

Tutela del “Capitale Organo” e sicurezza delle cure nel paziente trapiantato renale che accede in hub di emergenza

Descrizione

Marilù Bartiromo, MD – Nefrologia dei Trapianti – UOC Nefrologia di Elezione e di Emergenza – AORN Antonio Cardarelli, Napoli

Il paziente sottoposto a trapianto renale rappresenta oggi una delle categorie clinicamente più fragili e complesse nell’ambito dell’emergenza-urgenza. La crescente sopravvivenza dei pazienti trapiantati, l’aumento dell’età media, la presenza di comorbidità multiple e la necessità di trattamenti immunosoppressivi cronici hanno progressivamente trasformato il percorso assistenziale del trapiantato in una sfida non solo clinica, ma anche organizzativa e gestionale.

L’accesso del paziente trapiantato renale a un *hub* di emergenza espone infatti a molteplici criticità: rischio infettivo elevato, tossicità farmacologica, interazioni tra immunosoppressori e terapie acute, inappropriatezza prescrittiva, ritardi diagnostici e frammentazione della presa in carico. In questo contesto, il danno iatrogeno non rappresenta un evento marginale ma un rischio concreto che può compromettere la sopravvivenza del *graft* e determinare il ritorno alla terapia dialitica, con rilevanti conseguenze cliniche e organizzative.

Le infezioni correlate all’assistenza (ICA) continuano a rappresentare una delle principali problematiche di sicurezza sanitaria a livello nazionale e internazionale. Nei pazienti immunodepressi il loro impatto risulta ulteriormente amplificato. Tuttavia, ridurre il problema esclusivamente alla dimensione infettivologica rischia di essere limitante. Il paziente trapiantato che accede in emergenza deve essere considerato un paziente ad alta vulnerabilità organizzativa, nel quale il rischio nasce spesso dalla mancata integrazione tra competenze, percorsi e livelli assistenziali.

Il concetto di “Capitale Organo” nasce proprio dalla necessità di superare una visione esclusivamente prestazionale del trapianto renale. Il *graft* non rappresenta soltanto un organo funzionante, ma un patrimonio clinico, umano, sociale ed economico che deve essere protetto attraverso strategie di prevenzione, appropriatezza e sicurezza delle cure. La perdita del trapianto comporta infatti non solo il ritorno alla dialisi e il peggioramento della qualità di vita del paziente, ma anche un rilevante impatto sul Servizio Sanitario Nazionale in termini di costi diretti e indiretti.

In quest’ottica, la sicurezza delle cure deve essere interpretata come uno strumento di sostenibilità del sistema sanitario. Investire nella prevenzione del danno evitabile significa ridurre ricoveri prolungati, complicanze infettive, eventi avversi farmacologici, contenzioso medico-legale e consumo improprio di risorse. Il paziente trapiantato renale diventa quindi un modello paradigmatico attraverso cui leggere la necessità di una nuova integrazione tra *clinical governance, risk management e value-based healthcare.*

L’esperienza maturata presso un *hub* di emergenza ad alta complessità assistenziale ha evidenziato l’importanza di percorsi dedicati e di una presa in carico multidisciplinare precoce. L’identificazione del paziente già in fase di *triage*, il coinvolgimento tempestivo del nefrologo, la riconciliazione farmacologica, l’applicazione di principi di *antimicrobial*

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

stewardship e il monitoraggio delle interazioni farmacologiche rappresentano elementi essenziali per ridurre il rischio clinico e migliorare la qualità dell'assistenza.

Particolare rilevanza assume inoltre la necessità di superare la frammentazione dei percorsi assistenziali. Il paziente trapiantato in emergenza si colloca spesso in una "zona grigia" organizzativa nella quale diverse competenze intervengono in modo non sempre coordinato. La costruzione di modelli integrati tra nefrologia, medicina d'urgenza, infettivologia, farmacia clinica e *risk management* potrebbe contribuire a sviluppare percorsi più sicuri, appropriati e sostenibili.

In tale prospettiva, la proposta di un *Fast-Track* dedicato al paziente trapiantato renale che accede in DEA non deve essere interpretata esclusivamente come una misura organizzativa locale, ma come un possibile modello replicabile in altri contesti ospedalieri ad elevata intensità assistenziale.

La crescente complessità della medicina contemporanea richiede oggi un cambio di paradigma: la sicurezza non può più essere considerata soltanto un obbligo etico o normativo, ma deve diventare un elemento strutturale della sostenibilità del sistema sanitario. Nel paziente trapiantato renale che accede in emergenza, la tutela del "Capitale Organo" rappresenta pertanto non solo un obiettivo clinico, ma una responsabilità organizzativa condivisa.

Bibliografia essenziale

1. World Health Organization. Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Geneva: WHO; 2021.

2. World Health Organization. WHO launches first ever global report on infection prevention and control. Geneva: WHO; 2022.

3. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011;32(2):101-114.

4. Zimlichman E, Henderson D, Tamir O, et al. Health care-associated infections: a meta-analysis of costs and financial impact on the US health care system. JAMA Intern Med. 2013;173(22):2039-2046.

5. Fishman JA. Infection in solid-organ transplant recipients. N Engl J Med. 2007;357(25):2601-2614.

6. Fishman JA. Infection in organ transplantation. Am J Transplant. 2017;17(4):856-879.

7. KDIGO Clinical Practice Guideline for the Care of Kidney Transplant Recipients. Kidney Int Suppl. 2009;113:S1-S155.

8. Roberts MB, Fishman JA. Immunosuppressive agents and infectious risk in transplantation: managing the "net state of immunosuppression". Clin Infect Dis. 2021;73(7):e1302-e1317.

9. Long B, Koyfman A. The emergency medicine approach to transplant complications. J Emerg Med. 2016;50(5):651-661.

10. Gatz JD, Spangler R. Evaluation of the renal transplant recipient in the emergency department. Emerg Med Clin North Am. 2019;37(4):679-705.

marilu.bartiromo@gmail.com

CATEGORY

1. Scienza e professione

Categoria

1. Scienza e professione

Data di creazione
18/08/2026
Autore
redazione-toscana-medica
Campi meta

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze

Nome E Cognome Autore 1 : Marilù Bartiromo
Views : 857

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Via G.C. Vanini, 15 – 50129 Firenze Tel. 055 496522 Fax 055 481045 email protocollo@omceofi.it. Copyright by Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Firenze