

Tra cordoglio e medicina (non difensivistica).

Il caso del piccolo Domenico, trapiantato e poi deceduto a Napoli

<https://www.focusitaliaweb.it/tra-cordoglio-e-medicina-non-difensivistica-il-caso-del-piccolo-domenico-trapiantato-e-poi-deceduto-a-napoli/>

PASQUALE GIUSTINIANI, ordinario di Filosofia Teoretica, Pontif. Facoltà Teologia Italia Meridionale

FEB 22, 2026

Una riflessione umana

L'Azienda ospedaliera napoletana dei Colli (che sovrintende anche al Monaldi) ha comunicato che «questa mattina, sabato 21 febbraio 2026, il piccolo paziente sottoposto a trapianto in data 23 dicembre 2025 è deceduto a seguito di un improvviso e irreversibile peggioramento delle condizioni cliniche». Il mondo della terapia, nel quale vi è anche la medicina dei trapianti, non ce l'ha fatta a portare a termine la *missione* di far sopravvivere un bambino trapiantato, a cui l'algoritmo aveva assegnato il primo cuore disponibile sulla "piazza" italiana. Anche l'unzione dei malati – il sacramento con cui la comunità cristiana raccomanda un infermo Signore, perché ne alleggerisca le pene e lo salvi, non ha sortito un effetto, almeno apparente, per quaggiù, su questa terra.

1. *Prima di tutto il cordoglio*

Resta il rammarico, resta il cordoglio, insomma; soprattutto, resta l'amaro in bocca per una comunità umana, che ha perso un proprio piccolo esponente in una struttura pubblica di alta specializzazione nei trapianti, non solo in tutto il Sud, ma nell'intero Paese. Appena nel giugno 2024, peraltro, il Direttore generale dell'Azienda ospedaliera partenopea aveva adottato un nuovo "Modello organizzativo del Centro Trapianto di cuore adulto e pediatrico" con la relativa "Carta dei Servizi".

Il *cordoglio* – espresso dall'Azienda alla famiglia, di cui abbiamo visto di frequente soltanto il volto materno – non è, dunque, un *verdetto* sull'opera dei responsabili coinvolti: dal responsabile clinico della gestione pre-operatoria nel paziente pediatrico; a quello della gestione della lista d'attesa, o dell'équipe chirurgica incaricata delle procedure propedeutiche e successive all'intervento di trapianto nel paziente pediatrico; nonché un verdetto senz'appello sull'opera degli altri, numerosi, responsabili ai vari livelli. Né può essere un verdetto sull'équipe medico-infermieristica che, all'antivigilia di Natale, procedette, al prelievo nell'ospedale San Maurizio di Bolzano di quel cuore destinato al bimbo per il trapianto al Monaldi.

Ogni prelievo di un cuore, da innestare in un bambino irreversibilmente malato, è un dinamismo complesso, che ha il suo *start* soltanto se si è reso disponibile un organo compatibile, prelevato a seguito del decesso di un donatore. Il nostro cordoglio neppure vuole, neppure può, essere il tentativo di sostituirsi all'eventuale azione ispettiva, promessa dal Ministero, o all'azione legale, che vorrà essere promossa dalla Procura, a cui il legale della famiglia del bambino deceduto – un legale che, peraltro, dedica la sua attività professionale specificamente ai cosiddetti "casi di mala sanità" – forse vorrà rivolgersi, per ottenere "giustizia", prim'ancora di un eventuale risarcimento.

Quel cordoglio condiviso è, vuol essere, semplicemente, un legittimo atto, profondamente umano, di compassione e di vicinanza alla famiglia che aveva, come noi tutti, sperato. In tutta questa vicenda, che è diventata, purtroppo, "mediatica" per evidente consenso di qualcuna delle parti in

causa, non si è certamente favorita la condizione di “anonimato” del donatore e del ricevente che, pure, **la Legge-quadro italiana sui trapianti tutela. Nella legge 1° aprile 1999, all’articolo 18 si legge: “Il personale sanitario e amministrativo impegnato nelle attività di prelievo e di trapianto è tenuto a garantire l’anonimato dei dati relativi al donatore ed al ricevente”**. Evidentemente, tutto questo a tutela del *diritto alla riservatezza* dei soggetti deboli coinvolti nel processo di prelievo e di innesto di un organo umano: appunto i riceventi (ancora più nel caso di un bambino di due anni mezzo!) e i familiari del donatore deceduti. Forse, prima del cordoglio, doveva essere raccomandato, a tutte le parti in causa, il silenzio stampa, per evitare strumentalizzazioni mediatiche, particolarmente nella fase iniziale della donazione. Il mantenimento dell’anonimato è stato oggettivamente messo in difficoltà dai canali d’informazione e dai social network che, pur facilitando la circolazione delle informazioni sul “nostro” Domenico, hanno aumentato le possibilità di incontro tra donatori, famiglie dei donatori e dei riceventi: incontri che, se non adeguatamente gestiti, anche in caso di un insuccesso, possono determinare conseguenze indesiderate per una o entrambe le parti del processo.

2. *Dietro un trapianto c’è sempre la donazione, e quindi un donatore e i suoi familiari.*

Quando viene prelevato un organo, si procede anzitutto a prelevare – ricordiamolo – organi e tessuti da un cadavere (il che già comporta, inevitabilmente, ripugnanze, scrupoli... di fronte ai nuovi criteri di morte). Il peso, già grave di tutto questo, l’elaborazione del lutto per il donatore scomparso, dovrebbe però essere, in parte, supportato dalla donazione di organi e dal trapianto: chi è disposto a donare, insomma, può superare il dolore del lutto a fronte del beneficio che potrebbe essere arrecato a un altro bambino che, in assenza di trapianto, morirebbe, non essendovi alternativa terapeutica. Sì, donare un organo lenisce un po’, anzitutto, la sofferenza di chi dona, mentre favorisce, si spera, la gioia in chi riceve. In questo senso, l’innesto di un organo su un altro corpo che spera di vivere, mediante una terapia che dà vita o ne migliora i contenuti, dovrebbe prima di tutto attutire il dolore di coloro che hanno consentito il prelievo, per non dire che promuove il progresso tecnico scientifico in medicina dei trapianti.

D’altra parte, un prelievo corretto, una rianimazione efficace, una buona conservazione dell’organo prelevato, un innesto praticato *a opera d’arte*, una terapia post-trapianto (anche una terapia palliativa fino alla sedazione terminale)... esaltano il lavoro interdisciplinare di medici e personale sanitario, oltre a comportare l’*umanizzazione* dell’assistenza ospedaliera e, nel caso specifico del “nostro” piccolo del Monaldi, l’umanizzazione dell’intera comunità umana, scientifica e cristiana, com’è stato ben sottolineato da un padre camilliano, cappellano ospedaliero al Monaldi.

3. *Le domande che restano*

Certo, con l’amaro in bocca e il cordoglio unanime, restano in tutti noi tante altre domande, che non vanno abbandonate con il passare dei giorni e del clamore mediatico: si poteva fare di più dal punto di vista della diagnosi del male del piccolino candidato al trapianto, o era ormai inevitabile ricorrere al trapianto, ovviamente nel rispetto della lista d’attesa? Si poteva fare di più dopo l’insuccesso del trapianto, oppure non rimaneva altro che la terapia palliativa, che cerca di dare, non più anni alla vita compromessa, ma più vita a quei pochi mesi o giorni che restano. Di fronte agli insuccessi di una medicina, che qualcuno vorrebbe “onnipotente”, ma che resta fallibile perché umana, l’unica via d’uscita può mai essere quella di “dare la caccia” a eventuali esponenti di una malasantità, o di una presunta disorganizzazione aziendale (in Italia, ricordiamolo, la medicina è gestita da un’Azienda)?

Spesso, ahimé, la discussione su eventuali errori o ritardi delle aziende, o dei professionisti della medicina, si trasforma in una “caccia all’untore”, generando, soprattutto negli operatori sanitari,

l'effetto perverso di una medicina "difensivistica", piuttosto che terapeutica, quindi snaturando sia la natura e il compito dei medici (devono curare in scienza e coscienza, non difendersi da richieste di risarcimento dei danni!), sia quelli degli stessi ispettori ministeriali e degli eventuali magistrati inquirenti, che dovranno eventuali inadempienze o responsabilità. Peraltro, la Sesta Sezione Indagini della Procura della Repubblica di Napoli è specializzata nei reati riguardanti l'incolumità pubblica, colpe mediche professionali, infortuni sul lavoro, farmaci e alimenti.

Queste, e altre numerose domande, stanno comunque accompagnando queste ore tristi nell'elaborazione collettiva del lutto per la morte del piccolo Domenico (questo il suo nome), bambino dell'hinterland campano. Di tutto ciò, tuttavia, vorremmo – a mente, purtroppo, non ancora fredda – raccogliere almeno uno degli effetti, positivi: forse conosciamo e apprezziamo meglio la Legge italiana sui trapianti (Legge 1 aprile 1999 n. 91). Oltre ad aver prodotto l'istituzione del *Centro Nazionale Trapianti*, quella Legge disciplina anche le modalità con cui è possibile diventare donatori di organi e tessuti dopo la morte, decidendolo *ora per allora* a tutte le età, non soltanto in età pediatrica.

Un caso peculiare della "medicina della donazione di organi" è proprio quello del prelievo di organi da minorenni e dell'innesto su altri corpi minorenni. Dichiarava, già nel 2020, un responsabile del Centro Nazionale Trapianti: "Quelli pediatrici sono meno del 5% di tutti i trapianti eseguiti ogni anno in Italia ma rappresentano una parte fondamentale dell'attività della nostra Rete per la complessità e la delicatezza anche etica di questo tipo di situazioni, sia per i minori ammalati e le loro famiglie, sia per quei genitori che davanti alla tragedia della morte di un figlio scelgono di dire sì alla donazione degli organi".

4. *Muore un trapiantato, ma è un donatore morto che aveva offerto a un altro una "chance di sopravvivenza"*

Il tragico caso di Domenico non deve, in ogni caso, farci dimenticare che ogni trapianto può avvenire solo se esiste un donatore che è morto. La premessa resta quella di un'*etica della donazione*. Via via che ci si allontana dalla legittima emotività del caso mediatico del Monaldi, occorre, infatti, ricordare che un organo, ad esempio un cuore, può essere innestato sul corpo di un malato solamente se è morto, con certezza, un *donatore dell'organo*. Cioè, solo se vi è stata tutta un'attività di équipe, che ha individuato e identificato i possibili donatori; che ne ha accettato la sicura morte encefalica; ha studiato le potenzialità di donazione della propria nazione; ha evitato la trasmissione di malattie dal donatore al ricevente, ha contribuito a potenziare e monitorare i risultati raggiunti... Si è proceduto, dunque, al prelievo solo dopo che è stata effettuata una diagnosi di *morte encefalica* (non si deve dire "morte cerebrale"!) del donatore: quale reale conoscenza di questo concetto è diffuso nei nostri ambienti? Quali sono le risorse necessarie in modo da poter diagnosticare, in ogni momento e luogo, la morte cerebrale del donatore e, così, procedere al prelievo, in vista del successivo innesto su un corpo per il quale non esiste altra terapia che il trapianto?

Non appena viene confermata la *morte cerebrale* (non cardiaca!) del donatore, iniziano le manovre e le tecniche, come si dice, di perfusione e conservazione di organi e tessuti, con l'obiettivo di mantenere una buona perfusione dei tessuti e facilitare la realizzazione di tutti i test necessari per stabilire l'idoneità, nonché decidere sulla loro utilizzazione, o sulle eventuali controindicazioni cliniche. Viene altresì informata la famiglia sulla donazione e, quando necessario, si è già ottenuta l'autorizzazione e il consenso per il prelievo di organi e tessuti.

Solo dopo tutto ciò, si organizza la distribuzione e il trasporto per l'invio dell'organo alla destinazione finale, che è quella della terapia del trapianto. Prima dell'intervento d'innesto nel

blocco operatorio del Monaldi, si è dunque avuta la certezza della morte encefalica di un bambino donatore nell'azienda di Bolzano; si è acquisita, la volontà positiva del soggetto competente a esprimere il consenso a donare il cuore, o, più precisamente, a *donare vita*. “Spende Leben – Dona Vita” – si chiama l’iniziativa congiunta della Provincia e dei Comuni altoatesini (da cui è arrivato a Napoli il cuore) per sensibilizzare, appunto, alla donazione degli organi.

Molte domande, frattanto, sono sorte in mezzo a noi, sul trasporto dell'organo da innestare, sulle modalità di trasporto per garantirne la conservazione, ecc. Ricordiamo che il *Centro nazionale trapianti* coordina ogni anno migliaia di spostamenti interregionali di organi e di équipes chirurgiche per il loro prelievo. In oltre il 60% dei casi, il trasporto avviene per via aerea, attraverso voli privati e, in alcuni casi particolari, con voli di Stato predisposti dalla Presidenza del Consiglio con il supporto dell'Aeronautica militare. Per il resto, soprattutto per quegli organi con tempi di ischemia maggiori (ovvero che possono sopravvivere fuori dal corpo per più ore di altri, come i reni), il trasporto avviene su gomma, attraverso i servizi di emergenza del 118. Si ricordi, inoltre, che il trasporto dell'organo prelevato ed i costi derivanti da questo trasporto sono di pertinenza del centro trapianti che accetta l'organo in vista del cosiddetto “rilancio in sala”.

5. *Le azioni di prelievo e di innesto dell'organo*

Molti si sono domandati soprattutto, nel terribile caso del Monaldi, di chi possa essere stata la cosiddetta “responsabilità” per eventuali errori commessi nella fase del prelievo dell'organo dal “donatore” e, soprattutto, in quella del trasporto corretto e, infine, dell'innesto dell'organo nel ricevente. Ribadiamolo: nulla può mettersi in moto senza la constatazione di morte encefalica del donatore. Si ricordi, altresì, che l'obbligo di chi preleva un organo è quello di svolgere tecnicamente in modo diligente e perito l'attività di prelievo e l'attività di innesto in quanto tali.

Nulla, ripetiamolo, avviene senza il “consenso informato” del donatore e del ricevente: nel caso del bambino dell'area campana, il consenso informato (che non è soltanto un modulo!) dei genitori che avranno consapevolmente aderito, non essendoci alternativa terapeutica, alla proposta di procedere a un innesto di cuore, se e quando disponibile. Insomma, una *macchina nazionale*, prima che locale. Ecco perché il *Comitato nazionale per la bioetica*, fin dal 2021, ha ribadito quanto importante la definizione di documenti nazionali di riferimento, oltre ad un'attività continua e documentata di formazione per tutto il personale coinvolto nel processo sia di donazione che di trapianto. Deve essere posta, soprattutto, la massima attenzione alla preservazione della funzionalità degli organi, toracici ed addominali, e quindi alla protezione del paziente che riceverà il trapianto.

Effettuato correttamente da un punto di vista tecnico il prelievo, s'interrompe, dunque, l'obbligo di vigilanza, non avendo, chi ha effettuato il prelievo, responsabilità sulla decisione finale dell'utilizzo dell'organo e/o delle attività chirurgiche ad esso connesse. Queste ultime restano in capo di chi trapianta, e che valuta, di volta in volta, sulla base di tutte le attività svolte precedentemente (quindi non solo del prelievo), i dati e le informazioni da queste stesse attività acquisite, al fine della valutazione ultima della *beneficialità* del trapianto relativamente ad un determinato ricevente. È importante. Dunque, la cosiddetta “Cooperazione terapeutica diacronica”, che si svolge attraverso atti medici successivi, affidati a sanitari anche con specializzazioni diverse e di regioni diverse con finalità comune (nel nostro caso, il trapianto). L'autonomia differenziata in sanità, che alcuni vorrebbero spingere più a fondo, favorirebbe davvero tale cooperazione diacronica, o creerebbe almeno dei disagi organizzativi e una non chiara attribuzione di competenze aziendali locali? Si rammenti, in merito, che l'Italia, unitariamente intesa, ricopre, anche a livello istituzionale, un ruolo di primo piano nella cooperazione internazionale sui trapianti (che riguardano non solo il cuore, ma tutti gli altri organi e tessuti che possono essere prelevati da donatore). Infatti, presiederà fino al 2027 la South Alliance for Transplant (SAT), un network che riunisce le organizzazioni nazionali

dei trapianti dei Paesi dell'area mediterranea. La SAT ha come obiettivo strategico il rafforzamento dello scambio internazionale di organi attraverso la piattaforma *Foedus*, nell'ambito di un accordo che coinvolge ben 18 organizzazioni nazionali. Il tutto mentre a livello europeo si va verso l'attuazione di un *Regolamento* sulle sostanze di origine umana, che entrerà in vigore a partire dal 2027.

6. *Ogni trapianto di organi comporta una "bioetica di frontiera"*

Era il 1994, quando in Italia, a proposito del trapianto di organi tra bambini, si parlò di *bioetica di frontiera*. Un parere del *Comitato Nazionale di Bioetica*, pubblicato il 21 gennaio 1994, considerava già gli aspetti peculiari del trapianto di organi nei bambini e negli adolescenti. Le tre parti del documento erano: trapianti di organo più comuni in età pediatrica (rene, fegato e cuore) e condizioni dei bambini trapiantati; problemi comuni ai diversi tipi di trapianto; questioni etiche connesse. Frattanto, nei primi 10 mesi del 2025, i trapianti di cuore sono stati 376. Dal 2002, ovvero da quando è entrato in funzione il *Sistema informativo trapianti*, quelli cardiaci sono stati oltre 7mila. L'allargamento dei criteri di selezione dei donatori è legato anche all'ampliamento dei criteri di candidabilità dei riceventi. Un'altra decisiva innovazione, che ha contribuito all'incremento dei trapianti, è stata la possibilità di utilizzare i cuori dei cosiddetti "donatori a cuore fermo", ovvero pazienti il cui decesso viene dichiarato con criteri dopo un'osservazione di soli 20 minuti. In una *bioetica di frontiera*, il "caso" del piccolo, per la cui salute abbiamo tutti trepidato e sperato (purtroppo senza esito positivo), potrebbe insegnare qualcosa a tutti noi, sopravvissuti?

Alla luce della mia pregressa esperienza di formatore di futuri medici, nonché di educatore, per così dire, "porta a porta" nella formazione di schiere di medici e operatori sanitari negli ospedali campani già negli anni Novanta del Novecento, nonché di Docente nei Master Universitari di II livello in Management Sanitario della Federico II, riterrei importante evidenziare alcuni importanti profili di questa *bioetica di frontiera*. Evitando il *club* dei "giustizialisti" o degli "assolutori", si spera soltanto di mettere qualche lettore nella condizione di "farsi un'opinione fondata", valutando, per così dire, i principali termini in gioco.

7. *Una conclusione provvisoria*

Quali sono i reali "fattori in gioco"? Il caso del bambino del Monaldi, in attesa che le Ispesioni ministeriali e la Magistratura rendano eventualmente disponibili le cartelle cliniche di diagnosi e terapia, ci sembra soprattutto uno stimolo per una discussione generale sulla funzione sociale della medicina, sull'organizzazione sanitaria e, in riferimento alla morte cerebrale e all'attività di prelievo d'innesto di organi e tessuti, sull'organizzazione aziendale della medicina, soprattutto sul raccordo tra autonomie regionali e profilo nazionale della salute umana, nonché sull'umanizzazione del complesso dei fattori che entrano di volta in volta in gioco... Non basta, forse, accusare o punire, né assolvere a prescindere, e neppure curare o pretendere a tutti i costi esiti positivi di salute. Insomma, urge, di nuovo, una grande discussione etica e bioetica. Di una *bioetica* – come scrivevo qualche anno fa in una pubblicazione del Centro Universitario di ricerca bioetica (CIRB) – *senza aggettivi*, o schieramenti etici preconcepiuti o, peggio ancora, di parte.