

La figura del Coordinatore Locale al prelievo nel sistema italiano: ruolo e funzioni

Sante Venettoni, Angelo Ghirardini, Paola Di Ciaccio, Alessandro Nanni Costa.

Centro Nazionale per i Trapianti – Istituto Superiore di Sanità - Roma

Introduzione

L'incremento delle attività di trapianto di organi e tessuti rappresenta uno dei principali obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale. Per raggiungerlo è necessario sostenere e promuovere la donazione che attualmente rappresenta la principale fonte utilizzabile per soddisfare, almeno in parte, le necessità dei pazienti in lista di attesa.

Al momento però, oltre ai vari programmi di sviluppo finalizzati all'aumento delle donazioni, è necessario ottimizzare l'utilizzo degli organi disponibili. L'esigenza di adottare e rispettare procedure operative codificate ed efficienti che possano assicurare un fluido e produttivo svolgimento del processo "donazione-prelievo-trapianto" rappresenta pertanto presupposto imprescindibile. La non puntualità, il mancato rispetto dei protocolli operativi, la scarsa collaborazione di quanti partecipano all'evento, possono mandare in crisi il sistema, procurando, a volte, anche la perdita del donatore.

Negli ultimi anni, in tutti i Paesi, abbiamo assistito ad un progressivo aumento del numero di organi prelevati da donatori cadaveri. Questo dato è stato riscontrato anche in Italia dove, dal 1992 all'anno 2000, con l'istituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità del registro nazionale per le attività di prelievo e trapianto, è stato possibile monitorare nel tempo l'andamento delle attività su tutto il territorio nazionale. L'osservazione di tale periodo ha dimostrato un progressivo e costante aumento sia delle donazioni sia dei trapianti.

Il cospicuo incremento ha fatto sì che il nostro Paese è passato da 329 donatori utilizzati nell'anno 1992 (5,8 p.m.p.), a 821 donatori nell'anno 2000 (14,2 p.m.p.) con un incremento del 149,5% in 9 anni. Questo risultato attualmente non solo colloca la nostra nazione sulla media europea ma se raffrontato con le altre maggiori nazioni dell'unione, ci vede davanti a Paesi con sistemi sanitari evoluti quali il Regno Unito, la Germania, la Svizzera e l'Olanda.

Tuttavia nonostante il trend positivo registrato in questi anni, il numero di donatori utilizzati, almeno in Italia, soddisfa attualmente appena il 30% della domanda. Anche se, è doveroso ricordarlo, gran parte delle regioni dell'Italia settentrionale hanno da tempo raggiunto e superato la media europea.

Molte sono state le iniziative adottate per incrementare il più possibile le attività di trapianto, (progressivo aumento nell'utilizzo di donatori anziani, tecniche di divisione del *graft*, prelievo da donatore vivente, sensibilizzazione degli operatori sanitari, coinvolgimento diretto dei presidi ospedalieri locali e delle Istituzioni, sensibilizzazione della popolazione, etc.). Si tratta certamente di iniziative di grande spessore tecnico da un lato, e di grande mobilitazione e sensibilizzazione sociale dall'altro, ma da sole non potranno colmare il *gap* che si è creato tra numero di donatori necessari (30-35 p.m.p.) e numero di donatori effettivi (15,2 p.m.p.).

Questo è un dato comune in molte regioni e non è sufficiente, da nessuna parte, a coprire il numero di pazienti che viene di anno in anno inserito nelle liste di attesa. Pertanto la inadeguata disponibilità di donatori cadaveri costituisce il principale fattore limitante l'ulteriore sviluppo di questa pratica terapeutica.

E' doveroso quindi chiedersi quali siano le cause che possono impedire o ostacolare una risposta sanitaria adeguata alle necessità.

Stato dell'arte

Ferma restando la necessità di una maggiore coscienza e consapevolezza della comunità, sull'importanza sociale, assistenziale e morale nello scegliere di essere donatori, che appare come punto imprescindibile per il potenziale miglioramento degli attuali livelli di attività, ma che riguarda tuttavia il panorama di ciò che potrebbe essere ma che ancora non è.

Nella realtà nella quale ci troviamo oggi ad operare, il percorso che conduce al prelievo degli organi e quindi ai successivi trapianti, presenta diversi punti critici, tra i cui l'identificazione precoce del donatore che, vale la pena ricordarlo, è un soggetto ricoverato in rianimazione per una lesione cerebrale, in cui la morte viene diagnosticata e certificata in base alla legge n.578 del 1993⁽¹⁾ e al DM n. 582 del 22 agosto 1994⁽²⁾ e il *management* stesso del potenziale donatore, sono quelli che destano maggiori preoccupazioni. In questo senso una delle principali strategie adottate per migliorare sia l'individuazione di tutti i potenziali donatori, sia la gestione operativa dello stesso è rappresentata dall'introduzione di una nuova figura professionale, il "Coordinatore Locale".

La Legge n.91 del 1 aprile 1999 (articolo 12), istituisce la figura del Coordinatore locale, nominato per cinque anni tra i medici dell'Azienda che abbiano maturato esperienza nel settore dei trapianti.⁽³⁾ Si tratta quindi di una figura professionale che dovrebbe conoscere la realtà operativa della propria struttura.

Per meglio comprendere il ruolo e le competenze di questa nuova figura professionale all'interno del percorso che attraverso al prelievo degli organi, conduce al trapianto, è necessario rispondere a tre quesiti fondamentali:

- Chi è il Coordinatore locale?
- Dove opera?
- Cosa fa?

In realtà ci sarebbe anche un quarto quesito "come fa", la cui risposta è soprattutto un parametro di valutazione e verifica del proprio operato.

Chi è il Coordinatore?

La legge n.91 del 1 aprile 1999 non indica specifici titoli di studio per i Coordinatori locali, ma dispone che deve essere scelto tra i medici dell'Azienda che abbiano maturato esperienza nel settore dei trapianti. Ciò premesso, il riferimento alla figura di un medico è molto preciso pertanto da ciò non si può prescindere. Quindi deve innanzitutto essere un medico esperto, meglio se con una immagine considerata positiva nel suo ambito di lavoro, che abbia piena conoscenza delle unità potenzialmente generatrici il donatore e di tutte le fasi operative del processo a cui egli stesso dovrà partecipare. Animato da una forte motivazione professionale e gratificato per il lavoro che svolge. Deve possedere delle grandi capacità relazionali, fondamentali nei colloqui con i famigliari dei potenziali donatori e con le altre figure professionali con le quali si troverà ad interagire nello svolgimento del proprio lavoro. Essendo inoltre il punto di riferimento della struttura dove l'attività si svolge, quindi il terminale di tutte le problematiche che si possono presentare, deve essere presente, collaborativo e soprattutto risolutivo (*nessun coordinamento è semplice come sembra e il tempo necessario per coordinare un potenziale donatore è sempre superiore a quanto si pensi*).

In definitiva il coordinatore locale è il responsabile unico a livello ospedaliero e deve garantire non solo l'efficienza in ogni fase di svolgimento del processo, ma anche un'adeguata e qualificata assistenza clinica al potenziale donatore al fine di mantenere nelle migliori condizioni possibili gli organi da prelevare.

E' evidente che per il ruolo e per i compiti cui è chiamato a svolgere, il professionista responsabile del *procurement*, rappresenta uno dei punti cruciali dell'intero percorso "donazione-prelievo-trapianto".

L'impiego quindi di una figura dedicata *full-time* alla gestione clinica del donatore da una parte, e alla pianificazione, all'organizzazione e al funzionamento del coordinamento locale dall'altra, pur non essendo una pregiudiziale, è presupposto indispensabile per una valida ed efficiente impalcatura organizzativa.

Dal punto di vista formale, il coordinatore locale viene nominato dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria, sentito il parere del Coordinatore Regionale, mediante apposito atto deliberativo. Il coordinatore locale, nell'esercizio delle proprie funzioni, dipende dalla Direzione Medica dell'Azienda in cui svolge la propria funzione e opera in stretta collaborazione con il Centro Regionale.

Dove opera?

Il Coordinatore Locale, lo dice la parola stessa, svolge la propria attività all'interno dell'Azienda ospedaliera. Tuttavia in alcune realtà territoriali a bassa densità di popolazione e con pochi presidi ospedalieri, può essere previsto un unico coordinatore inter-Aziendale ovvero "Coordinatore di Area" che consente di utilizzare un unico servizio comune a diversi ospedali. Per indicare la collocazione del coordinatore è necessario individuare le aree di azione.

La rete di coordinamento nella sua interezza abbraccia due principali settori. L'area cosiddetta di reperimento, argomento di riferimento di questo articolo, e l'area di allocazione. Il Coordinatore locale opera esclusivamente, almeno nella grande maggioranza dei casi, nell'area così detta di reperimento (*procurement*). Di conseguenza le rianimazioni, i reparti di neurotraumatologia e le strutture intensive in generale, sono abitualmente terreno di azione del Coordinatore locale. Non bisogna tuttavia tralasciare gli altri reparti del presidio ospedaliero, poiché possono generare donatori di tessuti.

All'interno di un ospedale il Coordinatore si troverà ad interagire con diversi specialisti appartenenti a differenti reparti: è necessario quindi instaurare con essi un rapporto collaborativo e di condivisione delle tematiche.

Cosa fa?

Diversi e importanti sono i compiti e le funzioni affidate al Coordinatore Locale e proprio la complessità del ruolo fa sì che l'identificazione di tale figura deve essere adattata alla realtà territoriale e strutturale in cui esso opera, la quale può risultare diversa tra le varie Aziende Sanitarie. In riferimento all'art. 12 della legge n. 91 del 1 aprile 1999, al Coordinatore Locale sono istituzionalmente affidati i seguenti compiti:

- a) assicurare l'immediata comunicazione dei dati relativi il donatore, tramite il sistema informativo dei trapianti, al Centro regionale o interregionale competente ed al Centro nazionale al fine dell'assegnazione degli organi;
- b) coordinare gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo;
- c) curare i rapporti con le famiglie dei donatori;
- d) organizzare attività di informazione, di educazione e di crescita culturale della popolazione in materia di trapianti nel territorio di competenza.

Ciò premesso, se si vuole valorizzare la funzione di questa nuova figura professionale anche per giustificare il ruolo che veramente gli compete, è necessario dare una interpretazione più articolata e complessa della normativa.

La Spagna che per numero di donatori effettivi (33,9 p.m.p. nel 2000) è il modello di riferimento a livello mondiale, ha affidato alla figura del Coordinatore locale la responsabilità totale del *procurement* e i risultati hanno dato ragione a questa scelta⁽⁴⁾.

In effetti chi meglio di un operatore sanitario locale può conoscere limiti e pregi della struttura dove lavora? Tuttavia, a questo requisito deve seguire inevitabilmente una conoscenza del processo globale che conduce al trapianto, quindi: il funzionamento delle unità potenzialmente generatrici di donatori, i servizi interni ed esterni che partecipano al processo e il personale referente per ogni fase del percorso.

A questo punto se si è d'accordo su questi concetti, individuare il reale ruolo del Coordinatore locale non è difficile. Ci sono tuttavia alcuni atteggiamenti comportamentali che un buon coordinatore deve possedere come bagaglio formativo professionale e umano.

Come regola principale il Coordinatore Locale ha l'obbligo di considerare sempre e comunque la possibilità che tutti i soggetti che si trovano nelle condizioni di morte encefalica, possono essere potenzialmente donatori di organi e tessuti, senza alcuna limitazione riferibile all'età anagrafica o ad altre controindicazioni cliniche. Semmai sarà bene consultarsi sempre con il proprio Centro Regionale prima di prendere qualsiasi iniziativa che porti all'esclusione di un donatore (*la valutazione di idoneità e di accettazione di un organo sono demandate alle strutture di trapianto*).

Bisogna inoltre tenere presente la possibilità di un prelievo multiorgano, senza tuttavia scartare, per i soggetti in età avanzata, la possibilità di un prelievo anche mono-organo. L'esperienza degli ultimi anni dimostra che il fegato è frequentemente idoneo al prelievo anche da soggetti ultra ottantenni, tipico caso di prelievo mono-organo.

Dimostrarsi sempre e comunque disponibili senza mai apparire invadenti, assumendo un atteggiamento di assoluto rispetto per il lavoro degli altri ma al tempo stesso risolutivo verso quelle situazioni che frequentemente sembrano di difficile soluzione (*se durante un coordinamento le cose procedono bene, sicuramente qualche problema comparirà prima che sia tutto finito*).

Individuate queste prime regole, per migliorare la ricerca di tutti i potenziali donatori, è auspicabile che al Coordinatore locale vada demandata l'indicazione di percorsi ideali interni alla struttura, a cui indirizzare i servizi di emergenza deputati al primo soccorso dei neurolesi. Ciò gli permetterebbe di avere in tempo reale sia la conoscenza dei soggetti che potenzialmente potrebbero diventare donatori, sia la loro esatta collocazione all'interno dell'Ospedale. Sarà poi compito suo attuare strategie per il monitoraggio del traumatizzato attraverso l'assiduo controllo del decorso clinico. A questo proposito, la collaborazione con la Direzione Sanitaria e i servizi di diagnostica strumentale (neuroradiologia, TAC) può essere utile per istituire un registro di neurolesi dei quali quotidianamente seguirne l'evoluzione clinica. Altrettanto utile si può rivelare la possibilità di accedere al controllo dei decessi verificatisi nei vari reparti durante la notte precedente, al fine di individuare tutti i potenziali donatori di soli tessuti.

Deve pertanto predisporre e attivare strumenti informativi, in collaborazione con il Centro regionale o/e le associazioni di volontariato, per diffondere tra gli operatori sanitari locali la conoscenza degli aspetti clinici, tecnici e normativi del prelievo e del trapianto di organi e tessuti, al fine di favorire, nel rispetto delle convinzioni personali, una maggiore presa di coscienza sulla donazione e il trapianto.

Deve adottare nell'ospedale protocolli operativi e codici comportamentali diretti ad assicurare un fluido e trasparente svolgimento delle procedure operative sia per l'attivazione del collegio medico per l'accertamento e la certificazione di morte, sia delle sale operatorie per il successivo prelievo di organi, nonché iniziative dirette a sostenere le famiglie dei donatori nelle loro esigenze di informazione e assistenza (restituzione della salma, luogo di esposizione e previsione delle esequie).

Deve soprattutto favorire, attraverso la sensibilizzazione di ogni figura professionale coinvolta nel processo, la massima collaborazione dei laboratori deputati all'esecuzione degli esami ematochimici e strumentali necessari ad una prima valutazione del donatore, nonché la disponibilità dei servizi di anatomia patologica indispensabili in alcuni casi di dubbia interpretazione clinica.

Deve quindi segnalare tempestivamente (dopo la diagnosi di morte encefalica) al proprio Centro Regionale di Riferimento la presenza del potenziale donatore fornendo tutte le informazioni disponibili in quel momento, necessarie per una prima valutazione del donatore (*al momento della segnalazione è fondamentale avere almeno il gruppo sanguigno del donatore, l'età, la causa di morte, i dati antropometrici e i dati emodinamici*).

Deve poi comunicare ai sensi dell'art. 23 della legge 1 aprile 1999 n° 91, all'avente diritto che il proprio congiunto, per il quale è in corso l'accertamento di morte, è stato riconosciuto quale potenziale donatore di organi (*generalmente il colloquio avviene dopo il primo tracciato valido ai fini dell'accertamento*) e comunicare, a procedura avviata, al proprio Centro regionale, l'ora di fine accertamento di morte e quindi l'ora del possibile prelievo.

A tale proposito, per i soggetti che sono a disposizione dell'Autorità Giudiziaria, deve richiedere attraverso la Direzione Sanitaria, l'autorizzazione a procedere al Magistrato di turno.

Deve quindi predisporre quanto necessario per il buon funzionamento degli aspetti logistici quali il prelievo e l'invio al proprio Centro Regionale, di linfonodi e/o sangue (secondo la metodica richiesta dal CRR) per la tipizzazione tissutale del donatore e i relativi cross-match con i riceventi;

Deve infine acquisire i verbali di prelievo e trasmetterli alla propria Direzione Sanitaria e attraverso questa accertarsi che siano adeguatamente classificati e archiviati in maniera da poterne disporre qualora si rendesse necessario.

In definitiva il Coordinatore locale, non solo nella fase operativa ma in tutto il percorso che conduce al trapianto, si ritrova ad essere il principale interlocutore e punto di riferimento per i famigliari del donatore, per il Centro regionale di coordinamento e per i gruppi chirurgici di prelievo che, in sede, dovranno essere adeguatamente assistiti (eventuale ulteriore diagnostica, logistica etc.). Da ciò la necessità di affidare questo ruolo ad un professionista capace e preparato.

La capacità e la preparazione professionale sono requisiti fondamentali soprattutto perché il coordinatore locale potrebbe trovarsi direttamente coinvolto nella gestione clinica del donatore che implica spesso una terapia intensiva cardiorespiratoria rivolta non più al contenimento dell'ipertensione endocranica e dei danni cerebrali, ma al mantenimento di una adeguata perfusione sistemica del donatore.

Pertanto il coordinatore deve essere capace di monitorare e valutare le principali funzioni vitali che generalmente consentono di mantenere, sino al prelievo, nelle migliori condizioni possibili gli organi da prelevare.⁽⁵⁾

Tra queste vanno sicuramente ricordate:

- il monitoraggio emodinamico che comprende il controllo cruento della pressione arteriosa sistemica; il controllo della pressione venosa centrale (CVP) e quando necessario le pressioni polmonari (PAP); la pressione di incuneamento (PAWP) e, attraverso il posizionamento del catetere di Swan Ganz, la gittata cardiaca (CO). Se disponibile è consigliabile effettuare anche il monitoraggio volumetrico (COLD/PiCCO) che consente una misurazione attendibile della quota di acqua polmonare extravascolare.
- Il monitoraggio della funzione respiratoria che, attraverso l'esecuzione di ripetute emogasanalisi (EGA) e valutazioni dell'equilibrio acido-base (EAB), consentono di osservare ed eventualmente correggere i parametri ventilatori ed ossigenativi.

- Il monitoraggio della diuresi che è necessario per trattare eventuali alterazioni del bilancio idrico (oliguria, diabete insipido, anuria).
- Il monitoraggio della temperatura corporea che viene generalmente effettuata tramite sonde termometriche poste in faringe o nel retto, o attraverso un catetere in arteria polmonare per la rilevazione della temperatura centrale.
- Il monitoraggio metabolico attraverso la ripetizione di esami ematochimici (test coagulativi, emocromo, elettroliti, glicemia, etc.)

Non bisogna dimenticare che nel soggetto in morte cerebrale possono verificarsi alterazioni dell'omeostasi (ipotensione arteriosa, ipossiemia, aritmie cardiache, alterazioni endocrino-metaboliche etc.) che devono assolutamente essere contrastate al fine di garantire la buona funzionalità degli organi da prelevare⁽⁶⁾. Tra esse particolarmente frequenti sono gli episodi di instabilità emodinamica (ipotensione), la cui gravità dipende sia dal meccanismo di morte cerebrale, sia dai trattamenti terapeutici praticati.

L'ipotensione arteriosa è spesso dovuta alla perdita di tono vasomotorio e all'ipovolemia. Quest'ultima si instaura perché nei soggetti in morte cerebrale, nel tentativo di contrastare l'edema cerebrale della fase iniziale, viene praticata terapia antiedemigena con diuretici osmotici o dell'ansa, è quindi indispensabile il rimpiazzo volêmico con infusioni di emazia concentrate, plasma, albumina umana, cristalloidi etc.

Per finire, è buona regola incannulare sempre almeno due vene periferiche di grosso calibro, proteggere sistematicamente i bulbi oculari e provvedere alla manutenzione asettica sia del tubo orotracheale, sia del catetere vescicale al fine di prevenire eventuali fonti di infezioni.

Strategie di attuazione

Le funzioni sopra individuate, se svolte con rigore, motivazione e capacità professionale, garantiscono un buon livello di efficienza sia nella gestione clinica del donatore, sia nello svolgimento di tutto il processo. E' fondamentale però scegliere la persona giusta che abbia non solo piena consapevolezza del ruolo, ma anche il carisma e l'entusiasmo per poterlo assolvere.

L'individuazione quindi di personale qualificato e motivato che abbia una buona conoscenza sia delle unità potenzialmente generatrici il donatore, sia delle fasi del processo di donazione (cliniche, normative e logistiche), per il quale predisporre anche periodicamente momenti di formazione e aggiornamento professionale, è requisito fondamentale nella progettazione di un coordinamento locale⁽⁷⁾.

Altrettanto importante è diffondere le modalità di localizzazione dell'equipe di coordinamento (nucleo operativo) a tutto il personale sanitario dell'ospedale che, insieme alla predisposizione di protocolli operativi semplici ma efficaci tra i vari servizi dell'ospedale con competenze tecnico-professionali di natura specialistica, rappresentano il primo *target* di una buona struttura di coordinamento ospedaliero.

E' evidente che l'individuazione e assegnazione di una sede, anche una stanza, nella stessa rianimazione purché chiaramente individuata e dotata del minimo indispensabile in termini di attrezzature (Personal Computer, telefono e fax) dove trovare sempre qualcuno del nucleo operativo con poteri gestionali nei rapporti con tutti gli interlocutori del processo, rappresenta il secondo punto nella costruzione dell'impalcature organizzativa.

Conclusioni

Non esistono in questa disciplina formule determinate o modelli di riferimento che ci permettono di garantire con assoluta certezza il raggiungimento di elevati livelli di efficienza e di produttività in termini di donatori, ma questa nuova figura che, all'interno di un Ospedale, potrebbe assumere in futuro sempre più funzioni e tutte indirizzate al conseguimento del massimo numero possibile di donatori, se adeguatamente supportata dagli organi dirigenziali ospedalieri e dalle istituzioni regionali, potrebbe apportare un grande contributo nel miglioramento degli attuali livelli di attività. D'altra parte la minore o maggiore efficienza di un ospedale, in termini di risultati, è riferita alla capacità produttiva del coordinatore e della struttura dove esso opera, ossia al numero di donatori individuati e utilizzati rispetto al numero massimo di donatori individuabili e utilizzabili. Quest'ultimo aspetto, che si identifica nella capacità di trasformare un soggetto cadavere in donatore, è oggi, uno dei più rilevanti indicatori clinico-organizzativi di qualità di un ospedale e del suo coordinatore. Pertanto la produzione e l'erogazione di prestazioni sanitarie, in questa disciplina, necessitano dell'intervento e del contributo professionale ed umano di diverse unità. Ciò significa che, se si vuole una risposta concreta di efficienza, bisogna intervenire su tutti quei settori che partecipano alla generazione del prodotto finale cioè "il trapianto".

APPENDICE

A integrazione del testo si accludono i punti pertinenti a questo articolo tratti dal documento: *"Linee Guida rivolte ai Centri Regionali e Interregionali allo scopo di uniformare le attività di coordinamento in ordine al reperimento di organi e tessuti in ambito nazionale (art. 8, 10, 11, 12 della Legge 91/99)".*

3.1 Funzioni del Coordinatore Locale per i Trapianti

Al Coordinatore Locale vengono attribuiti, con apposito atto amministrativo regionale, successivamente recepito da consensuale atto deliberativo aziendale, i seguenti compiti e funzioni:

1. predisporre il programma annuale delle attività, da sottoporre alla valutazione della Direzione Generale dell'Azienda e del Coordinatore del Centro Regionale;
2. accertarsi che attraverso la Direzione Medica sia stato attivato il collegio di accertamento di morte nei casi previsti dalle normative vigenti in materia (L. 578/93 e DM 582/94), anche indipendentemente dalla donazione di organi e tessuti;
3. svolgere o predisporre indirizzi per l'invio del materiale necessario alla tipizzazione del donatore di organi al laboratorio di immunologia competente;
4. assicurare l'immediata comunicazione dei dati relativi al donatore al CRT competente e alla struttura individuata per l'allocazione degli organi;
5. assicurare in modo diretto o per delega il coordinamento di tutte le operazioni di prelievo e trasferimento di organi e tessuti;
6. coordinare e trasmettere gli atti amministrativi relativi agli interventi di prelievo previsti dalle norme;
7. compilare, in collaborazione con la Direzione Medica, il Registro Locale dei cerebrolesi, dei prelievi effettuati, e delle cause di mancata effettuazione dei prelievi;
8. monitorizzare i decessi per individuare i potenziali donatori di cornee, valvole cardiache, innesti vascolari, segmento osteo-articolari, cute, e collaborare con i rianimatori ai colloqui con i familiari del donatore;

9. elaborare programmi per il reperimento di organi e tessuti;
10. svolgere attività di sensibilizzazione e consulenza nei confronti degli operatori sanitari sulle problematiche relative alla donazione ed al trapianto;
11. curare i rapporti con le famiglie dei donatori, sia nel contesto della donazione che nei momenti successivi;
12. sviluppare relazioni organiche con i medici di Medicina Generale, allo scopo di sensibilizzare ed informare correttamente sulle possibilità terapeutiche del trapianto e sul valore sociale della donazione;
13. sviluppare, su indicazioni della Direzione Generale e del Centro Regionale Trapianti, adeguate relazioni con gli organi di informazione locali sulle questioni relative alla donazione e al trapianto;
14. presentare annualmente, alla Direzione Medica dell'Azienda e al Coordinatore del Centro Regionale, una motivata relazione in merito all'attività svolta;
15. individuare, nell'ambito del programma, i percorsi per assicurare l'ottimizzazione della logistica ospedaliera delle attività di prelievo e trapianto;
16. organizzare attività di informazione, di educazione sanitaria e di crescita culturale della comunità locale in tema di trapianti, curando in modo programmatico target particolari (scuole, comunità religiose, etc.) in collaborazione con le associazioni di volontariato, secondo gli indirizzi del CRT.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Gazzetta Ufficiale Legge 29/12/1993, n. 578: Norme per l'accertamento e la certificazione di morte.
- 2) Decreto Ministeriale 22/08/1994, n. 582: Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte.
- 3) Gazzetta Ufficiale 15 Aprile 1999, n.91: Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti.
- 4) Manyalich M, Cabrer C, Mirando B, Matesanz R. Coordinator Training. In: Matesanz R, Miranda B. Organ donation for transplantation: The Spanish Model: Aula Medica, 1996, 67-79.
- 5) Paredes D, Valero R, Navarro A, Miranda B, Viedma M, Cabrer C, Manyalich M. Transplant procurement management: a training tool to increase donation. *Transplant Proc* 31:2610-2611, 1999.
- 6) Della Rocca G, Passariello M, Di Marco P, Coccia C, Costa MG, Pompei L, Ruberto F, Massariello A, Venettoni S, Pietropaoli P. Assistenza al donatore d'organi ed al prelievo d'organo in sala operatoria. Volume degli atti della IV giornata di studio "sicurezza in sala operatoria" Convegno AICO 38-51, 2000.
- 7) Manyalich M, cabrer C, Paredes D, Navarro A, De Cabo F, Trias E. L'organizzazione della donazione d'organi e il ruolo dei coordinatori Transplant Procurement Management. Manuale del *TPM* III edizione 21-31, 2000.