un livello d'informazioni generali, da una sensibilità culturale nei confronti del tema donazione, e da una cornice emotiva data dalla specificità del legame con il defunto. Questa è una fase emotivamente coinvolgente anche per chi la conduce; quindi, un certo "affaticamento" può risultare innegabile, ma congelare le emozioni e procedere frettolosamente non rende il colloquio meno faticoso. È bene che questa discussione sia condotta da due operatori sanitari che potranno sia sostenersi reciprocamente nelle fasi più intense del colloquio, sia sostenere i familiari come figure di "facilitatori" nel prosieguo del dialogo. Tradizionalmente la figura dell'infermiere è percepita dai familiari come la persona più vicina a loro, sul loro stesso piano, ed alla quale ci si può rivolgere per chiarire dubbi, dare ulteriori informazioni, o solamente per cercare un complice.

SESTA FASE: trattare i familiari in modo professionale, al di là della scelta che hanno espresso è importante e doveroso per l'operatore sanitario. Con le famiglie che scelgono di non donare sarà opportuno comprendere le motivazioni della scelta con atteggiamento di rispetto e dialogo. L'operatore che conosce le scelte delle famiglie riesce a tollerare i rifiuti senza viverli come una sconfitta. Qualsiasi decisione, positiva o negativa, va rispettata e accettata, la presenza dell'operatore sanitario non deve essere finalizzata alla donazione degli organi, ma ad una vera e propria relazione d'aiuto che tutte le famiglie coinvolte in situazioni simili dovrebbero ricevere da noi professionisti della salute. Rinnovare ai familiari la disponibilità ad ulteriori contatti per eventuali informazioni, o anche per un supporto psicologico nel tempo, permetterà un congedo corretto che, nonostante il dolore, restituirà dignità a tutte le persone coinvolte e renderà ad esse possibile, ma soprattutto meno gravoso, il processo di elaborazione del lutto.

Mentre, nello studio osservazionale 'La formazione infermieristica per i processi di donazione' sottolinea come la conoscenza dei processi di donazione da parte del team infermieristico è importante nelle diverse realtà in cui vi possono essere potenziali donatori, specie indicando strategie per ottimizzare la disponibilità di organi e tessuti a scopo di trapianto.

È stato somministrato un questionario chiuso multiplo di 14 domande (con possibilità di più risposte) a 128 infermieri operanti nelle Terapie Intensive di Udine, Pordenone e Trieste.

L'85% (n=91) degli infermieri intervistati si è trovato coinvolto almeno una volta nel seguire un processo di donazione; di questi, il 67% ha riscontrato delle criticità.

Durante il processo di donazione gli infermieri sono stati preoccupati maggiormente da (risposta anche multipla): 59% aspetti amministrativi/normativi, 52% rapporti con la Rete trapiantologica, 43% rapporto con i familiari del donatore, 19% mantenimento del donatore, 1% organizzazione dei trasporti organi, 2% imprevisti/novità, 6% solamente non nutre particolari timori.

Tra le preoccupazioni degli infermieri di coordinamento emerge che le parti del processo che temono di più sono (risposta anche multipla): 53% aspetti amministrativi/normativi, 35% rapporto con i familiari del donatore, 29% rapporti con la Rete trapiantologica, 18% procedura, 18% mantenimento del donatore, 12% imprevisti/novità, 24% non nutre particolari timori.

L'89% (n=95) degli infermieri intervistati è favorevole alla donazione, il 3% (n=3) non lo è, mentre l'8% (n=9) non saprebbe esprimersi.

Il 78% degli infermieri intervistati ritiene che le religioni possano influire sulla decisione delle persone di donare gli organi. Questo potrebbe ripercuotersi negativamente sul processo di donazione.

Il 65% (n=70) di tutti gli infermieri intervistati ritiene di non essere sufficientemente formato per seguire i processi di donazione. Nonostante il restante 35% (n=36) ritenga di possedere una formazione sufficiente, ben l'86% (n=92) dell'intero campione percepisce la necessità di una maggior formazione/ informazione.

Tabella 11: percezioni e credenze infermieri della Terapia Intensiva

Infermieri	85% ha seguito almeno una volta il processo di donazione; di questi il 67% ha avuto delle difficoltà
	89% è favorevole alla donazione, il 3% non è favorevole, l'8% non si è espresso
	43% è preoccupato riguardo i rapporti coi

	familiari del donatore
	78% ritiene che le religioni possano influenzare la decisione della persona
	65% non si ritiene sufficientemente formato, il 35% sì
	86% percepisce di aver bisogno di una maggiore formazione

Il processo di accettazione della diagnosi di morte secondo criteri neurologici (morte cerebrale) o morte anticipata secondo criteri circolatorio-respiratorio richiede pazienza ed empatia da parte dei caregiver.

Dopo che la morte cerebrale è stata accertata ed è stata fornita l'autorizzazione alla donazione degli organi, i familiari e i propri cari possono o meno desiderare di rimanere con il defunto per un certo periodo di tempo, incluso fino al trasferimento in sala operatoria per il prelievo degli organi.

I membri della famiglia possono avere domande sulla procedura di approvvigionamento, sull'anestesia durante l'approvvigionamento e sull'eventuale trasferimento dei resti della persona amata a un'impresa di pompe funebri.

L'anestesia viene utilizzata per ridurre la risposta fisiologica rimanente alle procedure coinvolte nell'approvvigionamento.

La consulenza specifica sul dolore non è generalmente indicata.

La maggior parte delle persone in lutto è resiliente e il dolore acuto è integrato durante un naturale processo di adattamento che tipicamente si svolge con il sostegno e l'incoraggiamento di familiari e amici stretti, nonché del clero.

Le persone in lutto, specialmente quelle che hanno perso figli, spesso trovano molto difficile parlare della perdita.

Tuttavia, la consulenza sul dolore può essere utile per le persone in lutto che lo richiedono.

CAPITOLO 4: DISCUSSIONE

I risultati trovati mostrano come questo tema riguardi anche l'ambito psicologico; per ottenere un migliore outcome è necessario avere una buona formazione riguardo i temi di morte cerebrale, della donazione di organi e avere una buona relazione coi familiari.

Il 70.1% degli infermieri non si ritiene in grado di essere preparato abbastanza per partecipare al colloquio tra medico e familiari poiché non adeguatamente formato sull'argomento, ma allo stesso tempo l'81.7% ritiene giusto assistere alla riunione col medico per informare i parenti della morte encefalica e successiva proposta di donazione degli organi (studio condotto da Hosein, 2015, Masoumian Hoseini et al., 2015).

Per ottenere ciò, l'infermiere deve usufruire di una comunicazione verbale e non verbale adeguata.

Si parte dal momento della morte cerebrale; questa informazione deve essere data in un ambiente tranquillo, privo di distrazioni, ben illuminato e dove viga privacy.

Nella stanza, oltre ad essere presenti i parenti del paziente, devono esserci il medico e l'infermiere, quindi due operatori che si dividono i compiti prima dell'incontro.

È doveroso chiedere ai familiari se hanno capito cosa si intende per morte cerebrale e bisogna lasciare spazio ad eventuali dubbi o domande.

È importante mantenere il contatto visivo ed usare un linguaggio chiaro e comprensibile, se necessario ripetere i concetti più volte in maniera differente; chiamare per nome il defunto.

Mettere a disposizione fazzoletti e acqua, lasciarli un momento da soli se necessario o dar loro supporto psicologico da parte di una persona esperta (Danick Gut et al., 2014).

Dal momento della morte cerebrale a quello di proposta di donazione di organi deve passare del tempo affinché la persona elabori il lutto e sia in grado di comprendere ciò che gli viene richiesto.

Anche la proposta deve avvenire in un luogo tranquillo e isolato; chiedere ai parenti se hanno mai parlato in precedenza con il paziente di questo tema e capire le possibili dinamiche.

In assenza di documenti relativi alla donazione, dovranno essere i familiari a prendere questa decisione, perciò informarli correttamente in cosa consiste e le varie procedure da effettuare è compito dell'equipe multidisciplinare.

Occorre poi lasciare del tempo necessario per prendere una scelta ed è importante che la maggioranza sia d'accordo; riproporre un colloquio una o due ore dopo aver parlato della proposta (Danick Gut et al., 2014).

Confrontando i risultati della ricerca con la letteratura presente, si conferma l'articolata e complessa attività dei processi di donazione e il significativo impegno richiesto al personale infermieristico coinvolto (Franchi, 2021).

È importante essere empatici e dare supporto, essere a disposizione dei parenti e chiarire ogni dubbio; per questo motivo ruolo centrale lo ha l'infermiere, perché è quella figura che più di tutte instaura una relazione coi familiari e col paziente.

È necessario focalizzarsi soprattutto sulla comunicazione e sul sostegno alla famiglia, evitando di concentrarsi eccessivamente sul consenso, poiché trascorrere del tempo con la famiglia, dare spazio e rispondere ai loro bisogni, permette di avere una risposta ben ponderata alla richiesta di donazione.

Ma l'essere empatici può essere un problema per gli operatori sanitari poiché vi è rischio di burn out; quindi, il distacco emotivo è necessario, non bisogna essere troppo coinvolti nella vicenda stessa.

Bisogna rispettare qualsiasi decisione presa, anche in caso di rifiuto.

Oltre a questo, dagli studi è emerso come sia importante la formazione del personale infermieristico all'interno del processo di donazione di organi che riguarda, tra le varie tematiche, quella relativa alle conoscenze professionali legate al percorso di donazione, tra cui il rilevamento dei potenziali donatori di organi, l'identificazione e la valutazione clinica del paziente, il concetto di morte cerebrale ed il mantenimento del donatore.

Importante è far sì che il colloquio non avvenga vicino il letto del paziente o nel corridoio, non deve essere eseguito frettolosamente, evitare di svolgerlo in piedi.

Non affrontare l'argomento troppo precocemente e non usare un tono sepolcrale; sarebbe opportuno non mantenere un atteggiamento rigido e non pronunciare frasi retoriche, elusive o di speranza.

È importante non fare promesse non realistiche e mettere sotto pressione i familiari per la decisione di donazione degli organi.

Le espressioni in gergo, le frasi fatte, le generalizzazioni, il linguaggio ambiguo ed espressioni che possono veicolare un senso di superiorità devono essere evitate dall'operatore sanitario.

Non ignorare i sentimenti dei familiari e porre la domanda nel momento più opportuno, quindi non inserire il tutto in un unico colloquio.

Non giudicare nel caso in cui decidano di non donare gli organi del proprio caro.

Vi sono stati vari limiti nella ricerca, in particolare la scarsità di materiale trovato.

Questo tema non è stato molto trattato o comunque le ricerche sono assai datate, pochi articoli sono recenti.

Alcuni di essi, durante la lettura dell'abstract, sono parsi molto pertinenti nel rispondere alla domanda di ricerca individuata, ma visionando il periodo di svolgimento dello studio sono risultati eccessivamente datati: appare chiaro che negli ultimi anni tale tematica sia stata poco indagata.

Inoltre, molti riguardavano l'ambito pediatrico, la donazione da cadavere e la morte cardiaca invece di quella encefalica, argomenti non considerati per questa revisione.

Molti di questi non riportavano una grande forza scientifica, altri trattavano più un aspetto filosofico-etico-psicologico; tra questi è stata fatta una selezione considerando tra i più pertinenti quelli con dichiarazioni fatte da psicologi.

Infine, non è stato possibile consultare articoli di alcune banche dati poiché a pagamento, nonostante l'abstract risultasse pertinente alla ricerca (Danick Gut et al., 2014).

Tabella 12: come effettuare il colloquio

Colloquio	Setting con stanza riservata, sedie, fazzoletti, erogatore bevande, illuminato
Personale coinvolto	Presenti due operatori, solitamente un medico e un infermiere, che si dividono prima i compiti; devono essere esperti e adeguatamente formati. Essere empatici, ma non farsi coinvolgere emotivamente, fare domande aperte.
Linguaggio	Chiamare per nome il defunto, parlare in

	un linguaggio comprensibile al destinatario, assoluta franchezza, rimanere autentici, attenzione alle interpretazioni errate, utilizzare termini non ambigui.
Comunicazione	Tenere il colloquio riguardo alla morte cerebrale e alla donazione degli organi quanto prima possibile, individuare il momento giusto, tenere conto del proprio stato d'animo, valutare la capacità di comprendere la notizia dei familiari, tenere conto delle circostanze sfavorevoli e delle condizioni generali.
Tono voce	Convincente, che ispiri fiducia, competente, comprensivo.
Informazioni	Assicurarsi che i familiari abbiano ben chiaro il significato di morte cerebrale e donazione di organi, ripetere le informazioni più importanti, usare linguaggio chiaro e comprensibile, quindi fare scelte lessicali adeguate. Fare delle pause se necessario.
Conclusione colloquio	Lasciare i propri recapiti (tipo biglietto da visita col numero), consigliare un supporto psicologico ai parenti se vi è necessario; gli operatori sanitari effettueranno invece un debriefing.

CAPITOLO 5: CONCLUSIONE

Sostenere la famiglia dopo la morte cerebrale è fondamentale; instaurare con loro un rapporto di fiducia, rispetto e reciprocità aiuta poi nella proposta di donazione di organi, oltre ad aiutarli ad affrontare le varie difficoltà.

La formazione dell'infermiere è importante sia per il parente sia per l'infermiere stesso che riesce ad affrontare questi momenti con empatia, ma allo stesso istante con distacco emotivo.

La scarsa formazione può portare la famiglia ad avere dubbi, rimpianti e rimorsi e solitamente li porta a rifiutare la proposta di donazione.

Importanti sono anche i debriefing con l'equipe multidisciplinare, per ricercare i punti di forza e di debolezza, cosa ha funzionato e cosa no, dove si può andare a migliorare; sono necessari anche per confrontarsi con altre figure professionali ed avere uno scambio di opinioni.

All'interno degli articoli revisionati sono emerse le tematiche principali affrontate durante i periodi formativi, quali: conoscenze infermieristiche professionali, supporto alla famiglia del paziente donatore, capacità comunicative con la famiglia, atteggiamento del personale infermieristico, relazione.

Il ruolo infermieristico, in questo processo, è quello anzitutto di offrire un'assistenza alla famiglia, che vada a rispondere ai bisogni, ai dubbi e alle domande che possono insorgere durante le procedure, senza dimenticare che per poter garantire tale "servizio" è indispensabile avere conoscenze e competenze, sia cliniche che comunicative.

Questo permette lo sviluppo di una comunicazione professionale che determina una presa in cura ottimale sia del paziente potenziale donatore sia della famiglia, sostenendola nella comunicazione della diagnosi, nel lutto e nella presa di decisioni relativa alla donazione.

I familiari devono essere informati sull'evoluzione delle condizioni cliniche del paziente costantemente, soprattutto quando la situazione è critica, e le informazioni devono essere date in maniera veritiera ma con delicatezza e gradualità, con un linguaggio adeguato, semplice e comprensibile agli interlocutori.

Bisogna mantenere un atteggiamento non giudicante poiché porta alle famiglie il messaggio che si pensi anche ai loro bisogni e ciò favorisce la capacità di affidarsi ai curanti e di accogliere le loro indicazioni, compresa la eventuale proposta di donazione. La proposta di donazione si apre sempre con la richiesta di riferire una eventuale espressione di volontà manifestata in vita dal defunto.

In assenza di questa, il compito del sanitario è accompagnare e sostenere la famiglia nel processo decisionale.

In tal modo si ridurrà il margine di arbitrarietà e si solleverà la famiglia dalla non facile responsabilità di decidere al posto di chi non c'è più, cosa che potrebbe causare ripensamenti e conflittualità nel periodo successivo.

Se la decisione risulta difficile o controversa, bisogna rassicurare la famiglia sul fatto che c'è tempo per discutere le varie posizioni e i dubbi e potremo guidare il confronto attraverso un atteggiamento di ascolto delle varie posizioni, con interventi di chiarificazione e mediazione.

Qualsiasi domanda deve essere accolta e si cerca di aiutare la famiglia nelle soluzioni delle varie problematiche che, a seconda dei casi, possono caratterizzare la situazione (Procaccio, 2012).

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

-Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ASSM (2017). Accertamento della morte nel contesto del trapianto di organi e preparazione del prelievo di organi. [file:///C:/Users/Chiara/Downloads/direttive_assm_morte_prelievo_di_organ%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Chiara/Downloads/direttive_assm_morte_prelievo_di_organ%20(2).pdf)

-ALLEGATO A alla Dgr n. 851 del 31 marzo 2009. Linee guida per la valutazione e l'assistenza psicologica in area donazione-trapianto.

-Borsa Remzi, MD, Michael F O'Connor, MD, FCCM, Allison Dalton, MD, Gary F. Marklin, MD (12 gennaio 2023). Gestione del donatore di organi deceduto. <https://www.uptodate.com/contents/management-of-the-deceased-organ-donor?csi=d7c1d727-1d89-471d-8822-40b6171528a9&source=contentShare>.

-Danick Gut, Isabelle Keel, Tanja Kingston, Alexander Kiss, Bara Ricou, Dagmar Vernet (2014, Maggio). Accompagnamento dei familiari e comunicazione. The Swiss Donation Pathway. Disponibile in:
<http://www.area-c54.it/public/accompagnamento%20dei%20familiari%20e%20comunicazione%20su%20potenziali%20donatori.pdf>

-Franca Franco (2021, 5 ottobre). La formazione infermieristica per i processi di donazione. *Trapianti* 2021; 4: 00-00.

-Francesco Procaccio, Andrea Gianelli Castiglione, Martí Manyalich, Alessandro Nanni Costa. Corso Nazionale Coordinatori alla Donazione e al Prelievo di Organi e Tessuti, VII edizione (2012). Centro nazionale trapianti, Roma (pp 444-455).

-Gian Domenico Giusti, Cristina Marini, Alessio Gili, Mirella Giontella (2015). Le conoscenze ed opinioni degli studenti infermieri su donazione e trapianto d'organo. *Scenario* 2015; 32 (4) 39-43.

-Gaetano Trabucco, Maddalena Marcanti, Francesco Procaccio (2009). Dalla “criticità” al “processo”, il ruolo delle emozioni nel percorso di donazione. *Trapianti* 3/2009, XIII, 135-143.

- Lavera G, Basile A, Bertoloth M, & co. Assistenza psicologica nei trapianti d'organo. *Ann. Istituto Superiore di Sanità*, vol 36 n 2 (2000) (pp 225- 246).

-Marcello Antonazzo (2013). Il ruolo dell'infermiere nella donazione degli organi: aspetti di etica e di bioetica. *IJN* n8/2013, 43-44.

-Maria Chiara Carriero, Roberto Lupo, Emanuela Margiotta, Antonino Calabrò, Maicol Carvello, Cosimo Caldararo, Cosimo Petrelli, Carmen Donadio, Silverio Marchello, Lorenzo Bardone, Luana Conte (2021). La comunicazione della morte cerebrale e successiva proposta di donazione d'organo: studio osservazionale. *IJN* n36/2021, 92-97.

- Mazzoni D, Mauri A, Rupolo (2001). Critical aspects of communication in intensive care. *Minerva Anestesiologica*.

-Paola Bianchi, 2012. La terapia psicologica durante i trapianti e le donazioni. Disponibile in:

https://www.paolabianchipsicologa.it/oz-prj/paolabianchipsicoterapeuta/_files/ARTICOLO%20LA%20TERAPIA%20PSICOLOGICA%20DURANTE%20I%20TRAPIANTI%20E%20LE%20DONAZIONI.pdf

-Paolo Carraro, Debora Gari, Elena Grandolfo, Luisa Nasato Loris Schiavon (1996). L'infermiere e la donazione d'organo. *Scenario* 3/97, 32-34.

- Legge 91/1999, articolo 12.

-DM 739/1994, articoli 39 e 40.

- <https://aido.it/trapianti-in-italia/>

-<https://www.aniarti.it/>

[-https://www.treccani.it/enciclopedia/](https://www.treccani.it/enciclopedia/)

- 5 dicembre 2018. Il trapianto e la donazione. Ministero della Salute. Disponibile in:
<https://www.trapianti.salute.gov.it/trapianti/dettaglioContenutiCnt.jsp?lingua=italiano&area=cnt&menu=cittadini&id=244>

