

Editoriale

Venti anni dall'inizio dell'attività di trapianto di cuore in Italia

Alessandro Pellegrini

Primario Cardiocirurgo Emerito, A.O. Niguarda Ca' Granda, Milano

(GIC - G Ital Cardiol 2006; 7 (1): 1-3)

© 2006 CEPI Srl

Ricevuto il 21 ottobre
2005; accettato il 24
ottobre 2005.

Per la corrispondenza:

Prof. Alessandro Pellegrini

Via L.B. Alberti, 3
20149 Milano

E-mail:
sandropelle@libero.it

Venti anni fa, nel novembre 1985, ha avuto inizio in Italia l'attività di trapianto cardiaco, dopo la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale dell'autorizzazione a cinque Centri: Padova, il "De Gasperis" di Milano-Niguarda, Pavia, Bergamo e Udine. Tra il 13 e il 23 dello stesso mese, i cinque Centri, primo quello di Padova, diretto da Vincenzo Gallucci, eseguivano il trapianto.

L'atmosfera di quel periodo, che ho vissuto in prima persona, era per noi particolarmente coinvolgente, soprattutto per le implicazioni psicologiche, legate alla peculiarità del trapianto di un organo simbolico come il cuore. Il trapianto di rene e di fegato, eseguiti in precedenza, non avevano suscitato analogo interesse da parte dell'opinione pubblica.

Era pressante l'attesa e l'attenzione dei media e del mondo scientifico, anche se avevano tutto sommato un atteggiamento aperto e benevolo. Da parte nostra sapevamo che avremmo dovuto fornire la prova di possedere adeguate capacità tecniche, ma soprattutto la dimostrazione di essere in grado di far funzionare un meccanismo molto complesso, basato sulla collaborazione interdisciplinare.

Eravamo consapevoli del livello raggiunto dalla cardiocirurgia italiana e ci sentivamo in grado di impegnarci nel trapianto cardiaco.

Nella Cardiocirurgia "De Gasperis" di Niguarda, da 3 anni ci si preparava, oltre che attraverso la letteratura scientifica, con una intensa attività di chirurgia sperimentale e con soggiorni di studio nei due principali Centri di trapianto allora esistenti, l'Università di Stanford, dove operava il professor Shumway, l'indiscusso riferimento scientifico e pratico del trapianto di

cuore, e l'ospedale parigino La Pitié Salpêtrière, con il professor Cabrol, che vantava la seconda casistica mondiale.

In Italia la situazione generale era caratterizzata da una disponibilità complessiva di donatori pari ad un terzo dell'attuale, che ci poneva al penultimo posto in Europa nell'attività di prelievo e trapianto di organi. Mancavano una normativa ed un'organizzazione nazionale. L'opinione pubblica non aveva ancora preso in considerazione la "morte cerebrale", di cui ci si rese conto effettivamente e con qualche incertezza, solo dopo l'esecuzione di prelievi eseguiti in un deceduto con il cuore battente.

In questo quadro ha fatto irruzione il trapianto cardiaco. Gli interventi, che erano offerti al pubblico in diretta e per i quali non era possibile conservare la privacy, ebbero da subito risultati eccellenti. Ciò contribuì ad attirare l'attenzione sulla qualità della medicina italiana, che era stata capace di fornire una dimostrazione di efficienza, non ancora resa altrettanto evidente da attività a minore impatto psicologico.

La grande attenzione suscitata nell'opinione pubblica spinse la classe politica a porre mano all'organizzazione del sistema donazione/trapianto, realizzatosi dopo alcuni anni.

Nel 1993 la legge 578 stabiliva le "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte", definita come la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Nel 1994 iniziava l'attività, la "Consulta Nazionale dei Trapianti" e, nel 1999, il "Centro Nazionale dei Trapianti", entrambi con sede a Roma presso l'Istituto Superiore di Sanità; il 1° aprile del 1999 era promulgata la legge su "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e tes-

suti", che forniva le regole ed indicava gli strumenti per un'organizzazione nazionale. Di questa legge, che ha rappresentato un evento molto importante, si ricorda soprattutto il "silenzio-assenso", che non è mai entrato in vigore, per rispetto verso i sentimenti dei familiari dei donatori. Meno popolare è l'impianto complessivo della legge che, dopo il clamore suscitato dal trapianto di cuore e durato per molti anni, ha dato un contributo sostanziale al miglioramento dell'attività di prelievo e trapianto nel nostro Paese: i donatori sono aumentati dai 7-8 per milione di abitanti, a 21.1 per milione di abitanti, valore che ci colloca oggi al secondo posto tra i grandi paesi europei.

I progressi realizzati in questi 20 anni hanno fatto diventare il trapianto di cuore un intervento routinario, nei Centri autorizzati. Ripercorrendo quanto occorso in questo periodo, descrivo alcuni dei cambiamenti che hanno rappresentato tappe tra le più importanti.

Alla fine degli anni '80, si praticavano in Italia circa 200 trapianti di cuore l'anno. Dopo una progressiva crescita, da alcuni anni se ne eseguono circa 350, cifra che rimane stazionaria, nonostante il progressivo aumento di donatori nel nostro Paese. Ciò si deve al fatto che, ridottosi nelle rianimazioni il ricovero di traumatizzati cranici destinati alla morte, che erano più frequentemente giovani, da vari anni i donatori risultano in prevalenza soggetti di età medio-alta, deceduti per eventi vascolari cerebrali spontanei. L'età elevata esclude numerosi donatori, dall'idoneità al prelievo di cuore.

Questa variazione dell'epidemiologia, che ha condotto a modificare con l'età, la qualità dei donatori, costituisce per la società un aspetto positivo, essendo il risultato dell'efficacia dei provvedimenti assunti per aumentare la sicurezza nelle strade e spiega il limite esistente all'aumento dei trapianti di cuore, contrariamente a quanto avviene per altri organi.

Un'altra importante modificazione verificatasi nel ventennio, in questo caso conseguente ai progressi della medicina, riguarda l'indicazione operatoria. Nei primi anni disponevamo di cure per lo scompenso meno efficaci delle attuali. Al trapianto bisognava pertanto ricorrere in malati con una insorgenza dello scompenso da tempo relativamente breve e con una compromissione generale di gravità inferiore all'attuale, oltre che con danno degli organi di minore entità. Ponevamo anche maggiori restrizioni in relazione a comorbidità, che attualmente non consideriamo più controindicazioni.

La sostituzione del cuore si è progressivamente rivolta verso malati più gravi rispetto agli operati dei primi anni, soprattutto per merito del grande arricchimento del bagaglio terapeutico a disposizione dei cardiopatici con scompenso cronico, ma anche per alcune variazioni della tecnica, che hanno migliorato l'emodinamica del cuore trapiantato, oltre che per una indicazione sempre più estesa a provvedimenti chirurgici "ponte al trapianto".

Questo atteggiamento ha prodotto un aumento complessivo della sopravvivenza nei pazienti affetti da in-

sufficienza di pompa, pur non disponendo del numero ideale di organi da trapiantare.

Riguardo alla sopravvivenza dei trapiantati, siamo passati dal 60% dopo 5 anni dal trapianto, degli anni '80, all'attuale 84%. Ciò è avvenuto nonostante la variazione appena descritta, dell'indicazione operatoria, che si è anche allargata a pazienti con patologie associate, un tempo considerate controindicazioni (mi riferisco soprattutto al diabete, alle vasculopatie e alla broncopneumopatia cronica, sempre che non raggiungano le manifestazioni più gravi).

Il trapianto di cuore, come avviene per qualunque altro trapianto, migliora anche la qualità della vita, tanto che i trapiantati sentono di essere rinati. Al trapianto di cuore consegue, infatti, di regola una qualità di vita eccellente, che permette la ripresa di attività lavorative e di una vita di relazione in sostanza normali, compresa, per le donne fertili, la possibilità di avere figli.

Deve essere rilevato che il trattamento postoperatorio non ha visto la disponibilità di nuovi farmaci rivoluzionari, come è stata la ciclosporina nei primi anni '80. Tuttavia è stato reso più efficace per una migliore personalizzazione, che si è tradotta anche in una minore incidenza di eventi avversi. Pertanto il benessere dei trapiantati è migliore di quello riscontrabile una ventina di anni fa.

Un aspetto che ci inorgoglisce particolarmente è rappresentato dai dati pubblicati dal Collaborative Transplant Study di Heidelberg, nel cui registro sono incluse le sopravvivenze dopo trapianti di ogni organo, eseguiti in Europa. Questi dati mostrano che i risultati in Italia si collocano in ogni caso ai vertici e che gli adulti trapiantati di cuore nel nostro Paese godono dei risultati migliori rispetto a quelli degli altri paesi. Ciò avviene anche se risulta che, in Italia, la percentuale di cuori trapiantati cosiddetti "marginali" (da donatori con età più elevata, o con emodinamica molto compromessa, durante l'osservazione in terapia intensiva), è la maggiore in Europa.

Vantiamo risultati eccellenti, abbiamo un sistema donazione/trapianto che è quantitativamente il secondo in Europa dopo la Spagna e, oltre che essere di elevata qualità, è in crescita numerica. Tra i paesi europei, solo Spagna ed Italia vedono il sistema in crescita.

Possiamo ritenerci soddisfatti?

Purtroppo non possiamo e non dobbiamo esserlo, poiché a causa dell'insufficiente numero di donatori, che rimane largamente inferiore alle necessità dei pazienti in lista di attesa, solo meno della metà dei malati con indicazione al trapianto di cuore riesce ad ottenere l'intervento e tutti coloro che soffrono di una insufficienza cronica ed irreversibile di altri organi, vedono risolversi il loro problema con il trapianto, in misura largamente inferiore alle necessità.

Mezzi terapeutici alternativi al trapianto da donatore non sono a portata di mano. Mi riferisco allo xenotrapianto, all'uso terapeutico delle cellule staminali, al cuore artificiale come provvedimento definitivo.

Per venire incontro, per quanto possibile, alle necessità dei numerosi ammalati che soffrono di una grave insufficienza d'organo non altrimenti trattabile, dobbiamo impegnarci ad aumentare il numero di donatori di cui attualmente disponiamo in Italia, che è di 20.1 all'anno per milione di abitanti, ed avvicinarci a quello della Spagna, di 33 per milione. Dobbiamo riuscirci perché i dati epidemiologici che rilevano i potenziali donatori nel nostro Paese sono quelli propri di una società ad elevato sviluppo sociale, economico e sanitario ed uguali a quelli della Spagna. In queste realtà, i potenziali donatori sono 50 per milione di abitanti all'anno.

Non possiamo ritenere di raggiungere l'obiettivo riducendo significativamente la percentuale di opposizioni dei familiari al prelievo, che in Italia è del 29%, valo-

re non elevato rispetto a quello registrato nei paesi europei. Dobbiamo invece impegnarci a fondo in due direzioni: nello stimolare la parte politica a perfezionare l'organizzazione del programma prelievo/trapianto e nell'indurre quegli ospedali troppo attenti a privilegiare soprattutto i problemi del budget, a dedicarsi maggiormente all'attività di donazione di organi, poco remunerativa ma indispensabile per molti ammalati gravi. Si può ottenere ciò cercando di recuperare il consistente numero di potenziali donatori che, nelle nostre rianimazioni e nei nostri ospedali, non giungono all'effettiva donazione. La loro morte potrebbe invece diventare utile per alleviare grandi sofferenze. Numerosi malati senza alternative lo chiedono e la Spagna, più volte citata come modello di questa attività, ce ne dà l'esempio.