

**Opuscolo informativo per il pubblico sulla donazione in  
vita**

## **Trapianto di rene**

Il trapianto di rene è il miglior trattamento nell'insufficienza renale. Non è l'unico trattamento. La dialisi è la procedura per salvare la vita quando il funzionamento del rene a causa di varie patologie renali è insufficiente. Per il trapianto del rene è necessario un organo donato.

Il vantaggio con un donatore vivente è ovvio. Non ci sono tempi di attesa. Il ricevente ottiene un buon rene da una persona sana. L'intervento chirurgico è programmato e ha luogo quando sia il destinatario che il donatore sono ben preparati. Il donatore vivente inoltre accorcia i tempi di attesa per gli altri pazienti in lista d'attesa.

## **Reni**

I reni sono organi che smaltiscono sostanze tossiche, sali e acqua dal corpo. I reni sono anche organi importanti che regolano la pressione del sangue, l'equilibrio del calcio nel corpo e la formazione dei globuli rossi nel sangue che noi misuriamo come emoglobina. L'emoglobina è necessaria per il trasporto dell'ossigeno.

Perciò quando il rene si ammala la pressione del sangue è alta, lo scheletro è povero di calcio, con conseguente osteopenia, e il sangue è anemico.

Quando la funzionalità del rene è al di sotto del 5% si rende necessario un trattamento dialitico o il trapianto del rene. Dopo un trapianto di rene riuscito, è necessario un trattamento immunosoppressivo a tempo indeterminato per evitare il rigetto.

## **Che cosa vuol dire donare un rene? Si può vivere una vita normale con un solo rene?**

La maggior parte di noi nasce con due reni ma qualcuno nasce con uno solo. Avere 2 reni significa che c'è una capacità di riserva. Se un rene viene rimosso subentra il rene rimanente e invece del 50% di capacità, il rene aumenta fino a raggiungere una capacità del 75%. Questo accade immediatamente, ma ricerche recenti mostrano anche che la capacità continua ad aumentare nel corso di parecchi anni. Con un rene solo non esiste affatto un maggior rischio di contrarre malattie renali e l'aspettativa di vita è normale o addirittura più lunga rispetto alla media delle persone.

## **Chi può donare un rene?**

Oggi quasi chiunque che sia legalmente idoneo può donare, ma ciò richiede una chiara motivazione e un donatore sano in base a indagini piuttosto rigorose sul pre-donatore. La donazione deve avvenire di libera volontà e il rene è considerato un regalo. In base alla legge, non è permesso vendere un organo ai fini di un trapianto.

I più comuni donatori oggi sono:

- Genitori,
- Fratelli e sorelle.
- Coniugi.

I meno comuni sono:

- Altri parenti come zii, zie, nonni, figlie, figli, cugini,
- Amici,
- Compagni di lavoro,
- Anonimi.

Ogni centro trapianti ha le proprie regole di accettazione a seconda della propria esperienza, cultura e politica sanitaria.

La cosa importante è che il potenziale donatore sia valutato seriamente, e se durante il periodo di indagine emergono delle malattie o una certa riluttanza a donare l'organo, se ne deve assolutamente tenerne conto e comportarsi con integrità in modo da non danneggiare il donatore e/o il rapporto con il potenziale ricevente.

### **Rischi per il donatore**

Questa è, ovviamente, la questione cruciale. Può una persona sana sottoporsi a un grosso intervento come la rimozione di un rene senza che vi sia un qualche vantaggio per lei? Gli interventi chirurgici implicano sempre un rischio. Esiste un tasso di mortalità stimato in circa lo 0,03%. Le complicanze più gravi e con pericolo di vita sono emorragie severe, embolia polmonare, patologie intestinali e infarto del miocardio. I dati pubblicati mostrano un'incidenza di queste gravi complicazioni pari a circa lo 0,5-2%. Le complicanze meno gravi comprendono infezioni del tratto urinario, infezione della ferita chirurgica, polmoniti, nevralgie, problemi psicologici, depressione, forti dolori postoperatori, trombosi venosa, reazioni allergiche, problemi di cuore, stitichezza, ernia e complicanze minori al fegato. Tutto questo accade nel 15-40% dei casi, e il dolore è la complicanza più comune. Le misure più importanti sono quelle che mirano a prevenire tali complicanze e a trattarle il più rapidamente possibile quando sopraggiungono.

Alcuni donatori con lavori ad alto rischio, tipo subacquei, vigili del fuoco, devono essere valutati con particolare attenzione poiché la salute fisica è di estrema importanza quando torneranno ai loro lavori fisicamente impegnativi.

### **Quali sono le implicazioni a lungo termine?**

Con la tecnica chirurgica di incisione sul fianco per la rimozione del rene una piccola percentuale ha sviluppato del dolore per un lungo periodo di tempo. Con la nuova tecnica di rimozione del rene, la tecnica laparoscopica, il dolore a lungo termine è stato eliminato. Dopo un paio d'anni i donatori possono sviluppare aumento della pressione sanguigna. Se ciò sia determinato dalla donazione è una domanda senza risposta. L'incidenza dell'alta pressione sanguigna, oggi definita come pressione sanguigna superiore ai 140/90 mm Hg, aumenta con l'età e mostra un'incidenza più alta tra i maschi. A causa della diminuita funzionalità renale alcuni donatori hanno problemi di gotta e di incremento dell'acido urico. La cosa più importante è che si è persa la riserva funzionale garantita dal rene donato. Per ciò che riguarda la sopravvivenza dopo l'ablazione del rene del donatore, dati scandinavi mostrano che "i donatori viventi vivono più a lungo". Probabilmente la verità dietro questa scoperta è che i donatori sono un gruppo selezionato di persone sane e non sembra che per esse l'aver un solo rene accorci la vita.

### **Esistono degli aspetti positivi nel donare un rene?**

Ci sono degli studi che dimostrano che i donatori hanno aumentato i propri livelli di autostima. È difficile dire se ciò derivi dalla donazione in se stessa o se sia semplicemente caratteristico delle persone che sono disposte a donare. Anche l'atteggiamento positivo verso la vita è legato al successo del trapianto. Se tutto è andato bene, i donatori si sentono migliori delle persone in genere; se ci sono stati dei problemi, i donatori non si sentono né migliori né peggiori degli altri.

### **Tutti possono essere davvero dei donatori di reni?**

No, ovviamente no. Si dev'essere sani senza alcuna malattia cronica. Il donatore potenziale non può avere:

- Insufficienza renale,
- Ridotta funzionalità renale,
- Ipertensione,
- Cancro,
- Disturbi cardiaci,
- BPCO - pneumopatia cronica ostruttiva
- Epatite B o C o infezione da HIV,
- Disturbi psichici,
- Obesità grave,
- Malattie sistemiche come diabete tipo I o II.

### **Indagini diagnostiche – quando farle e chi le fa?**

L'indagine può iniziare quando il ricevente ha una malattia cronica allo stadio terminale, bassa funzionalità renale (circa il 15-20% del normale), ma non è necessariamente in dialisi. È il nefrologo del ricevente che sa chi fa le indagini del donatore. La prima selezione viene fatta misurando la pressione sanguigna, il peso, l'altezza, e in genere si effettuano degli esami del sangue e delle urine. Si viene esaminati da un medico. Vorrà conoscere la vostra attuale salute fisica e se ci sono state delle malattie in passato. Il programma di solito prosegue poi per alcune settimane con visite (10 in totale) ed esami più approfonditi del sangue e delle urine (50 esami in totale) Le indagini sono incentrate sui reni e poi sull'apparato cardio-respiratorio, sui rischi di emorragie e di trombosi poiché l'intervento come donatore è un'operazione chirurgica complessa.

Si fa una nuova visita dal medico per avere informazioni in modo interattivo, quando è già stata fatta la maggior parte delle indagini. Vengono fornite informazioni anche su problemi socio-economici (vedere capitolo a parte). Da parte vostra non ci dovrebbe essere nessuna spesa. Il tempo che passate lontani dal lavoro nel corso delle indagini e più tardi durante l'intervento chirurgico e la convalescenza dovrebbe essere compensato.

### **Indagini sul donatore**

Pressione sanguigna, altezza, peso, BMI [Indice di massa corporea].

### **Esami del sangue**

Gruppo sanguigno, compatibilità incrociata, tipizzazione HLA.

**Vari esami sullo stato del sangue:** Emoglobina, piastrine, conta dei globuli bianchi.

**Esami epatici:** Enzimi, bilirubina.

**Vari esami renali:** Creatinina, azotemia, Cistatina C, Elettroliti urinari

**Vari esami d'infezione:** SR, Proteina C reattiva

HCV, HBV, HIV, VZV, CMV (Tests virologici)

**Esami di coagulazione:**, Proteina S, proteina C, ecc..

**Altri esami:** Colesterolemia, Glicemia.

### **Esami delle urine**

Determinazione della eventuale presenza di glucosio, sangue, proteine, Elettroforesi urinaria, Esame della microalbuminuria, Urinocoltura.

### **Indagini**

**Clearance** – per misurare la funzionalità renale. Si inietta una sostanza e si effettua un esame del sangue dopo 3-4 ore. La clearance dovrebbe essere almeno sopra gli 80 ml/min, più alta nei più giovani.

La sostanza iniettata è eliminata soltanto attraverso i reni.

**“Split function”** – per misurare se la funzionalità è simile nel rene sinistro e in quello destro. Di solito viene misurata con l'iniezione di una sostanza radionuclide. La sostanza viene seguita con una camera che esamina i reni e i percorsi urinari fino alla vescica. Se un rene ha una funzionalità minore questo viene preferito per la donazione. È importante assumere liquidi prima dell'indagine.

**Ecografia dei reni** – un test semplice per verificare le dimensioni del rene, la presenza di anomalie o di cisti.

**Angio-tomografia computerizzata (angio-TAC)** dei reni. Questa è una delle ultime indagini per descrivere il numero di vasi sia arteriosi che venosi nei due reni. Viene compiuta nel reparto di radiologia. I risultati sono importanti per i chirurghi quando decideranno quale rene e quale tecnica usare nella nefrectomia. L'indagine fornisce informazioni anche sugli ureteri di entrambi i lati, sulla vescica e sul flusso urinario di entrambi i lati.

Il rene potrebbe avere numerose arterie che si traducono in problemi tecnici non solo per la rimozione, ma anche per il trapianto che è l'obiettivo.

Le indagini iniziano con l'iniezione dei mezzi di contrasto di solito in una vena del braccio. Il contrasto arriva immediatamente ai reni per cui l'indagine non richiede molto tempo.

L'indagine alternativa è l'angiografia a **risonanza magnetica (angio-RMN)**. Questa è un'indagine senza raggi X, ma con onde radio e un forte magnetismo. La persona da studiare

deve entrare in un lungo tubo e quando si fanno le foto c'è un forte rumore. L'indagine richiede più tempo ed è controindicata per chi soffre di claustrofobia.

Una terza variante è la più classica **angiografia renale**. In questa indagine il contrasto è iniettato nell'arteria femorale dell'inguine. Si avverte una sensazione di calore durante l'iniezione e poi si deve riposare a letto per un paio d'ore con una fasciatura di pressione sul luogo dell'iniezione, e normalmente vengono controllate la pressione e la pulsazione del sangue.

**Elettrocardiogramma (ECG)**. Semplice esame con elettrodi su torace, braccia e gambe, che descrivono il ritmo e il lavoro del cuore.

**Stress-test. ECG sotto sforzo**. Questo esame viene eseguito su persone con più di 50 anni d'età. La persona sottoposta al test pedala su una cyclette da test e durante lo sforzo viene sottoposta all'ECG. Questo ci dice come reagisce il cuore quando viene sottoposto a sforzo a causa di un duro lavoro e della carenza di ossigeno.

**Radiografia del torace**. Si tratta di un esame approfondito per scoprire qualsiasi alterazione polmonare e/o alterazioni delle dimensioni cardiache. Di solito viene rifatto il giorno prima della nefrectomia come controllo generale preoperatorio.

**Test di tolleranza al carico orale del glucosio** – si tratta di un esame per rilevare se si ha il diabete o una predisposizione al diabete. Viene servita una bibita dolce al saccarosio e poi si effettuano degli esami degli zuccheri nel sangue a intervalli determinati.

### **Protezione sociale – vedere capitolo a parte**

In casi particolari potrebbero essere aggiunti altri esami a seconda dei segni e sintomi:

**Misure del flusso urinario:** A quale velocità la vescica si svuota dell'urina? Potrebbe essere utile anche una scansione della vescica con le misure del volume dopo lo svuotamento. Questo è per assicurarsi che non ci sia alcuna ostruzione per l'urina. Negli uomini potrebbe essere presente per esempio l'iperplasia prostatica.

**Prove di funzionalità respiratoria.** Il volume totale di respirazione e il flusso massimo, la velocità di espirazione, potrebbero fornire delle preziose informazioni per rilevare una pneumopatia ostruttiva. Importante in fumatori ed ex-fumatori.

**Ecografia del cuore** – serve a rilevare l'insufficienza cardiaca o vari problemi alle valvole cardiache.

**Consulenza psichiatrica** – tutti i donatori dovrebbero avere la possibilità di parlare e discutere con uno psichiatra, ma in generale non viene fatto. Si fa se necessario e in caso di donazione da parte di un amico o donazioni fuori della famiglia, di sicuro in caso di donazioni anonime.

### **Decisione**

Dopo tutte le indagini incontrerete il medico per un colloquio e le informazioni conclusive. Tutti i documenti saranno inviati all'Unità di Trapianto per la discussione e la decisione finale. Probabilmente ci sarà una dichiarazione riguardo l'accettazione, ma la decisione ufficiale viene presa da una squadra composta dal chirurgo del trapianto, il medico e il coordinatore del trapianto. Con l'accettazione sarà fornito un suggerimento circa il tempo dell'intervento chirurgico.

L'obiettivo è poi che sia il donatore che il ricevente siano in buona "salute" al momento dell'intervento previsto. Di solito tutti e due vengono ricoverati in ospedale uno o due giorni prima della donazione e trapianto. C'è un'indagine sugli esami preoperatorii, la radiografia del torace e un ECG. Tutti e due devono incontrare gli anestesisti, i chirurghi, i fisioterapisti, le infermiere e i medici incaricati dei pazienti del reparto. Dovete firmare un documento dichiarando che donate di libera volontà. Di solito anche il chirurgo coinvolto firmerà la carta. La legge esige questo documento.

### **Criteri di accettazione**

I criteri cambiano di quando in quando e da un luogo all'altro. Ci sono due aspetti. Cosa potreste accettare dal donatore partendo da una prospettiva di rischio clinico? Che cosa potreste accettare puntando al successo del trapianto?

I criteri di accettazione sono facili quando osservate una politica rigida, accettando solamente le persone sane senza alcuna malattia o trattamento medico e con una buona funzionalità renale. Se le persone vengono accettate con ipertensione trattata, obesità, ecc., ci potrebbero essere dei problemi in futuro. I donatori devono essere controllati di più. Circa l'1% rimpiange la donazione ed è importante che la donazione sia di libera volontà.

### **Tecnica chirurgica per rimuovere il rene**

Per rimuovere un rene ci sono due importanti tecniche, quella aperta e quella laparoscopica.

#### **Tecnica aperta e tecnica laparoscopica.**

È una vecchia tecnica per rimuovere il rene attraverso un'incisione di fianco, o per il rene sinistro o per quello destro. I grossi muscoli vengono divisi e qualche volta occorre rimuovere una parte della costola per estrarre l'organo. La complicità nota con dolore a lungo termine e nevralgie interviene nell'1-5%.

Una tecnica per rimuovere il rene attraverso un'incisione xifo-ombelicale è un modo meno doloroso per l'estrazione del rene ed era preferita da molti centri. L'incisione viene effettuata anteriormente nella regione epigastrica.

La nuova tecnica laparoscopica di rimuovere un rene fa sempre più proseliti. Si praticano tre aperture sull'addome: una per la telecamera, una per lo strumento di taglio e una per lo strumento emostatico. I chirurghi lavorano davanti a un monitor. Durante l'intervento, l'addome del donatore è riempito di gas per rendere visibile il rene. Questo potrebbe dare un certo malessere e dolori alle spalle poco dopo l'operazione chirurgica. Il rene è rimosso attraverso un'incisione di 6-7 cm e utilizzando uno strumento apposito in un sacchetto sterile.

### **Reparto postoperatorio**

Il donatore sente dolore, ma il ricevente migliora ogni giorno di più col rene nuovo liberandosi di tutte le tossine.

Il vostro stato generale viene controllato ogni giorno e migliorerete ogni giorno di più. Si misura la pressione sanguigna, si effettuano esami del sangue, e vengono somministrati degli antidolorifici. Il primo giorno sarete attaccati ad una flebo e non vi sarà permesso di mangiare. Il catetere urinario viene rimosso il giorno dopo l'intervento, se possibile. È importante non restare a letto, ma tentare di muoversi. Il personale vi aiuterà. È bene muoversi per ridurre i rischi di trombosi e prevenire la stitichezza che potrebbe essere un problema con vari analgesici. Molto presto potrete mangiare, sentirvi meglio e andare a casa.

### **Di nuovo a casa**

Ci vuole qualche settimana per la cicatrizzazione della ferita. Non dovrete portare cose pesanti, ma svolgere compiti leggeri. Effettuare ogni giorno una passeggiata e rilassarvi. La maggior parte dei donatori si stanca molto. Non sono abituati ad essere malati. Si stancano dopo un piccolissimo sforzo. Questo è normale. Niente panico! Col tempo ci sarà il recupero. Di solito il periodo di convalescenza è di un paio di settimane.

### **Sono raccomandate le visite di controllo?**

Raccomandiamo dei semplici controlli generali di misurazione della pressione del sangue, esami della funzionalità renale ed esami delle urine ogni anno, e badare al peso corporeo. Spetta al centro di indagine dei donatori organizzare il tutto in maniera pratica.

### **Registro**

In molti paesi ora esiste una raccomandazione della UE – Parlamento Europeo – di tenere un registro dei donatori. Il registro è un registro per la qualità e la vigilanza ed ogni paese deve organizzare la raccolta dei dati. All'interno di questo gruppo EULID abbiamo puntato a stimolare la creazione di un registro di donatori di organi, registro che dovrebbe contenere i seguenti dati:

- Iniziale del nome del donatore
- Iniziale del cognome del donatore
- Genere
- Anno di nascita
- Paese di residenza del donatore
- Nazionalità del ricevente
- Paese di residenza del ricevente
- Relazione donatore ricevente
- Tipo di donazione
- Organo donato
- Data della donazione
- Centro della donazione
- Centro per il follow-up
- Esito post-operatorio



Dati generali raccomandati per donatori viventi di rene e fegato

- Data di follow-up
- Stato
- Peso in combinazione con l'altezza

Dati specifici raccomandati per donatori viventi di rene

- Creatinina
- Proteinuria
- Pressione arteriosa sistolica (insieme con pressione arteriosa diastolica)
- GFR (calcolati automaticamente)
- Reintervento chirurgico
- Dolore che richiede trattamento farmacologico
- Complicanze della ferita che richiedono trattamento
- Complicanze psicologiche che richiedono trattamento
- Ipertensione che richiede trattamento
- Necessità di ritrapianto

Dati specifici raccomandati per donatori viventi di fegato

- Bilirubina totale, AST, ALT, Fosfatasi alcalina, Gamma GT, Proteine totali, INR.
- Reintervento chirurgico
- Dolore che richiede trattamento farmacologico
- Complicanze dalla ferita che richiedono trattamento
- Complicanze psicologiche che richiedono trattamento
- Ipertensione che richiede trattamento
- Necessità di ritrapianto

Qualche volta i donatori pensano di non aver ricevuto nessun ringraziamento o sostegno dalla società. I riceventi vengono controllati e sostenuti ad ogni momento mentre i donatori sono trascurati. I donatori sono considerati una cosa data per scontato.

## **Trapianto di fegato**

Il trapianto di fegato è l'unico trattamento nell'insufficienza epatica cronica. Anche in un'insufficienza epatica acuta con necrosi del fegato un trapianto di fegato in urgenza salva la vita. Non c'è alcun tipo di dialisi da utilizzare a lungo termine come per coloro che hanno un'insufficienza renale cronica.

Il trapianto di fegato è più difficile di un trapianto di rene. Il fegato malato dev'essere rimosso prima del trapianto del nuovo organo e l'intervento chirurgico dura parecchie ore.

## **Trapianto con donatore in vita**

Il fegato ha due lobi, il destro che è più grande e il sinistro più piccolo. A causa della sua anatomia segmentaria, la divisione del fegato è tecnicamente fattibile. Per mantenere le domande metaboliche e la normale funzionalità, il ricevente ha bisogno di un innesto di fegato pari a circa l'1% del peso corporeo o più. Per un bambino che ha bisogno di un trapianto di fegato, la parte laterale del lobo sinistro è sufficiente. Per un ricevente adulto si deve spesso usare il lobo destro per fornire un volume sufficiente.

Il rischio di morte per il donatore di fegato è stato stimato allo 0,5%, perciò il rischio è 10 volte più alto rispetto all'intervento chirurgico su un donatore di rene vivente.

L'indicazione per il trapianto di fegato da donatore vivente riguarda principalmente i bambini con disfunzioni congenite e quindi i genitori donano una parte del lobo sinistro che è sufficiente. Anche un'insufficienza epatica acuta costituisce un'indicazione per una donazione di fegato in vita quando è difficile trovare con rapidità un donatore deceduto. In caso di cancro al fegato quando un aumento dei tempi di attesa significa il rischio di propagazione del cancro, può essere particolarmente prezioso il trapianto da donatore vivente. Per i riceventi adulti è necessario il lobo destro più grande.

## **Rischi a breve e a lungo termine per i donatori**

La rimozione di un lobo sinistro o destro del fegato è un intervento chirurgico importante. Il lobo sinistro significa la rimozione dei segmenti 1-2 che rappresentano circa 300 ml di volume epatico. Il lobo destro significa la rimozione dei segmenti 5-8 che rappresentano circa 1000 ml di volume. Travaso biliare, rischio di emorragie, infezioni, forti dolori all'addome ed episodi tromboembolici sono le prime complicanze, che intervengono nel 10-20% dei donatori. Le complicanze che conducono alla morte, riferite sia negli USA che in Europa, sono provocate da setticemia, embolia polmonare e grave emorragia o insufficienza epatica.

Problemi a lungo termine si presentano in basse percentuali con dolore permanente, gastriti. Tuttavia il fegato è particolare per la sua capacità di rigenerarsi. Il fegato del donatore è ripristinato al 95% indipendentemente dalle dimensioni della massa rimossa. Questo ripristino interviene rapidamente nei primi tre mesi dopo la donazione. Esami epatici effettuati parecchio tempo dopo la donazione risultano nella norma. Quasi tutti gli esami sono nella norma, in contrasto con quelli di un donatore di rene.

## **Indagini**

Le indagini sono le seguenti:

Esami del sangue per la funzionalità epatica ed esami generali: AST [aspartato aminotransferasi], ALT [alanina-aminotransferasi], bilirubina, ALP [fosfatasi alcalina], albumina, INR,

emoglobina, leucociti, piastrine, glicemia, amilasemia, elettroliti, creatininemia

Esami di coagulazione: APTT, AT-III, proteina C, proteina S, resistenza APC, genotipo B-Protrombina

Gruppo sanguigno, tipizzazione HLA

Tests virologici: HBV, HCV, EBV, CMV; HIV

Altezza, peso, anamnesi e situazione attuale compresa la pressione del sangue.

ECG

Radiografia del torace

Ecografia del fegato con Doppler

TAC fegato o angio-RMN del fegato e colangiografia-RMN per determinare le dimensioni e il volume del fegato e le parti da rimuovere.

Consulenza anestesiologicala

Consenso e informazioni dal chirurgo

Informazioni sui temi socio-economici.

Terapia fisica preoperatoria

## **Intervento Chirurgico**

La donazione di fegato è di solito eseguita attraverso un'incisione superiore sottocostale. I lobi del fegato vengono liberati dai legamenti circostanti e dal tessuto, in seguito vengono dissecati i grossi vasi e le strutture biliari che entrano ed escono dal fegato all'ilo ed isolati sul lato che dev'essere rimosso. Dopo la divisione del tessuto epatico, si taglia il condotto biliare e si clampano i vasi sanguigni, e la parte donata del fegato viene rimossa e irrorata con soluzione fredda per preservare il tessuto. Si inserirà un drenaggio per raccogliere tutti i grumi di fluidi o piccole quantità di flusso emorragico sulla superficie tagliata.

## **Trattamento postoperatorio**

Il donatore resterà in terapia intensiva almeno fino al giorno successivo. Dopo il trasferimento in un reparto chirurgico normale, la maggior parte dei pazienti può iniziare a bere e alla fine mangiare gradualmente. È di grande importanza che il paziente sia spinto a muoversi fuori del letto il prima possibile. Nei primi giorni si eseguono degli esami del sangue ogni giorno, mentre la gestione del dolore avviene di solito mediante analgesia epidurale per i primi 4-5 giorni, che in seguito è gradualmente sostituita da analgesici orali.

La maggior parte dei pazienti richiede una degenza ospedaliera di circa 7-10 giorni dopo la procedura. Le suture sulla pelle possono essere rimosse 2 settimane dopo l'operazione, ma la cicatrizzazione della ferita richiede 6 settimane. Durante questo tempo, il donatore dovrebbe evitare sforzi di sollevamento e faticosi, ma può continuare attività come il camminare per fare esercizio. La lunghezza della convalescenza potrebbe variare molto tra gli individui, ma si può prevedere un periodo di 8-12 settimane nella maggior parte dei casi.

**Visite di controllo a lungo termine:**

Il donatore di fegato dovrebbe essere seguito a intervalli di tre mesi con un esame clinico, esami del sangue (prove di funzionalità epatica) ed ecografia del fegato a 3 e possibilmente a 6 e 12 mesi. Se, in un qualsiasi momento nel periodo postoperatorio, si presentassero segni di complicanze o irregolarità, il donatore deve prendere contatto con il centro trapianto per avere una valutazione supplementare. In seguito, l'ottimo sarebbe che ci sia un'indagine di verifica, ma la pratica riguardo i controlli di verifica a lungo termine varia tra i centri di trapianto del fegato e non abbiamo alcuna raccomandazione. La cosa più importante è un intervento chirurgico ottimale del fegato.

## **Previdenza sociale e sistemi di protezione per il donatore vivente**

I *donatori viventi* dovrebbero essere coperti all'interno dei sistemi e le nostre raccomandazioni vengono fornite a parte.

La previdenza sociale mira a fornire sicurezza in ogni stadio della vita. Per tutto il 20° secolo sono state gradatamente introdotte delle riforme, ma c'è ancora spazio per miglioramenti e norme uguali all'interno della UE.

### **Protezione sociale per i donatori viventi – la pratica oggi e una guida per domani**

#### **I donatori potrebbero avere una convalescenza dopo la donazione?**

In generale i donatori dovrebbero avere il diritto alla convalescenza.

#### **Chi paga?**

È comune che sia il datore di lavoro che l'autorità ufficiale condividano il pagamento. Raccomandiamo che ci sia una sola istanza pagatrice per i donatori.

#### **Ci sono delle limitazioni per ottenere un'assicurazione privata sulla vita per un donatore?**

Una donazione non dovrebbe essere in sé motivo per negare un'assicurazione sulla vita. Al contrario. Sapendo che i donatori vivono più a lungo dovrebbe essere sicura.

#### **Ci sono delle limitazioni per ottenere un'ipoteca dopo una donazione?**

Non c'è nessuna limitazione.

#### **Ci sono sistemi di assicurazione per pazienti che potrebbero essere utilizzati dai donatori in caso di complicanze durante l'intervento chirurgico o dopo?**

Il sistema di assicurazione del paziente è un sistema dove i pazienti potrebbero essere pagati per complicanze che non siano state previste. Sembra che solo Svezia, Norvegia, Italia, Francia e Regno Unito abbiano questa legge. Se questo sistema di assicurazione del paziente esiste, potrebbe essere utilizzato e dovrebbe essere utilizzato dai donatori. Ovviamente si tratta di una protezione importante che offre a tutti i donatori la possibilità di ricevere del denaro in caso di lesioni.

#### **Che dire dei sistemi di risarcimento? Non esistono per i donatori?**

I sistemi di risarcimento per i donatori esistono in paesi con una lunga esperienza di donatori viventi. Dovrebbe esistere in tutti i paesi per agevolare il trattamento dei donatori viventi.

Sono pazienti per un tempo molto breve e devono lavorare. I donatori sono affaticati dopo l'intervento chirurgico e non hanno la capacità di lavorare o rivendicare i loro diritti.

**Ai donatori si dovrebbe pagare i trasporti da e verso gli ospedali per le indagini e l'intervento chirurgico e i controlli generali?**

Sì, ogni paese dovrebbe avere questa regola. I donatori non subiscono l'intervento soltanto per i loro cari o amici ammalati ai reni, ma anche perché la società risparmi del denaro nel lungo periodo. I donatori hanno bisogno di questo tipo di servizio.

**Che dire delle indagini sul donatore? Chi paga per esse?**

Raccomandiamo che il donatore non debba pagare mai, nemmeno ai controlli generali dopo la donazione e nemmeno i controlli generali sul lungo termine. Si tratta di un rimborso dal sistema di assistenza sanitaria.

**Che dire della mancanza di entrate a causa delle indagini? Chi paga per esse?**

Ci dovrebbe essere una compensazione. Si tratta di una nostra raccomandazione.

**Che dire dei costi di medicazione?**

I paesi hanno differenti politiche su questo argomento. Noi raccomandiamo la compensazione delle spese.

**È possibile ottenere un risarcimento per gli accordi sociali necessari attorno alla procedura di donazione?**

Ci potrebbero per esempio essere degli agricoltori che avendo animali o genitori hanno bisogno di aiuto per la famiglia e i piccoli. Come con tutti i rimborsi di spesa, è necessario un giustificativo scritto che esponga i costi.