

# ***Reperimento e identificazione del donatore di organi e tessuti***

*Dott.ssa Silvia Bortolazzi  
Coordinatore Locale  
Azienda Ospedaliero Universitaria Ferrara*

IMOLA 12-13-14 febbraio 2019  
CORSO TPM EMILIA-ROMAGNA  
PER COORDINATORI ALLA DONAZIONE  
E AL PRELIEVO DI ORGANI E TESSUTI

La disponibilità di organi da trapiantare sarebbe  
appena sufficiente se  
tutte le morti encefaliche venissero segnalate e  
se nessuno ponesse diniego al prelievo

 **IDENTIFICAZIONE**

 **OPPOSIZIONE**



***“sin donante non hay transplante”***

**L'identificazione** del potenziale donatore (PD) è il prerequisito per arrivare all'effettiva donazione, al prelievo e quindi al trapianto



## Obiettivi della presentazione:

- **COSA** CERCARE
- **DOVE** CERCARE
- **QUANTI** POTENZIALI DONATORI POSSIAMO  
ATTENDERCI DI TROVARE?
- **COME** costruire un programma di “quality assurance”
- Indicare iniziative utili al miglioramento



*Per ottimizzare l'azione di “procurement” occorre definire un sistema e gli strumenti che consentano:*

- Stimare il “potenziale di donazione”
- Valutare la performance del processo
- Individuare e analizzare le fasi critiche
- Definire gli interventi correttivi



# ***Identificazione del potenziale donatore (PD)***

## **Le tipologie di donatore:**

- **PD multiorgano +/- tessuti a cuore battente (DBD)**
- PD multiorgano a cuore fermo (DCD)
- PD multitessuto a cuore fermo (DCD)
- PD cornee a cuore fermo (DCD)

✧ DBD: con accertamento della morte effettuato con criterio neurologico (donation after brain death)

✧ DCD: accertamento della morte con criterio cardiaco (donation after cardiac death)



# ***Identificazione e riconoscimento del PD***

## **PD multiorgano**

Paziente con

devastante lesione cerebrale (primitiva-secondaria)

ricoverato in TI e sottoposto a VM, il cui quadro clinico

evolve verso la morte che viene accertata secondo precisi

criteri neurologici

# ***Identificazione del PD: cosa dobbiamo contare***

QUANTI NEUROLESI GRAVI MUOIONO IN TERAPIA INTENSIVA

= 20-30% decessi in TI = ca 90 / pmp

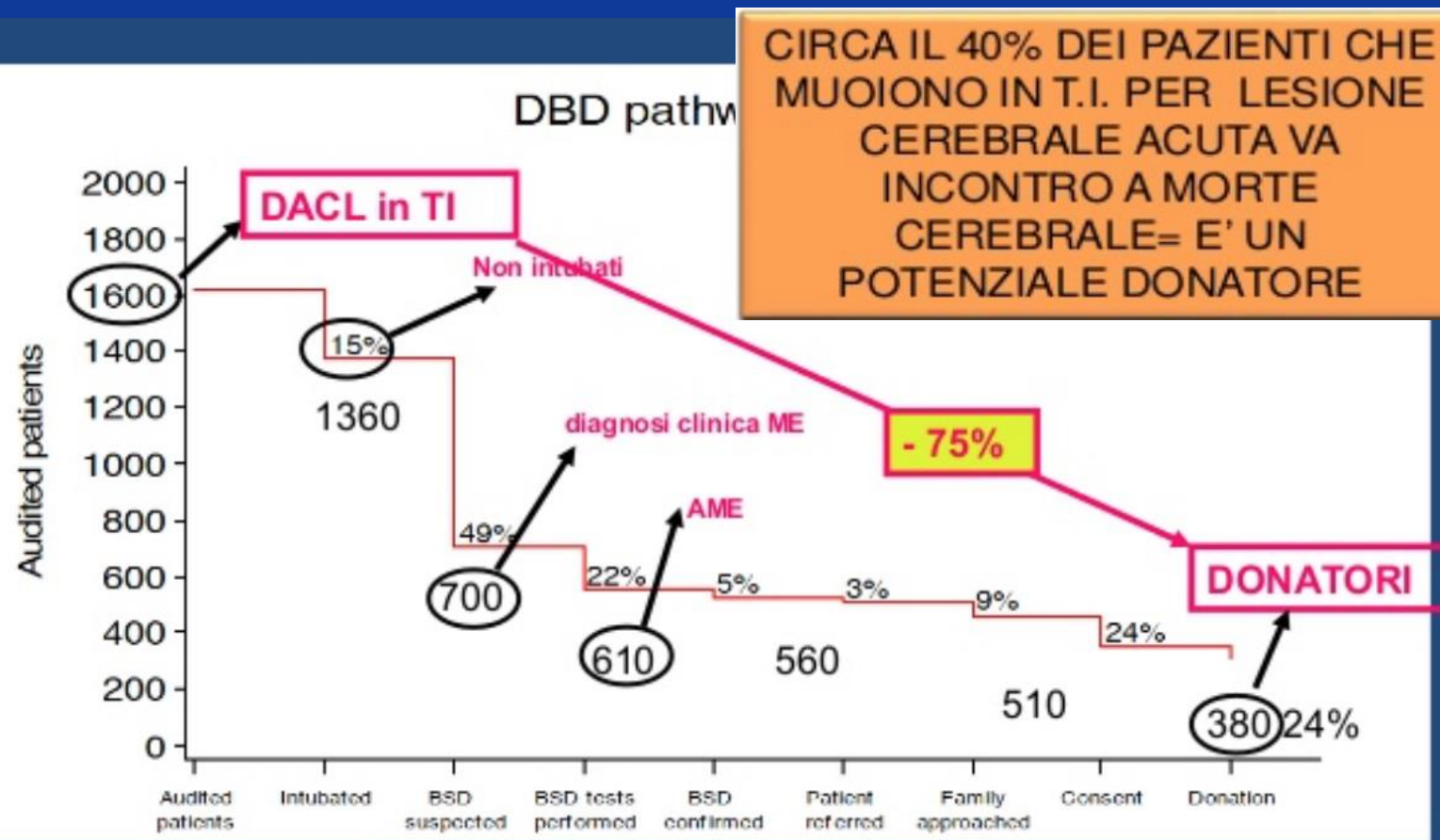
QUANTI NEUROLESI GRAVI CHE MUOIONO IN T.I. SONO SOTTOPOSTI AD ACCERTAMENTO DI MORTE CON CRITERI NEUROLOGICI

40% dei DLCA = 36 / pmp



# Studio ACCORD 2014

1600 pz, in 15 Paesi, 66 Ospedali



*IL PROCUREMENT NEI PERCORSI  
CLINICO ASSISTENZIALI*



*IL PERCORSO DEL GRAVE  
NEUROLESO*

# ***Il percorso del neuroleso grave***

**LESIONE NEUROLOGICA ACUTA**

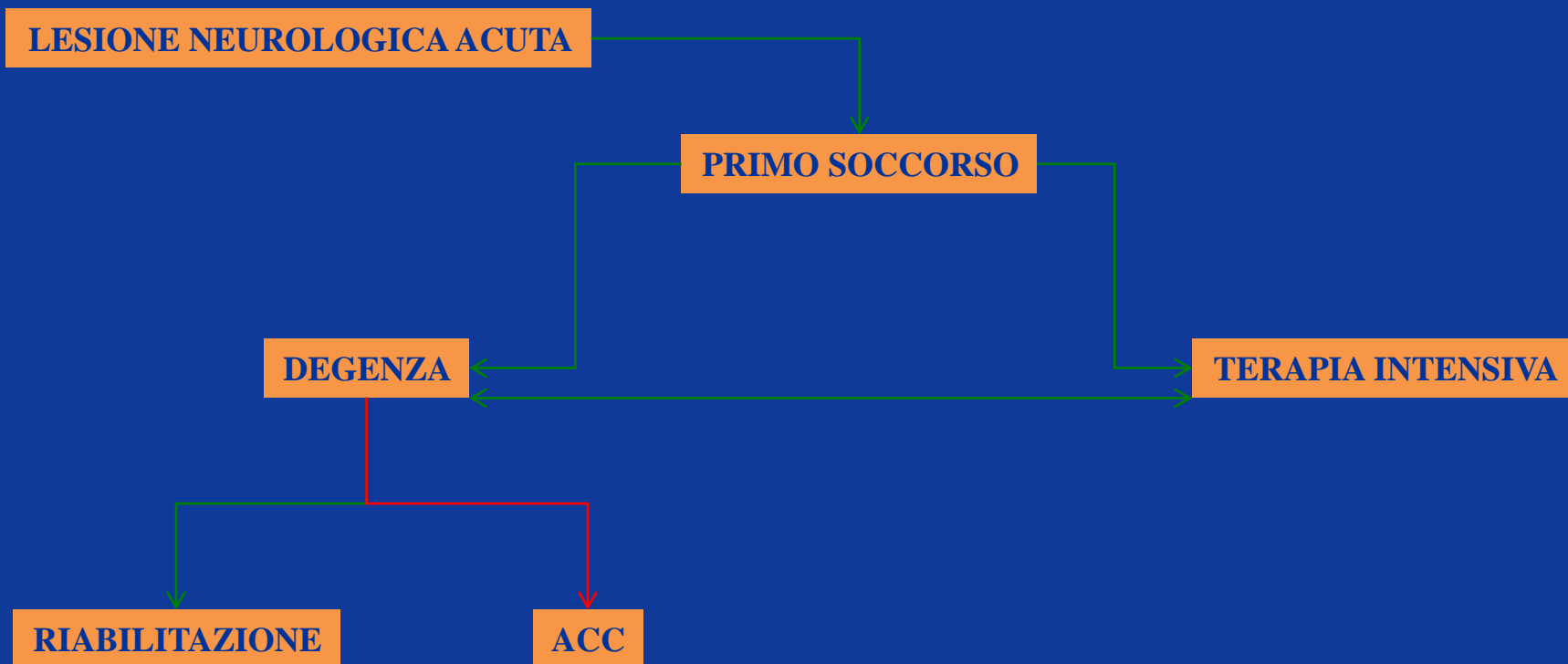
**PRIMO SOCCORSO**

**DEGENZA**

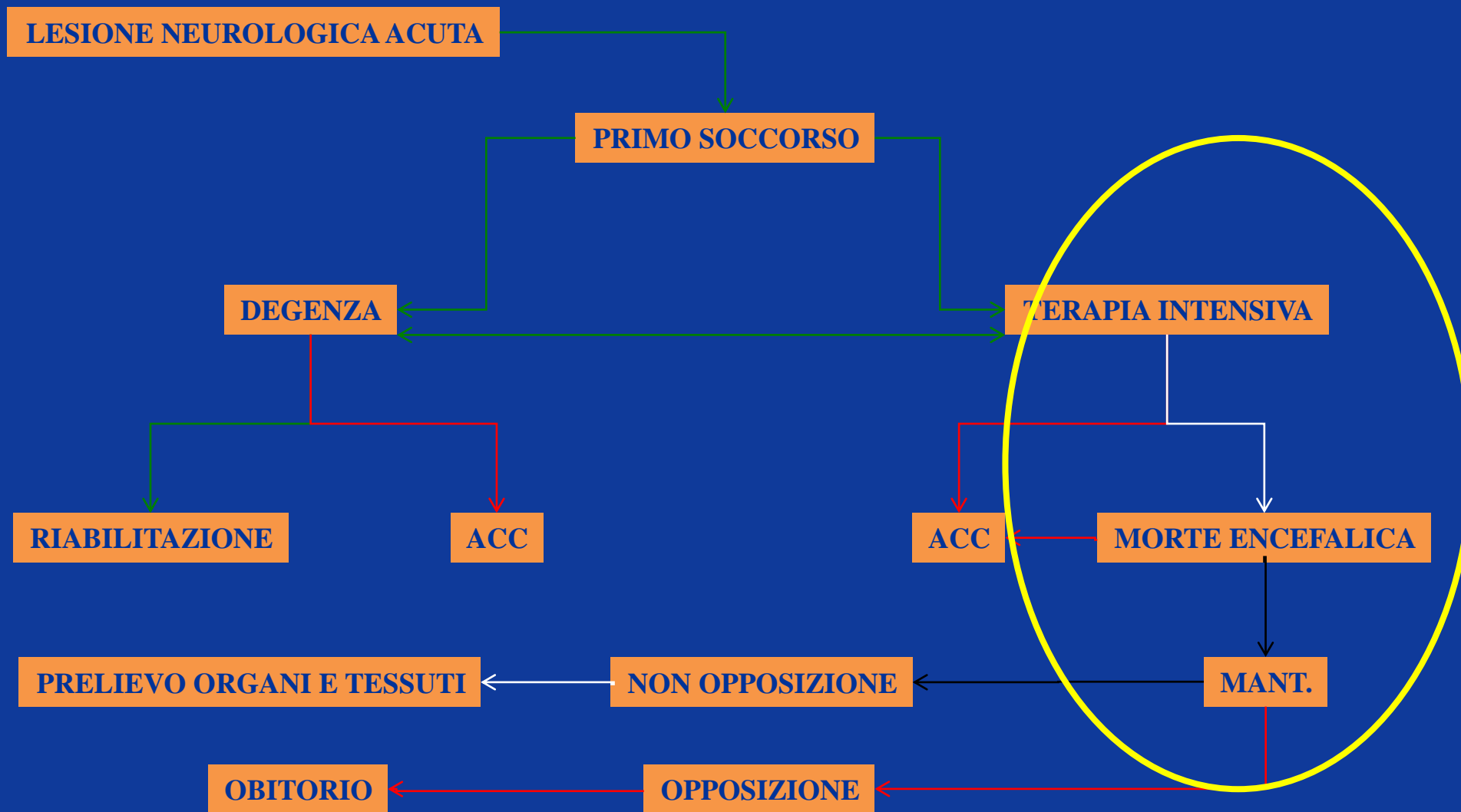
**TERAPIA INTENSIVA**



# ***Il percorso del neuroleso grave***



# *Il percorso del neuroleso grave*



# ***Indicatori attività di procurement***

indicatore	indicatore	fattori	valutazione
Identificazione PD organi	PROC 2	AME/DACL	< 20% insufficiente 21-40% adeguato > 40% eccellente
Efficienza globale di procurement	PROC 1	Donatori effettivi/DACL TI	< 15% insufficiente 16-30% adeguato > 30% eccellente



## Indice di identificazione [Index PROC 2]

N. Accertamenti di morte  
encefalica in TI

---

N. Decessi con LESIONE  
ENCEFALICA acuta  
in TI

Basso .....< 40%

Medio...40% - 60%

Alto .....> 60%

## *...Come va in Italia?*

Quante sono le morti encefaliche segnalate in Italia?

Dati italiani (*segnalazioni*):

La regione migliore 95,4 pmp

La regione peggiore 9,6 pmp

PROC 2  
46%

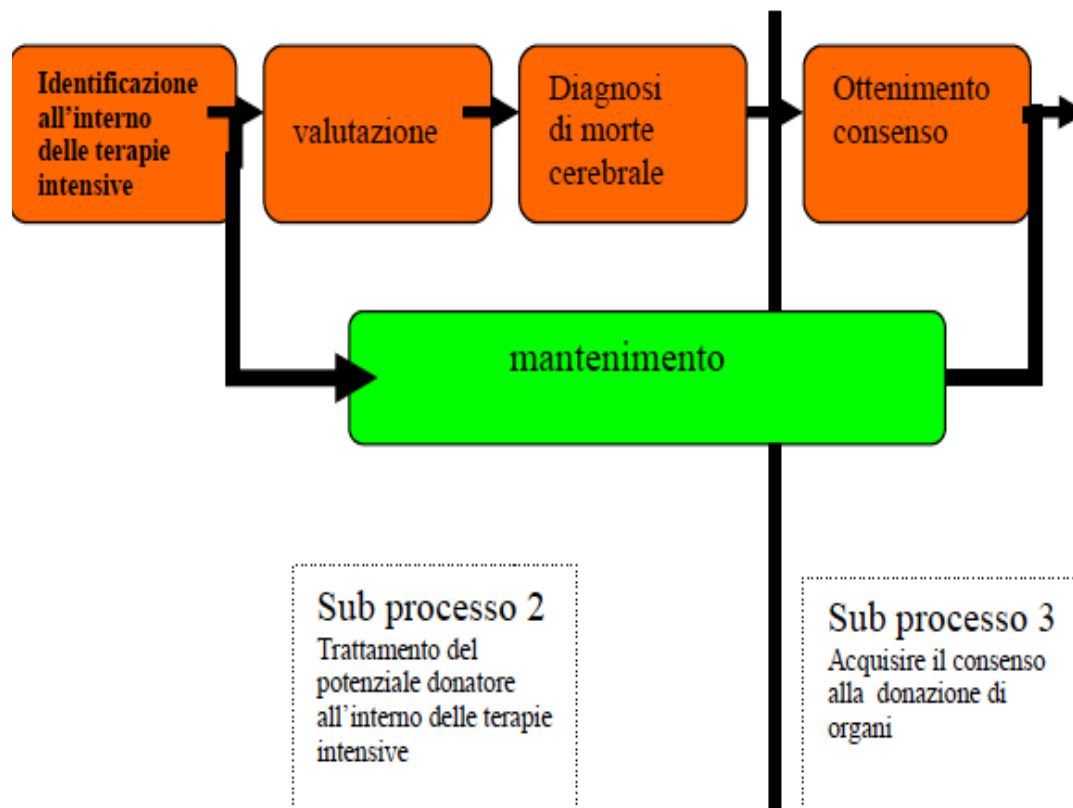
## *... e in regione?*

Quante sono le morti encefaliche segnalate in ER?

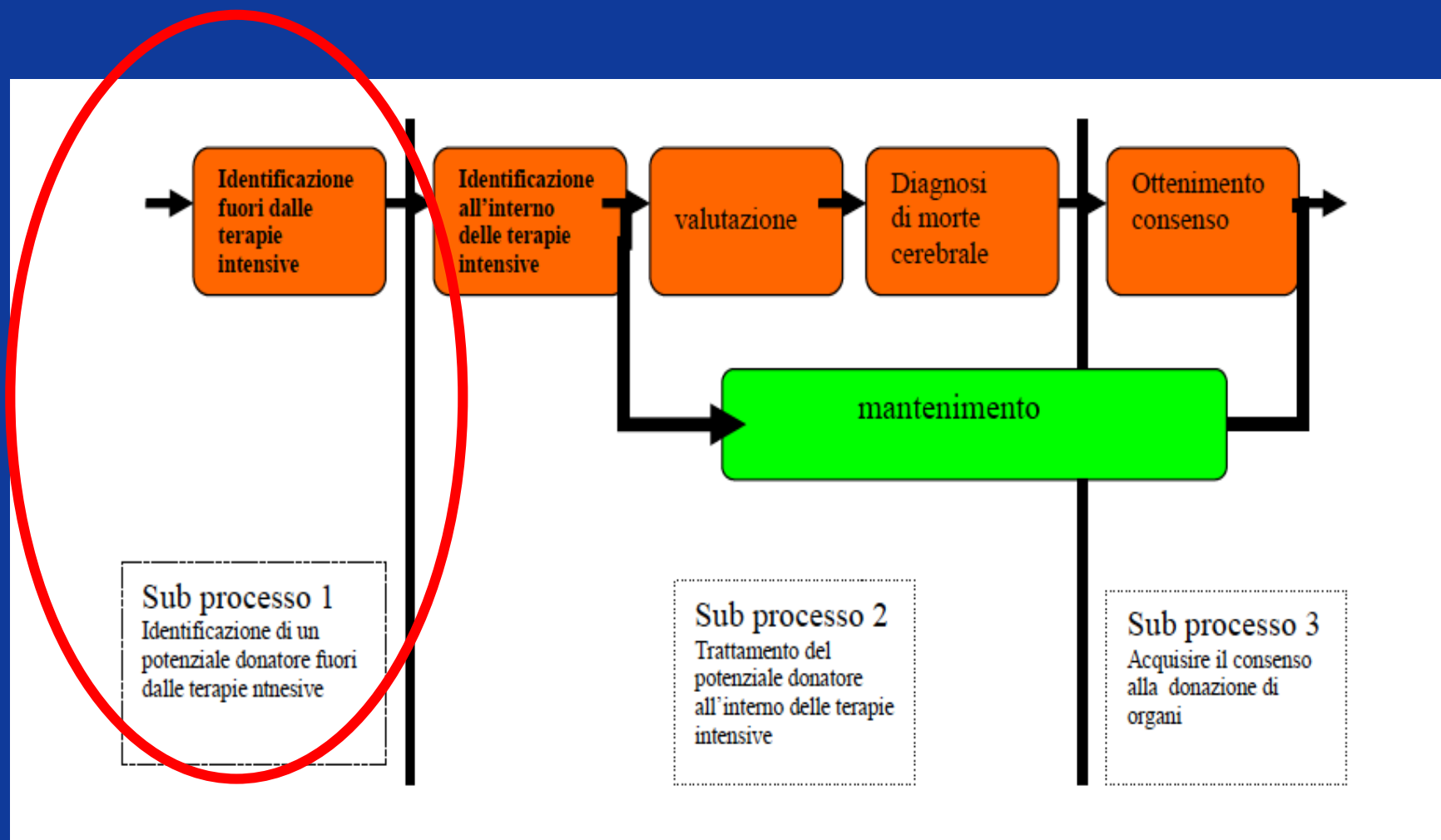
Emilia – Romagna 52,6 pmp

PROC 2  
54%

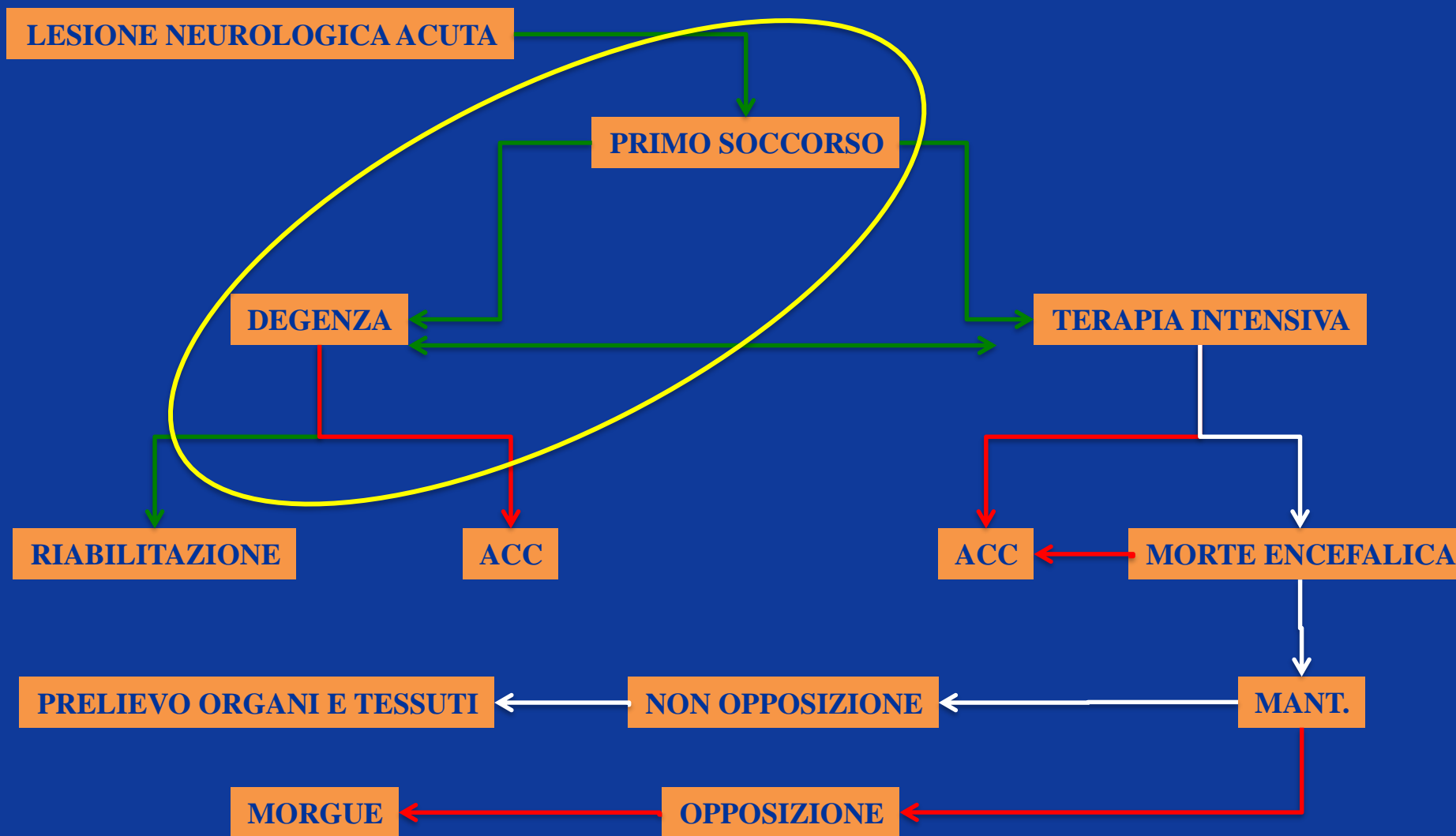
# Passato e Presente



# Presente e Futuro: azioni proattive



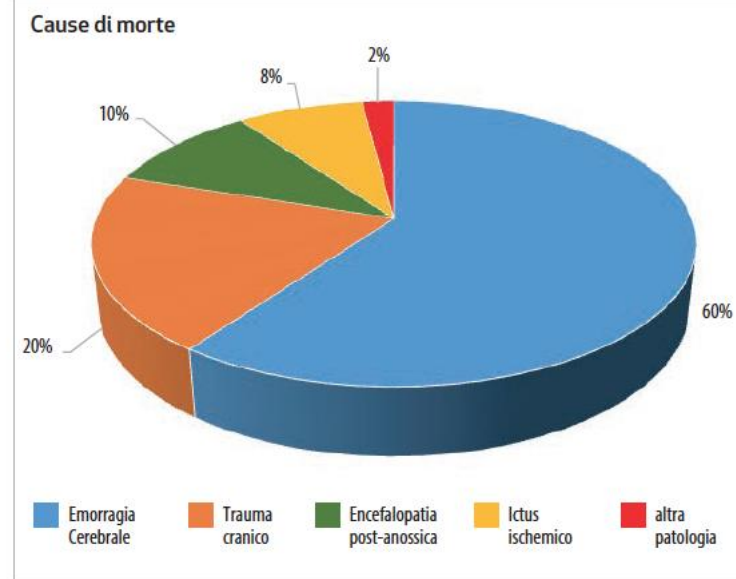
# *Il percorso del neuroleso grave*



# Codifiche delle patologie cerebrali

## Codifiche patologie cerebrali

Codice SDO	Categoria RER 2.0	Categoria RER (fino 2012)	Categoria DOPKI	categoria CUENDE
191	Neoplasia cerebrale			Brain neoplasm
192	Neoplasia cerebrale			Brain neoplasm
225	Neoplasia cerebrale			Brain neoplasm
348.1	Anossia		Anoxic brain damage	
430	Emorragia cerebrale	Emorragia cerebrale	Cerebrovascular accidents	Cereb
431	Emorragia cerebrale	Emorragia cerebrale	Cerebrovascular accidents	Cereb
432	Emorragia cerebrale		Cerebrovascular accidents	Cereb
433	Ischemia cerebrale	Ischemia cerebrale	Cerebrovascular accidents	Cereb
434	Ischemia cerebrale	Ischemia cerebrale	Cerebrovascular accidents	Cereb
435	Ischemia cerebrale	Ischemia cerebrale		
436	Ischemia cerebrale	Ischemia cerebrale	Cerebrovascular accidents	
800	Trauma cerebrale			
801	Trauma cerebrale			
803	Trauma cerebrale			
804	Trauma cerebrale			
850	Trauma cerebrale		Craneoencephalic traumatism	
851	Trauma cerebrale	Trauma cerebrale	Craneoencephalic traumatism	Head trauma
852	Trauma cerebrale	Trauma cerebrale	Craneoencephalic traumatism	Head trauma
853	Trauma cerebrale	Trauma cerebrale		Head trauma
854	Trauma cerebrale	Trauma cerebrale		Head trauma





# Decessi compatibili extra Terapia Intensiva

Decessi compatibili extra-TI  
GENNAIO-GIUGNO 2018

Presidio di ricovero	Identificativo della struttura	Decessi	Decessi Extra-TI	Decessi compatibili	Indice di compatibilità
AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	AOSPU ARCISPEDALE S.ANNA - FE	669	618	9	1,5
AOSPU OSPEDALI RIUNITI - PR	AOSPU OSPEDALI RIUNITI - PR	758	663	13	2,0
AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	AOSPU S.ORSOLA-MALPIGHI - BO	769	606	16	2,6
AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI MODENA	AOSPU POLICLINICO - MO	467	416	6	1,4
	OSPEDALE CIVILE S.AGOSTINO - ESTENSE	454	377	24	6,4
IRCCS - ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	IRCCS - ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	6	5	0	0,0
OSPEDALE FAENZA	OSPEDALE FAENZA	277	244	4	1,6
OSPEDALE LUGO	OSPEDALE LUGO	279	257	6	2,3
OSPEDALE RAVENNA	OSPEDALE RAVENNA	536	484	11	2,3
PRESIDIO OSPEDALIERO AZIENDALE (AUSL PARMA)	OSPEDALE FIDENZA	206	183	7	3,8
PRESIDIO OSPEDALIERO CESENA	OSPEDALE CESENA	353	289	5	1,7
PRESIDIO OSPEDALIERO FORLI'	OSPEDALE FORLI'	386	370	17	4,6
PRESIDIO OSPEDALIERO IMOLA - CASTEL S. PIETRO TERME	OSPEDALE IMOLA	379	326	12	3,7
PRESIDIO OSPEDALIERO PROVINCIALE DI REGGIO EMILIA	OSPEDALE GUASTALLA	112	94	3	3,2
	OSPEDALE S.MARIA NUOVA - RE	519	458	18	3,9
PRESIDIO OSPEDALIERO PROVINCIALE NUOVO S.AGOSTINO	OSPEDALE CARPI	222	187	2	1,1
PRESIDIO OSPEDALIERO RICCIONE-CATTOLICA	OSPEDALE RICCIONE	176	156	5	3,2
PRESIDIO OSPEDALIERO RIMINI-SANTARCANGELO	OSPEDALE RIMINI	433	385	8	2,1
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO - AZIENDA DI BOLOGNA	OSPEDALE BELLARIA	19	19	0	0,0
	OSPEDALE MAGGIORE	573	450	19	4,2
PRESIDIO OSPEDALIERO UNICO - AZIENDA DI FERRARA	OSPEDALE CENTO	134	130	1	0,8
	OSPEDALE DEL DELTA	191	178	3	1,7
PRESIDIO UNICO PIACENZA	OSPEDALE CASTEL SAN GIOVANNI	98	76	4	5,3
	OSPEDALE FIORENZUOLA D'ARDA	123	123	3	2,4
	OSPEDALE PIACENZA	446	397	16	4,0
<b>Totali</b>		<b>8.585</b>	<b>7.491</b>	<b>212</b>	<b>2,6 %</b>

Indice di compatibilità = n. decessi compatibili / n. decessi extra TI x 100 (evidenziati i valori superiori al 3%)

## ***Identificazione PD extra T.I.***

- Monitorare attraverso rilevazione dati SDO pertinenti
- Importanza del donatore “anziano” rispetto alle policy di non accettazione
- Basso indice di utilizzo, ma contributo non trascurabile all’attività di trapianto
- Aspetti etici-desistenza terapeutica
- Gestione rapporti familiari
- Disponibilità posti letto in T.I.

## ***Potenziale donazione extra TI***

- Audit con revisione sistematica della casistica
- Ridefinizione dei PDTA del paz. neurocritico grave
- Gestione del percorso di “fine vita”
- Condivisione interdisciplinare dell’opzione “donazione”
- Formazione



# SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

LE CURE DI FINE VITA E L'ANESTESISTA RIANIMATORE: RACCOMANDAZIONI SIAARTI PER  
L'APPROCCIO ALLA PERSONA MORENTE

UPDATE 2018

## Donazione di Organi e Tessuti

**La possibilità di donare organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto terapeutico dovrebbe essere offerta a tutti, come parte integrante del percorso di fine vita in TI.**

Una donazione d'organi e tessuti non ha valore soltanto per il grande beneficio del soggetto ricevente, ma anche per il rispetto del diritto all'autodeterminazione del donatore e per l'alto significato che riveste per i familiari nel momento della perdita del loro caro.

**In nessun caso il processo della donazione (anche nella fase iniziale di valutazione e identificazione) può precedere o interferire con il processo decisionale che sottende a una scelta di limitazione dei trattamenti.**

## QUANTI TROVARE?

- ☐ Il monitoraggio prospettico delle morti con lesioni cerebrali acute (DACL) in T.I. si conferma lo strumento più efficace per un'obiettiva valutazione della potenzialità di donazione.
- ☐ Attualmente la possibilità di incrementare la donazione a cuore battente (DBD) è **subordinato al ricovero in T.I.** dei pazienti con gravi lesioni cerebrali acute e legata all'atteggiamento verso la procedura di **accertamento della morte con standard neurologico.**



## CONCLUSIONI 2

- Le marcate differenze nel tasso di donazione nelle diverse regioni possono derivare anche dalle sensibili differenze nei modelli di gestione del paziente neuroleso grave .
- La messa a punto dei modelli più sostenibili di gestione di questi soggetti, che comprendano l'identificazione sistematica dei potenziali donatori, contribuisce al miglioramento sia dei risultati clinici sia della potenzialità di donazione.
- In questo senso **la donazione di organi diventa un valore aggiunto di qualità nel trattamento dei pazienti con grave cerebro lesione acuta.**



## CONCLUSIONI 3

*Per migliorare l'azione di procurement è necessario definire un **sistema di Quality Assurance** destinato a monitorare in continuo la performance.*

## ***Ciclo della Quality Assurance***

- Valutazione della performance della struttura
- Definizione degli indicatori per misurare
- Analisi dei dati
- Azioni di monitoraggio
- Audit
- Individuazione delle criticità
- Interventi correttivi

# ***Delibera Regione ER***

## **REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

### **Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE**

Delibera Num. 665 del 22/05/2017

Seduta Num. 19

Questo lunedì 22 del mese di maggio  
dell' anno 2017 si è riunita nella residenza di via Aldo Moro, 52 BOLOGNA

Oggetto: INDICAZIONI ALLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI IN ORDINE AL  
POTENZIAMENTO DELLA RETE DONATIVO-TRAPIANTOLOGICA  
DELL'EMILIA-ROMAGNA.

Iter di approvazione previsto: Delibera ordinaria

- ❖ La donazione di organi è obiettivo essenziale dei SSR e dell'Ospedale
- ❖ La donazione di organi è compito ordinario delle rianimazioni e dell'Ospedale intero

## «PROGRAMMA PROCUREMENT AZIENDALE»



## Conclusione finale

Compito del responsabile locale è proporre e introdurre all'interno della propria organizzazione un sistema di QA per:

- misurare le singole performance (indicatori)
- individuare i punti critici
- definire le azioni correttive

Compito delle direzioni aziendali è essere in prima fila a partecipare, sostenere e ricordare che la «donazione» è attività istituzionale e obiettivo dei SSR



## Conclusione finale

*Il miglioramento dell'attività di donazione passa attraverso:*

- il puntuale monitoraggio dei processi di identificazione dei PD a livello regionale, di struttura e di unità operativa;
- costruzione di percorsi Aziendali che vedano tutto l'Ospedale coinvolto e più ospedali insieme (collaborazione)
- acquisizione di nuovi «orizzonti» di donazione (DCD)
- acquisizione di nuove metodiche e tecnologie





***Non dimentichiamo che.....!!!***

1) Se nessuno offre alla famiglia l'opportunità di manifestare la volontà del soggetto, non ci sarà mai la possibilità di donare



2) II REPERIMENTO E L'IDENTIFICAZIONE DEL  
POTENZIALE DONATORE  
è frutto di pazienza, dedizione, entusiasmo e  
chilometri!!!!



***GRAZIE PER L'ATTENZIONE!***

