

I CRITERI DI ALLOCAZIONE DEGLI ORGANI IN EMILIA - ROMAGNA

Nicola Alvaro
CRT-ER

2° TPM REGIONALE Imola 15 novembre 2017

PROCUREMENT e
DIAGNOSI di M.E.

TRATTAMENTO del
DONATORE

ALLOCAZIONE degli
ORGANI

ACCERTAMENTO M.E.

IDONEITA' del
DONATORE

PRELIEVO-TRAPIANTO



**Coordinatori
locali**

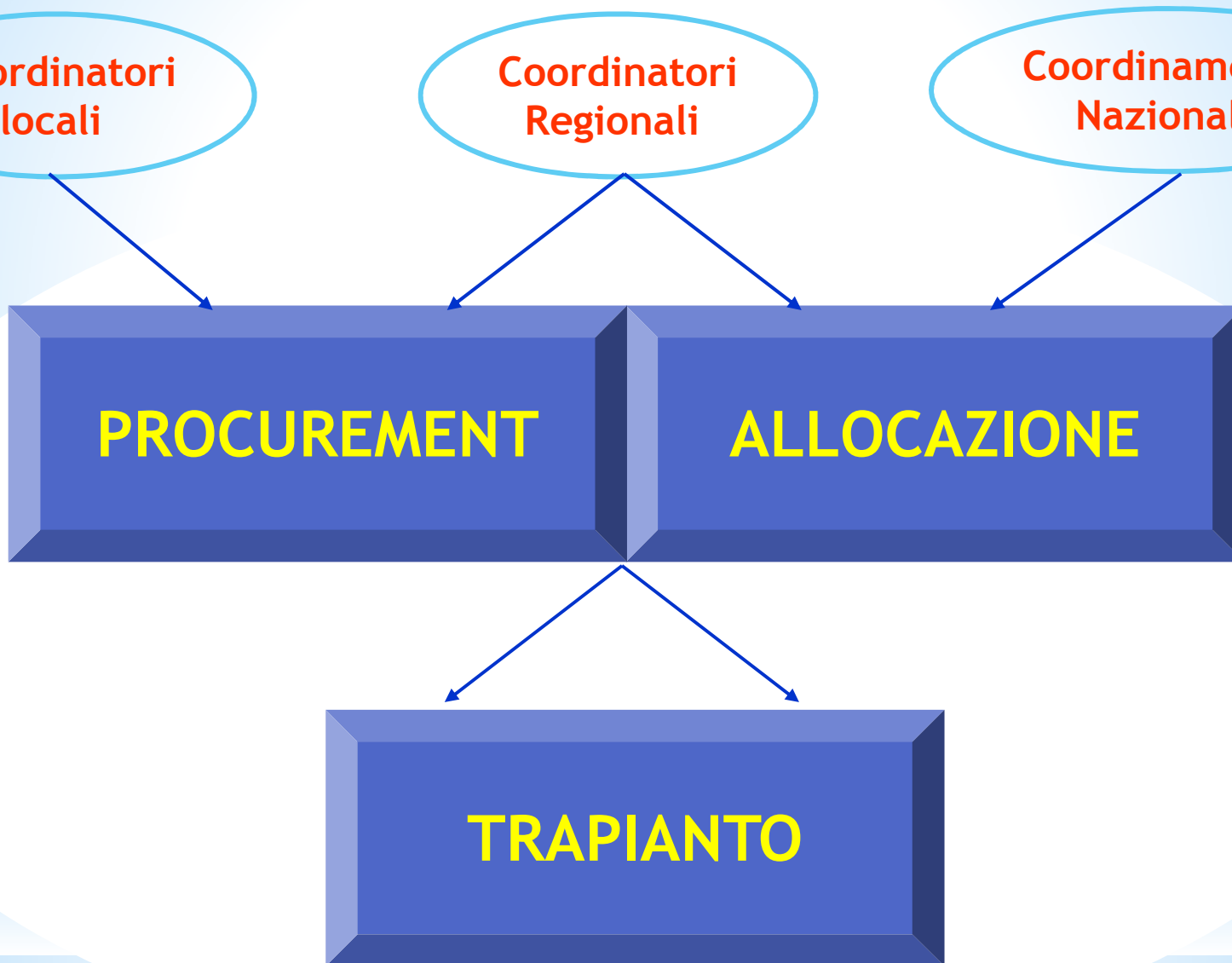
**Coordinatori
Regionali**

**Coordinamento
Nazionale**

PROCUREMENT

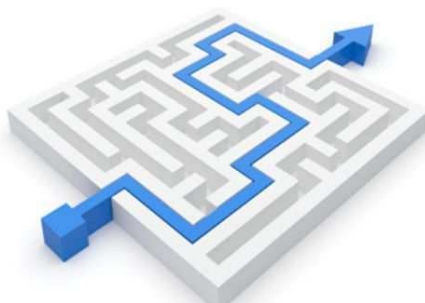
ALLOCAZIONE

TRAPIANTO

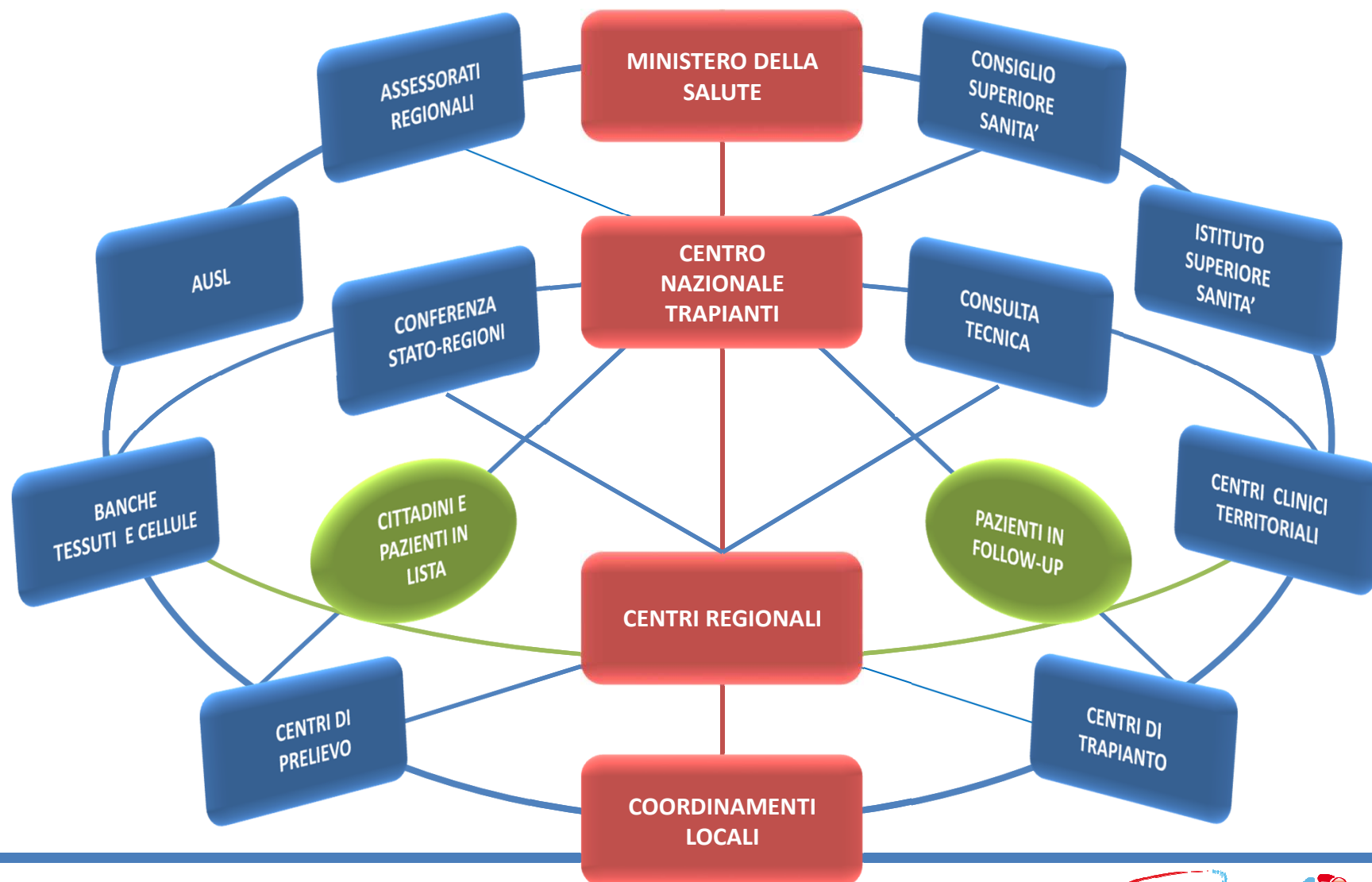


PRINCIPIO DI BASE

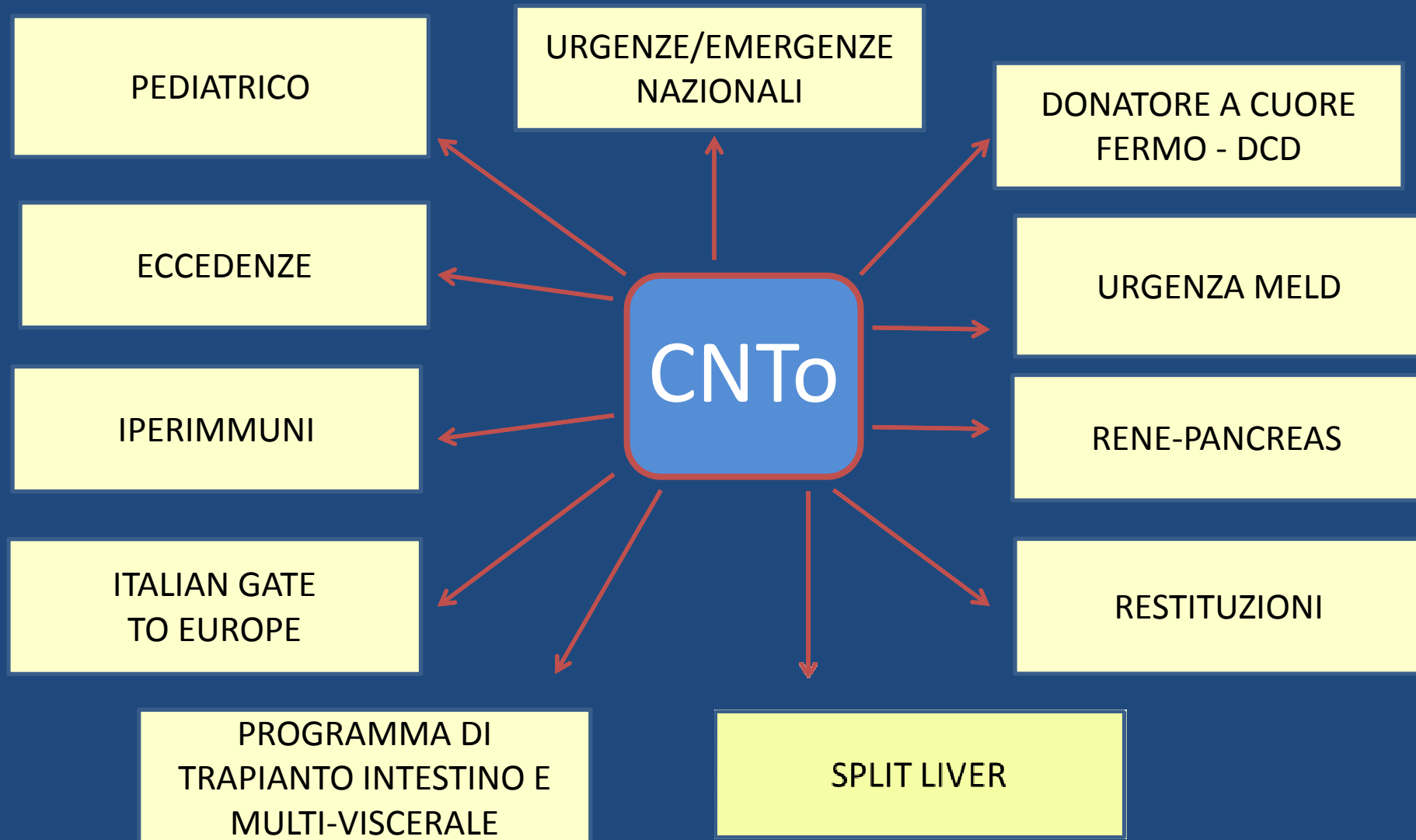
**Gli ORGANI RIMANGONO nella REGIONE
che PROCURA il DONATORE, DESTINATI
ai PROPRI CENTRI TRAPIANTO**



LA STRUTTURA DELLA RETE



PROGRAMMI NAZIONALI



Rete
Nazionale
Trapianti



Ministero della Salute

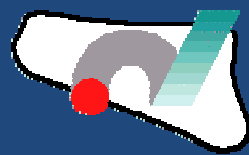


Centro Nazionale Trapianti

FLUSSO INFORMATIVO: scambio continuo di informazioni tra i CRT e il CNTo



COORDINAMENTO
LOCALE sede di
donazione



CRT sede di
donazione

CNTo



CRT titolari
Degli organi

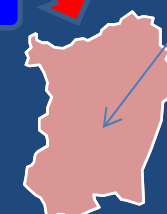
Urgenza



Restituz.



PNI



CENTRI
TRAPIANTI

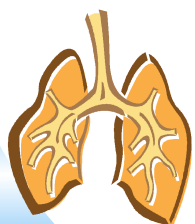


PROGRAMMA EMERGENZE NAZIONALI

Il primo organo disponibile in Italia viene offerto/allocato prioritariamente alla condizione di **URGENZA/EMERGENZA** segnalata al CNT Operativo. L'accesso al programma è limitato a dei criteri ben codificati:



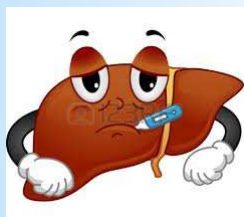
- 1. Paziente portatore di sistemi di assistenza di breve durata (inferiore a 1 mese), pompa centrifuga o ECMO;*
- 2. Paziente portatore di sistemi di assistenza di lunga durata; complicato;*
- 3. Paziente portatore di cuore artificiale totale, complicato;*
- 4. Paziente dipendente da: ventilazione meccanica + contropulsatore aortico + inotropi e.v. in infusione continua*



Il protocollo nazionale per le emergenze di polmone si propone di diminuire il tempo di attesa in lista dei pazienti più critici.

I pazienti arruolabili devono essere di età ≤ 50 anni, in assistenza respiratoria invasiva e/o con device extracorporeo vascolare ad esclusione del DECAP, già inseriti in lista di attesa per trapianto di polmone e ricoverati presso la terapia intensiva di un centro trapianti di polmone.

PROGRAMMA NAZIONALE SUPER URGENZE E URGENZE



- epatite fulminante

- a) l'insufficienza deve essere insorta a meno di 8 settimane dall'esordio della malattia epatica in fegato sano; associata ad encefalopatia di grado II, o superiore, con valori di attività protrombinica (non corretti) inferiori a 15%. La condizione di "non decerebrazione" deve essere documentata.
- b) Assenza di infezione da HIV eccetto i casi che rientrano nel protocollo nazionale HIV.
- c) Assenza di accertata tossicodipendenza nei sei mesi precedenti.

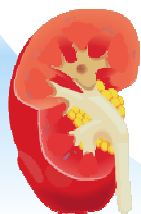
- *pnf (primary non function) entro 10 giorni dall'esecuzione del trapianto.*

- *epatectomia per trauma con perdita totale della funzione dell'organo.*

- *insufficienza acuta su morbo di Wilson.*

- *trombosi acuta dell'arteria epatica insorta entro 15 giorni dal trapianto.*

Protocollo operativo dal 12 marzo 2016



Per i pazienti con grave difficoltà ad eseguire qualsiasi trattamento dialitico per esaurimento degli accessi vascolari e per impossibilità ad eseguire dialisi peritoneale.

Protocollo operativo dal 7 maggio 2015

PROGRAMMA NAZIONALE: RESTITUZIONI

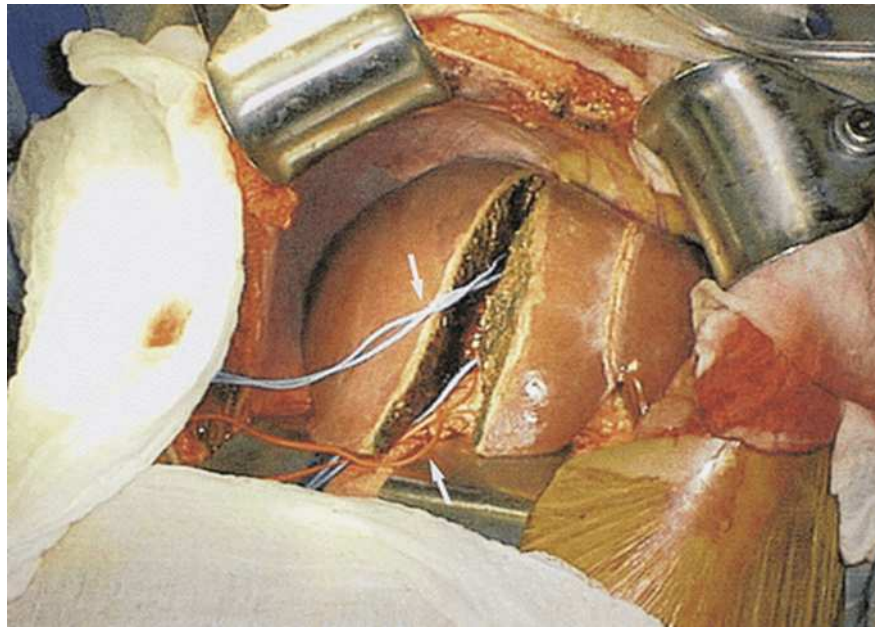
CRITERI GENERALI:

- ✓ Un organo ricevuto per i programmi nazionali di Emergenza/Urgenza, PNI, rene nel rene-pancreas, va restituito
- ✓ Non sono proponibili per la restituzione organi di donatori Pediatrici
- ✓ Non possono essere proposte in restituzione le Eccedenze

compensare

PROGRAMMA NAZIONALE SPLIT LIVER

Il programma nazionale di SPLIT LIVER (adulto-pediatrico) è
OBBLIGATORIO a livello nazionale. Tutti i donatori con:
età ≤ 50 anni
con rischio standard
sono offerti dal CNT Operativo per lo Split.



Protocollo SPLIT – LIVER – periodi a confronto

25/08/14 24/08/2015	SPLIT SN	SPLIT DX
OFFERTI	75	75
ACCETTATI	35	35
TRAPIANTATI	28	28

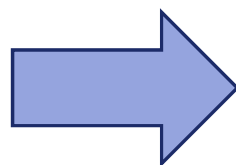
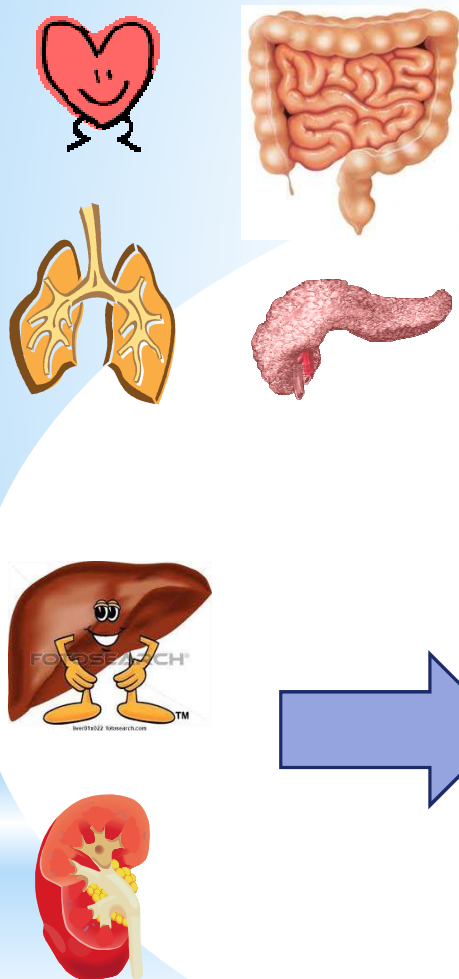
25/08/15 24/08/2016	SPLIT SN	SPLIT DX
OFFERTI	252	252
ACCETTATI	70	70
TRAPIANTATI	50	51

SPLIT SN	PRIMA	DOPO	INCREMENTO
OFFERTI	75	252	236 %
ACCETTATI	35	70	100 %
TRAPIANTATI	28	50	78,6 %

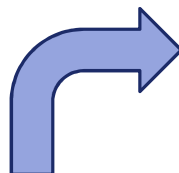
Impatto SPLIT – LIVER nella lista pediatrica

+68,7%
di trapianti pediatrici con tecnica
Split

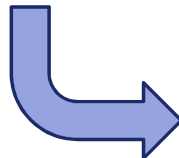
PROGRAMMI NAZIONALI: pediatrico



**ALLOCAZIONE SU STRISCIA, CON
PRIORITA' ALLA REGIONE E ALLA
MACROAREA DI APPARTENENZA**



ALGORITMO



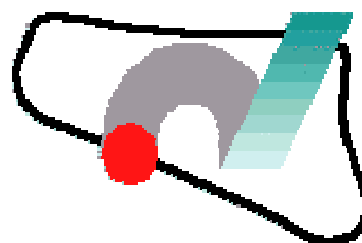
- STATUS
- PELD
- CLASSE PESO
- TEMPO DI ATTESA
- GRUPPO

- HLA
- RISCHIO IMMUNOLOGICO
- RAPPORTO PESO E ALTEZZA DON./RIC.
- PESO RICEVENTE
- GRUPPO



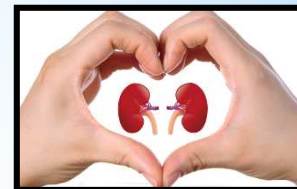
Transplant
Procurement
Management

L'ALLOCAZIONE IN EMILIA - ROMAGNA



**Centro
Riferimento
Trapianti
Emilia - Romagna**

Allocazione Rene – RER



BOLOGNA

MODENA

PARMA

**Allocazione
Regionale**

**Lista d'attesa
unica regionale**

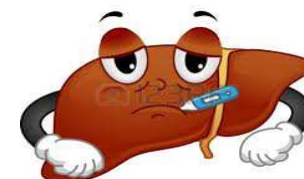
**Programma
Nazionale
IPERIMMUNI**

Criteri condivisi:

Identità/Compatibilità ABO
Compatibilità sistema HLA
Δ età Donatore/Ricevente
Tempo di attesa in lista
Tempo di dialisi

Trapianto di **FEGATO** in EMILIA-ROMAGNA (Bologna e Modena)

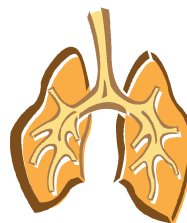
I fegati utilizzabili sono
allocati **prioritariamente**
alla



Lista Unica Regionale
pazienti ordinati in base al punteggio
MELD e ISO-SCORE

Allocazione Cuore/Polmone in RER

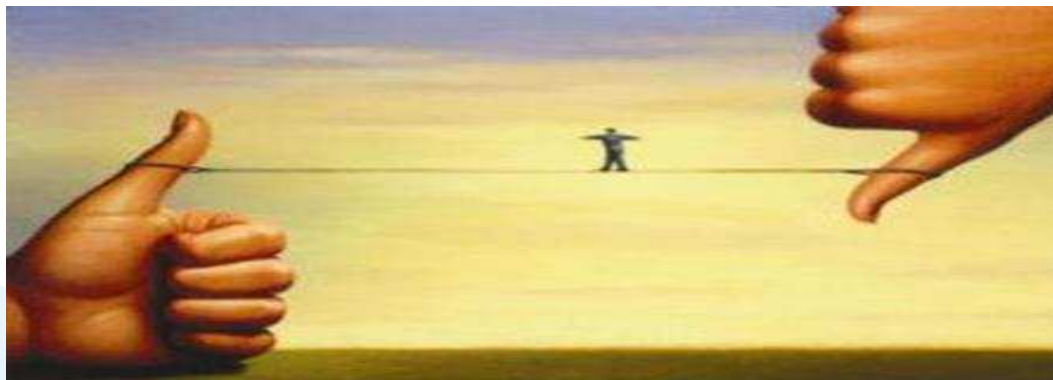
I cuori ed i polmoni utilizzabili sono allocati secondo un criterio di gravità, ma fortemente influenzato dalle caratteristiche antropometriche del donatore



ALLOCAZIONE ORGANI:

- criteri generali -

- **ETICA ed EQUITÀ'**
- **TRASPARENZA ed EFFICIENZA**
- **NECESSITÀ' e UTILITÀ'**



ETICA ed EQUITÀ'

SOLO un SISTEMA ETICAMENTE FORTE CONSOLIDA nella popolazione il CONSENSO ALLA DONAZIONE

SOLO un SISTEMA OGGETTIVAMENTE EQUO fa CRESCERE tra i PAZIENTI la FIDUCIA verso il sistema TRAPIANTI



TRASPARENZA ed EFFICIENZA

- LISTE D'ATTESA CON CRITERI NOTI**
- REGOLE DI ALLOCAZIONE EQUE, CONDIVISE, CONOSCIUTE**
- PUBBLICAZIONE ESITI TRAPIANTI**

TUTTI GLI ORGANI DISPONIBILI E IDONEI DEVONO ESSERE OFFERTI PER TRAPIANTO



NECESSITA' E UTILITA'

NELL'ALLOCAZIONE DEGLI ORGANI
SALVAVITA PREVALE IL PRINCIPIO DI
NECESSITA':

LA GRAVITA' DEL PAZIENTE



NELL'ALLOCAZIONE DEGLI ORGANI
NON SALVAVITA PREVALE IL PRINCIPIO
DI UTILITA':

PAZIENTE CUI SI PRESUME MASSIMA LA
SOPRAVVIVENZA DELL'ORGANO



CONCLUSIONI

L'obiettivo ultimo di ogni processo allocativo è quello di fare in modo che ogni organo donato venga trapiantato al **ricevente più compatibile/grave/idoneo** iscritto in lista d'attesa, adottando ogni azione utile a garantirne

la **sicurezza** e la **qualità**

Grazie per l'attenzione

