

Lo studio della personalità di un potenziale caso di donazione samaritana

Specialità e professioni a colloquio

Concetta De Pasquale¹, Maria Luisa Pistorio², Massimiliano Veroux², Provvidenza Marisa Cottone³, Valentina Martinelli⁴, Alessia Giaquinta⁵, Pierfrancesco Veroux⁵

1 SC Chirurgia Vascolare e Centro Trapianti, AOU Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania, Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Catania, Italia

2 SC Chirurgia Vascolare e Centro Trapianti, AOU Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania, Dipartimento di Chirurgia, Trapianti e Tecnologie Avanzate GF Ingrassia, Università di Catania, Italia.

3 CRT Sicilia, UOC Dipartimento Emergenza-Urgenza, ARNAS "Civico Di Cristina Benfratelli", Palermo, Itali

4 Università di Pavia, Italia

5 Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Medico-Chirurgiche, Università di Catania, Italia



Concetta
De Pasquale

Corrispondenza a:

Concetta De Pasquale

SC Chirurgia Vascolare e Centro Trapianti, AOU Policlinico-Vittorio Emanuele di Catania

Via S.Sofia, 78 95125 Catania, Italia

Tel/Fax 095.3782629

E-mail: depasqua@unicat.it

ABSTRACT

Il termine Samaritano è utilizzato per indicare la scelta di un donatore vivente di offrire il proprio organo per salvare la vita di un paziente con il quale non ha alcun tipo di legame parentale o affettivo (articolo 1 della legge del 26 giugno 1967). È un gesto di grande solidarietà, un atto moltiplicatore di vita. Lo scopo di questo studio è stato quello di analizzare un caso di potenziale donazione samaritana.

L'indagine si è articolata in sei colloqui, a cadenza bisettimanale, della durata complessiva di tre mesi. Le interviste cliniche hanno permesso di approfondire le motivazioni della scelta di donazione. Sono stati somministrati i seguenti test: test proiettivo di Rorschach, Millon Clinical Multiaxial Inventory Personality Test (MCMI-III) e Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R).

Nei colloqui sono emerse alcune criticità riguardanti la giovane età, la sfiducia in sé, la difficoltà nel gestire le emozioni e un disadattamento sociale. L'analisi dei test ha confermato gli indici "negativi" che hanno portato gli autori a negare l'idoneità psicologico-psichiatrica per la donazione samaritana.

La donazione samaritana è una donazione rara e preziosa, quindi comprendere le motivazioni di questa scelta in profondità è estremamente importante. La scelta di donare, seppur presa liberamente, non deve far dimenticare la propria responsabilità verso sé stessi e verso la propria integrità.

PAROLE CHIAVE: donazione samaritana, valutazione di idoneità, test di Rorschach, Millon Clinical Multiaxial Inventory Personality Test (MCMI-III), Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

Introduzione

Il termine samaritano è utilizzato per indicare la scelta di un donatore vivente di offrire un proprio organo per salvare la vita di un paziente con il quale non ha alcun legame di tipo parentale o affettivo (articolo I della legge n. 457 del 26 giugno 1967). Si tratta di un gesto di grande solidarietà, un atto moltiplicatore di vita. L'organo prelevato dal donatore samaritano può essere assegnato direttamente a una persona (ricevente) in lista d'attesa o, in alternativa, può essere utilizzato per innescare meccanismi a catena "aperta" tra coppie donatore/ricevente incompatibili tra loro a livello immunologico o per gruppo sanguigno. Si crea la cosiddetta catena 'samaritana' che moltiplica il numero dei riceventi e, grazie al meccanismo del "cross over", aumenta le donazioni in modo potenzialmente esponenziale, aggirando l'ostacolo dell'incompatibilità.

Il trapianto da donatore samaritano è praticato negli USA, in Spagna, in Gran Bretagna, in Olanda, e in alcuni altri paesi, in particolare del Nord Europa [1]. In Italia la donazione samaritana, che prende il nome dalla parabola evangelica del buon samaritano, è ammessa solo per il trapianto di rene ed è stata oggetto di pareri espressi dal Comitato Nazionale di Bioetica e dal Consiglio Superiore di Sanità (23 aprile e 4 maggio 2010) in cui è stato sottolineato il fatto che non sostituisca il trapianto da donatore vivente consanguineo o il trapianto da cadavere, a meno che non esistano priorità biologiche di compatibilità.

Questa particolare tipologia di donazione deve essere un atto libero, gratuito e anonimo [2]. Pertanto, la valutazione di idoneità alla donazione samaritana richiede una scrupolosa valutazione di ciascun caso. È d'obbligo eseguire uno screening completo per accertare l'idoneità fisica, psichica e la reale motivazione del donatore. Nello specifico, la valutazione di idoneità psicologico/psichiatrica alla donazione samaritana permette l'analisi di possibili problematiche relative alla sua salute mentale. A maggiore garanzia dell'intero processo, tutte le procedure di accertamento sulle condizioni del paziente, rigidamente regolamentate, vengono ulteriormente revisionate da esperti terzi per il parere ultimo di idoneità [3, 4].

Scopo di questo studio è stato quello di analizzare un caso di potenziale donazione samaritana. Si tratta di un ragazzo di 25 anni, single, che vive da solo e non ha alcun progetto di famiglia. Riguardo al livello di scolarità, ha un diploma di scuola media inferiore e svolge la professione di magazziniere. Primogenito, ha una sorella di anni 23 e i genitori sono viventi e in buona salute. Non sono riportate malattie degne di nota e interventi chirurgici. Nel colloquio psicologico il rapporto affettivo-relazionale con le figure genitoriali viene riferito come superficiale e privo di "profondità" di dialogo: *"hanno un altro spessore, li assecondo, ma la pensiamo diversamente"*. All'età di 20 anni ha iniziato un percorso definito "spirituale", caratterizzato da comportamento altruistico. Ha adottato a distanza una figlia in Madagascar e vorrebbe recarvisi per dedicarsi ad azioni di assistenza in un territorio non urbanizzato. Inoltre, ha approfondito lo studio di filosofia, morale ed etica. A suo dire, tale percorso spirituale lo ha portato alla decisione di voler donare il proprio rene ad uno sconosciuto.

Metodologia

L'indagine si è articolata in sei colloqui, a cadenza bisettimanale, della durata complessiva di tre mesi. I colloqui clinici, effettuati dallo psichiatra, hanno permesso di approfondire le motivazioni della scelta di donazione [5, 6].

Per quanto riguarda la valutazione psicodiagnostica d'idoneità, sono stati somministrati dallo psicologo i seguenti test: il test proiettivo di Rorschach, per approfondire i tratti più profondi della personalità, non facilmente verbalizzabili dal soggetto; il test di personalità Millon Clinical

Multiaxial Inventory (MCMI-III) ed un questionario per la valutazione della sintomatologia psichica, Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R), che ha richiesto la presenza sia dello psichiatra che dello psicologo.

Test di Rorschach

Il test di Rorschach, così chiamato dal nome del suo creatore Hermann Rorschach (1884-1922), è un test proiettivo che fornisce dati utili per quanto riguarda il funzionamento del pensiero, l'esame della realtà, il disagio affettivo e la capacità di rappresentazione corretta di sé e degli altri nelle relazioni.

Il test si compone essenzialmente di 10 tavole, su ciascuna delle quali è riportata una macchia d'inchiostro simmetrica: 5 monocromatiche, 2 bicolori e 3 colorate. Le tavole vengono sottoposte all'attenzione del soggetto una alla volta; per ciascuna, senza imporre limiti di tempo, gli viene chiesto di esprimere tutto ciò cui, secondo lui, la tavola somiglia. Per l'analisi delle risposte date è stato utilizzato il metodo di siglatura europeo (svizzero-italiano) "Bohm/Loosli-Uster/Passi-Tognazzo". Gli indici più rappresentativi sono stati: risposte totali (R+), risposte globali (G, G+), forma (F, F+), contenuti umani (U), indice di realtà (IR), movimento (M) [7].

Millon Clinical Multiaxial Inventory – III

Il Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) è uno strumento di valutazione psicologica che fornisce informazioni sui prototipi di personalità, pattern caratteriologici, e comportamenti che possono essere esplorati clinicamente. È composto da 175 domande chiuse (vero/falso) e richiede 25-30 minuti per il completamento. È stato creato da Theodore Millon, Carrie Millon, Roger Davis e Seth Grossman. Il MCMI è modellato su 3 "scale": 14 scale sui disturbi di personalità (11 pattern di personalità clinica, 3 di grave patologia della personalità), 10 scale di sindromi cliniche, 3 scale di correzione (X, scala di apertura; Y, scala di desiderabilità; Z, scala di autosvalutazione). I punteggi "base rate" (BR) superiori al valore soglia di 60 sono indicativi di difficoltà psicologiche, interpersonali e di sintomi patologici [8-10].

Symptom Checklist-90-R

Il Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) è uno strumento psicometrico self-report relativamente breve pubblicato dal Clinical Assessment division of the Pearson Assessment and Information group. È una delle misure di stress psicologico più utilizzate nella pratica clinica e nella ricerca ed è disegnato per valutare un ampio raggio di problemi psicologici e sintomi di psicopatologia. Secondo l'overview data dall'editore, l'SCL-90-R è normato su individui dai 13 anni in su. Consiste di 90 voci e la somministrazione richiede 12-15 minuti. Ciascuna voce è valutata su di una scala da 0 (per niente) a 4 (moltissimo). Le principali dimensioni valutate sono: somatizzazione (SOM), ossessione-compulsione (O-C), sensibilità interpersonale (INT), depressione (DEP), ansia (ANX), ostilità (HOS), ansia fobica (PHOB), ideazione paranoide (PAR). Il punteggio di ciascuna dimensione corrisponde al rapporto tra la sommatoria delle voci valutate positivamente e il numero di tutte le voci che la caratterizzano. Un alto numero di studi ha dimostrato l'affidabilità, la validità e l'utilità di questo strumento [11, 12].

Risultati

Esame psichico

Le risposte del soggetto appaiono valide e coerenti. Per quanto riguarda la forma del pensiero, l'eloquio è fluido e ben organizzato. Si evidenzia però un eccesso di lucidità e freddezza che lasciano ipotizzare distacco ed indifferenza emotiva. Per quanto riguarda il contenuto del pensiero, l'approfondimento delle sue idee fa emergere un'assoluta certezza soggettiva, difficilmente criticabile, di voler soddisfare il proprio bisogno di donazione. Riguardo la modulazione affettivo-emotiva, l'umore tende all'ottimismo; appare elevato anche il controllo degli impulsi nelle situazioni di stress, mentre risulta basso il coinvolgimento nella routine quotidiana.

Durante il percorso di valutazione il paziente sostiene di aver sviluppato un forte senso etico del "darsi per gli altri"; in questo caso l'atto finale corrisponderebbe al cedere una parte di sé in favore di un'altra persona, a lui sconosciuta. Alla domanda su quale sia la motivazione della scelta di intraprendere un percorso di donazione samaritana, risponde: "Prima ero un peccatore, lo sono tuttora... Andare in profondità in questo gesto non è una cosa da tutti... È un modo per misurare io il mio valore; è un grande atto; è una scelta mia personale, non ne parlo con nessuno". Inoltre, più volte sollecitato ad incontrare le figure genitoriali durante i colloqui effettuati, ha espresso la volontà di non coinvolgerli nell'approfondimento di questo suo percorso. Sulla base delle notizie acquisite durante la valutazione psicologica, questa sua richiesta è stata rispettata dal team multidisciplinare.

Dai risultati dei test

Il test di Rorschach ha evidenziato un pensiero poco lucido, un'inadeguatezza percettiva e un deficit delle funzioni di critica e giudizio, con scarsa aderenza ai comuni parametri di riferimento ($F\%=42.85$; $F+\%=66.66$). Si sono evidenziati manifestazioni di choc alla tavola VII (figura materna) ed alla tavola IX (inconscio, choc legato ad un'affettività profonda). Sono anche emerse difficoltà nelle relazioni interpersonali ed un disadattamento all'ambiente umano e sociale ($U=1$). Scarsa aderenza all'esame di realtà con difficoltà di riconoscimento della stessa e di contatto ($IR=4$). È emersa una scarsa capacità produttiva del soggetto, indice di una certa povertà e inibizione del proprio vissuto interiore ($M=0$; $R+\%=71,42$; $G\%=64.28$; $G+\%=66.66$).

Il MCMI-III ha rilevato la tendenza del soggetto a nascondere alcuni aspetti delle proprie difficoltà psicologiche e/o interpersonali: il soggetto ha cercato di presentarsi sotto una luce migliore. Il punteggio della scala della desiderabilità ha raggiunto un valore patologico ($Y=84$). Tra i pattern di personalità clinica studiati la scala ossessivo/compulsiva (scala 7) ha mostrato i punteggi più alti (scala 7=93), espressione di un comportamento controllato e perfezionista con timore di essere socialmente disapprovato, che cela sentimenti di rabbia e aggressività auto diretta. Si riportano le risposte rilevanti al MCMI-III, indice di una certa alienazione nei rapporti interpersonali: "Se ne ho la possibilità preferisco fare le cose da solo"; "Tanto tempo fa ho deciso che la miglior cosa è avere poco a che fare con le persone; "Resto solo per la maggior parte del tempo e preferisco così".

Anche il pattern di personalità istrionica ha evidenziato un valore al di sopra del punteggio medio (scala 4=75), espressione di un bisogno di ottenere continuamente approvazione e accettazione.

Le tendenze schizoidi e il comportamento controllato e perfezionista sono confermate anche all'SCL-90-R, dal quale emerge una moderata presenza di sintomatologia ossessiva ($O-C=60\%$) con ideazione paranoide, caratterizzata da sospetto misto ad ostilità ed idee di riferimento ($PAR=66.66\%$). I punteggi delle altre dimensioni del test risultano nella norma e non esprimono aspetti di psicopatologia.

Conclusioni

La donazione samaritana è una donazione rara e preziosa, e comprendere in profondità le motivazioni di tale scelta è dunque estremamente importante [3, 13].

Nel caso clinico riportato sono emerse alcune criticità con un possibile impatto sulle motivazioni espresse dal potenziale donatore: la giovane età, la sfiducia in sé, la difficoltà di gestione delle emozioni ed un disadattamento all'ambiente umano e sociale. L'analisi dei test ha confermato tali indici "negativi" che hanno portato il team di valutazione a negare l'idoneità psicologico-psichiatrica alla donazione samaritana. Il soggetto è stato sottoposto ad un programma di psicoterapia della durata di 12 mesi per l'approfondimento dei nodi problematici emersi durante i colloqui e la somministrazione dei test. Gli sono stati suggeriti, peraltro, altri percorsi di solidarietà e di aiuto verso il prossimo senza escludere la possibilità di riprendere la scelta alla donazione samaritana in futuro.

In sintesi, il fatto che la normativa giuridica non escluda la donazione samaritana impone di riflettere sulla necessità di verificare l'idoneità psichica del candidato donatore samaritano. Accertare l'effettiva spontaneità del dono, e l'assenza di alterazioni di personalità e di una eventuale psicopatologia, è un atto di estrema responsabilità per escludere danni immediati e futuri a seguito della donazione [14–16].

Sebbene possa sembrare facile pensare al Buon Samaritano come ad un "super uomo", uno studio sui risultati a lungo termine di questo tipo di donazione mostra invece come siano presenti esperienze negative in questa popolazione filantropica [17, 18]. La scelta di donare, seppur presa liberamente, non deve far dimenticare la propria responsabilità verso sé stessi e verso la propria integrità corporea [13, 19, 20]. Questo studio sottolinea anche l'importanza della collaborazione di più figure professionali per la formulazione del giudizio di idoneità psicofisica alla donazione samaritana.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministero della Salute, La donazione samaritana: cos'è e come avviene, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_2011_lista_File_itemName_0_file.pdf
2. Garneau WM, Harris DM, Viera AJ. Cross-sectional survey of Good Samaritan behaviour by physicians in North Carolina. *BMJ Open* 2016 Mar 10; 6(3):e010720. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010720>
3. Ferri F, Serati M, Colombo EM et al. Samaritan donation: A new challenge for the Italian transplant community. *Psychiatry Res* 2016 Aug 30; 242:26-7. Epub 2016 May 19. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.056>
4. Heru A. Should narrative coherence be considered in the assessment of motivation in the non-directed kidney donation? *Gen Hosp Psychiatry* 2018 Aug 14; 55:1-3. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2018.08.005>
5. Pistorio ML, Veroux M, Trigona C et al. Psychological and Emotional Aspects in Living Donor Kidney Transplantation. *Transplant Proc* 2019; 51(1):124-7. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2018.04.085>
6. De Pasquale C, Veroux M, Corona D et al. The concept of self and emotional involvement in living kidney donation: a psychometric investigation. *Transplant Proc* 2013 Sep; 45(7):2604-6. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2013.08.002>
7. Passi Tognazzo D. Il metodo Rorschach. Manuale di psicodiagnostica su modelli di matrice europea. Firenze: Giunti, 1998, p.372.
8. Millon T, Millon CM, Davis M. MCMI-III. Millon clinical multi-axial inventory – III. Ed. Italiana a cura di Zennaro A, Ferracuti S, Lang M, Sanavio E. Firenze: Giunti Psychometrics, 2008.
9. Pistorio ML, Veroux M, Corona D et al. The study of personality in renal transplant patients: possible predictor of an adequate social adaptation? *Transplant Proc* 2013 Sep; 45(7):2657-9. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2013.07.003>
10. De Pasquale C, Veroux M, Sinagra N, et al. Patterns of Personality in Living Kidney Donors. *Transplant Proc* 2016 Mar; 48(2):319-22. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.12.057>
11. Derogatis LR, Unger R. Symptom checklist-90-Revised. *The Corsini Encyclopedia of Psychology* (eds I. B. Weiner and W. E. Craighead) 2010. <https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>
12. Pistorio ML, Veroux M, Giaquinta A et al. A Study on Emotional-Affective Aspects and the Perception of General Health in Kidney Transplant Subjects. *Transplant Proc* 2015 Sep; 47(7):2135-8. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.01.034>
13. Neuberger J. Making an offer you can't refuse? A challenge of altruistic donation. *Transpl Int* 2011 Dec; 24(12):1159-61. Epub 2011 Oct 8. <https://doi.org/10.1111/j.1432-2277.2011.01367.x>
14. De Pasquale C, Veroux M, Indelicato L, et al. Psychopathological aspects of kidney transplantation: Efficacy of a multidisciplinary team. *World J Transplant* 2014 Dec 24; 4(4):267-75. <https://doi.org/10.5500/wjt.v4.i4.267>
15. Pistorio ML, Veroux M, Sinagra N, et al. Alexithymia in Kidney Transplantation Patients. *Transplant Proc* 2017 May; 49(4):642-5. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2017.02.031>
16. De Pasquale C, Veroux M, Fornaro M, et al. Psychological perspective of medication adherence in transplantation. *World J Transplant* 2016 Dec 24; 6(4):736-42. <https://doi.org/10.5500/wjt.v6.i4.736>
17. Bramstedt KA. What's Mine is Yours: Long-Term Experiences of Good Samaritan Organ Donors. *J Patient Exp* 2018 Mar; 5(1):16-20. Epub 2017 Jul 17. <https://doi.org/10.1177/2374373517718146>
18. Bramstedt KA, Dave S. The silence of Good Samaritan kidney donation in Australia: a survey of hospital websites. *Clin Transplant* 2013 May-Jun; 27(3):E244-8. Epub 2013 Feb 5. <https://doi.org/10.1111/ctr.12087>
19. De Pasquale C, Pistorio ML, Sorbello M et al. Body image in kidney transplantation. *Transplant Proc* 2010 May; 42(4):1123-6. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2010.03.071>
20. De Pasquale C, Pistorio ML, Corona D et al. Role of "self-efficacy" in the process of long-term care in kidney transplant recipients. *Transplant Proc* 2014 Sep; 46(7):2235-7. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2014.07.035>