

Organizzazione del procurement in Ospedale: punti critici e proposte di miglioramento

Giuseppe Bozzi

Annarosa Saviozzi

Sezione di Medicina della Donazione
Organi e Tessuti e Coordinamento Locale,
Ospedale Universitario, Pisa

Riassunto

Il diverso approccio alle attuali tematiche correlate con la donazione di organi e tessuti, finalizzate al miglioramento del procurement, hanno indotto gli studiosi dei processi e degli aspetti clinico-epidemiologici specifici a definire un "corpus" scientifico che avesse la connotazione di una nuova disciplina medica, definita appunto "Medicina della Donazione di Organi e Tessuti per trapianto". L'assunto di base di questa nuova branca medica è che la donazione non si riceve ma si costruisce mediante l'integrazione coordinata dei diversi ambiti di competenza professionale connessi con lo studio delle problematiche cliniche, organizzative, relazionali, epidemiologiche e di gestione del rischio, nel contesto della donazione di organi e tessuti. Presso l'Ospedale Universitario di Pisa è attiva una Sezione di medicina della Donazione dal 2003.

Parole chiave: *medicina della donazione, donazione di organi e tessuti, management, rifiuto della famiglia, morte cerebrale.*

Summary

The ever challenging issues correlated with organ and tissue donation and procurement have led many health care professionals to plea for the introduction of a novel medical discipline: procurement medicine. The basic assumption of procurement medicine is that con-

sent to donation is not simply obtained by donors' family members, but it is achieved through coordinated integration of different phases and activities. Procurement medicine is the discipline dealing with and studying the clinical, organizational, and epidemiological issues related to organ and tissue donation and procurement. At the University of Pisa Medical School Hospital a procurement medicine unit was instituted in 2003.

Key words: *procurement medicine, organ and tissue procurement, management, family refusal, brain-death.*

Introduzione

È opinione condivisa che il procurement, inteso come insieme di procedure e modalità organizzative finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo, inizi con l'individuazione del potenziale donatore e termini con il prelievo degli organi e/o dei tessuti. Ciò era particolarmente vero prima della Legge 91/99¹, quando il procurement si svolgeva in modo debolmente organizzato, oppure negli anni immediatamente successivi allorché l'impegno era principalmente rivolto su una delle fasi del processo della donazione: la relazione d'aiuto ai familiari del potenziale donatore. Questo approccio, per fasi, al processo della donazione si era reso necessario poiché il Coordinatore Locale era titolare di una funzione individuale con compiti prevalentemente operativi. Alcuni correttivi, a carattere organizzativo, vennero dalla Conferenza Stato-Regioni 21 marzo 2002² grazie alla quale andarono a definirsi alcune costituenti utili al coordinamento come ad esempio l'individuazione, in determinati ospedali, di

strutture di coordinamento permanente, la professionalità infermieristica, il monitoraggio dei potenziali donatori, l'organizzazione del procurement dei tessuti, nonché l'attribuzione di risorse finalizzate. Per i restanti ospedali si dava indicazione "per un coordinamento di area per permettere a più ospedali di utilizzare un unico servizio centralizzato".

Il Coordinamento in attuazione della Medicina della Donazione di organi e tessuti

Eravamo quindi passati da una *Funzione Individuale* ad una *Struttura di Coordinamento* con mansioni non solo operative ma anche e soprattutto organizzative. Oltre alle strutture dedicate alle attività di donazione venivano individuati gli assi portanti dell'organizzazione del procurement e si delimitavano gli ambiti professionali fondamentali per lo svolgimento dell'attività in modo globale e scientifico in un'ottica di Medicina della donazione di Organi e Tessuti³. È in questo quadro che si poterono adottare equivalenti criteri e analoghi strumenti di lavoro, in una prospettiva di miglioramento e di innovazione, passando anche attraverso l'analisi delle criticità e l'individuazione di soluzioni organizzative durature e con i caratteri di oggettività e scientificità. Dovevamo anche ripensare il precedente metodo di approccio al percorso donativo che, come abbiamo detto in premessa, non considerava la forte integrazione tra le fasi. Dovevamo adattarci all'idea che il processo della donazione comincia molto prima dell'individuazione del potenziale donatore e che il percorso viene costruito a partire dall'analisi delle risorse e del contesto operativo. L'obiettivo non poteva più essere quello di potenziare singolarmente le pur fondamentali fasi del consenso e dell'individuazione ma quello di puntare sulla programmazione dell'organizzazione della donazione in modo globale. Partendo dalla valutazione del potenziale donativo di ogni singola Azienda Sanitaria e di ogni Rianimazione si dovevano progettare e definire percorsi mirati e procedure specifiche così da deter-

minare cambiamenti concreti nell'organizzazione preesistente e nelle pratiche degli operatori sanitari^{4,5}. Dovevamo considerare sempre di più e meglio il procurement di tessuti che, pur comportando uno sforzo organizzativo assai impegnativo, è il terreno più adatto per l'addestramento del Coordinamento all'osservazione costante dei percorsi e delle procedure⁶.

Gli strumenti di gestione e controllo del processo donativo

Dovendoci muovere in quest'ottica gli strumenti essenziali sono, per tutti, il monitoraggio e l'identificazione e calcolo di indicatori di fase, di processo, di performance^{7,8}. Lo sforzo clinico-organizzativo che tutt'oggi impegna i Coordinamenti è quello di realizzare e rendere operativi strumenti di monitoraggio e controllo utili a ridurre al minimo il fenomeno dei "donatori silenti" cioè quei decessi con lesione cerebrale in UTI che avrebbero dovuto essere individuati, segnalati, accertati e valutati quali potenziali donatori di organi e tessuti⁹. Altro aspetto che il Coordinamento deve curare con particolare attenzione è quello connesso con la sicurezza e gestione del rischio clinico nel percorso donativo. Il Coordinamento Locale, specie nella sua componente infermieristica, si trova a svolgere una funzione di verifica non solo in modo usuale ma anche in modo innovativo. Infatti attraverso gli strumenti di monitoraggio si possono rilevare una serie di carenze quali: la mancata individuazione del potenziale donatore, la non corretta gestione del soggetto in morte encefalica, l'impossibilità all'accertamento morte, o problemi tecnico-clinico-organizzativi durante lo svolgimento del percorso. Queste situazioni, se verificate, possono essere considerate *eventi avversi* in quanto sono in grado di creare un danno ai pazienti in lista di attesa¹⁰. Altrettanto innovativo deve essere l'approccio alla verifica della non opposizione alla donazione, da parte dei familiari, che anche in questo caso deve utilizzare un metodo scientifico che scaturisca dall'analisi retrospettiva della qualità dei colloqui così

da lasciare sempre meno spazio alla estemporaneità^{11,12}. Inoltre, il cosiddetto colloquio coi familiari è a tutti gli effetti un atto sanitario durante il quale vengono raccolti dati cinico-anamnestici che, in ipotesi, potrebbero far variare il livello di rischio del potenziale donatore. A questo proposito la nostra esperienza orienta verso il ricorso a personale sanitario specifico (medico o infermiere) con documentata competenza in modo da ottimizzare sia il dato delle opposizioni che l'accuratezza della raccolta dell'anamnesi.

Conclusioni

Da quanto sopra espresso emerge con sufficiente chiarezza che l'attività di coordinamento si configura come l'esercizio di una disciplina medica che studia, in modo globale e integrato, tutte le tematiche cliniche, organizzative, gestionali, statistico-epidemiologiche e relazionali, connesse con l'attività di donazione di organi e tessuti. Riteniamo, quindi, che operare esternamente al contesto di Medicina della Donazione significhi cristallizzare l'attività di procurement su tentativi parziali, intrapresi soprattutto per risolvere in modo approssimativo problemi che invece necessitano di un approfondimento organizzativo e l'utilizzo di strumenti e criteri obiettivi e scientifici. •

INDIRIZZO PER LA CORRISPONDENZA

Giuseppe Bozzi
Sezione di Medicina della Donazione
Organi e Tessuti
e Coordinamento Locale
Ospedale Universitario di Pisa
Via Paradisa, 2
56124 Pisa
Fax 050 99 57 22
E-mail: g.bozzi@ao-pisa.toscana.it

Bibliografia

1. Legge 1° aprile 1999, n. 91 "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 15 aprile 1999.
2. Conferenza Stato-Regioni 21 marzo 2002 "Linee Guida per Uniformare le attività di Coordinamento in ordine al reperimento di organi e tessuti in ambito nazionale" 3.1,a,b, c.d - Repertorio Atti n. 1414 del 21 marzo 2002.
3. Bozzi G, Saviozzi A. La Medicina della Donazione di Organi e Tessuti per Trapianto: criteri e strumenti per esercitarla. Dalla relazione al II Congresso Società Italiana per la Sicurezza e Qualità nei Trapianti (SISQT) - Napoli 14 maggio 2010.
<http://donazioneorganietessuti.weebly.com/medicina-della-donazione.html>
4. Bozzi G, Saviozzi A, De Simone P, Filipponi F. The quality assurance program of organ donation in Tuscany. *Transplant Proc* 2008; 40: 16-17.
5. Matesanz R, Bozzi G, Saviozzi A, et al. How to evaluate organ donation: the quality programme in Tuscany. *EDTNA ERCA J* 2004; 30: 38-41.
6. Saviozzi A, Bozzi G, De Simone P, Filipponi F. Efficiency of the tissue procurement process: what evaluation tools? *Transplant Proc* 2010; 42: 2195-6. Pub Med PMID: 20692442.
7. Saviozzi A, Bozzi G. Ruolo del coordinatore nell'identificazione. In: Pintaudi S, Rizzato L (eds). *Il neuroleso grave. Aspetti clinico-assistenziali e organizzativi*. Heidelberg: Springer, 2010, Parte V.
8. Saviozzi A, Bozzi G, De Simone P, Filipponi F. The epidemiology of brain death in Tuscany: is there need for novel indicators? *Transplant Proc* 2009; 41: 1090-1.
9. Procaccio F, Rizzato L, Ricci A, Venettoni S, Nanni Costa A. Do 'silent' brain deaths affect potential organ donation? *Transplant Proc* 2010; 42: 2190-1.
10. Saviozzi A. The role of nurses in the risk management of organ and tissue donation. *Transplant Proc* 2010; 42: 2200-1.
11. De Moraes EL, Massarollo MC. Family refusal to donate organs and tissue for transplantation. *Rev Lat Am Enfermagem* 2008; 16: 458-64.
12. Saviozzi A, Bozzi G, De Simone P, Filipponi F. Refusal to donate after brain death. *Transplant Proc* 2011; 43: 280-1.