

Sanità Toscana

Poste Italiane Sped. in A.P. D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004, art. 1, c. 1, DCB Roma

Versione Pdf del supplemento al n. 43 anno XV del 20-26 novembre 2012 per la pubblicazione sul sito della Regione Toscana www.regione.toscana.it

LAVORO

Parte il 19 novembre l'indagine tra i 50mila dipendenti di Asl e Aou

Check sul "clima" in azienda

I criteri Mes dal benessere organizzativo alla soddisfazione del lavoratore

L'obiettivo è valorizzare le risorse

di Sabina Nuti *

Ogni due anni il Laboratorio Mes, su mandato della Regione Toscana, ripropone l'indagine sul clima interno, ma questa volta ha un valore particolare. Nella strategia di riorganizzazione del sistema - in via di definizione da parte dell'Assessore regionale per il diritto alla salute, Luigi Marroni - il tema della valorizzazione delle risorse umane ha un ruolo centrale. L'assessore l'ha più volte definito un "pilastro" della programmazione, essenziale per portare a compimento il processo di cambiamento del sistema.

Le persone, i professionisti sanitari sono il vero tesoro della nostra Sanità perché a loro compete, oltre a individuare le migliori cure per ogni paziente, la responsabilità delle risorse messe in gioco per il processo di cura. Con l'attività prescrittiva e la definizione del percorso di cura ogni sanitario diventa un operatore di Sanità pubblica che tramite le proprie decisioni, definisce le modalità con cui utilizzare le risorse finanziarie della comunità. Al management il compito di mettere i professionisti sanitari nelle condizioni di poter svolgere al meglio il proprio ruolo, di definire regole organizzative e meccanismi gestionali tali da facilitare il lavoro delle équipe e valorizzare il contributo di ciascuno.

Si tratta di una sfida complessa perché le nostre aziende sono le organizzazioni più rilevanti in

CONTINUA A PAG. 2

Il 19 novembre prende inizio l'indagine di clima interno a cui sono chiamati a partecipare gli oltre 50.000 dipendenti delle Aziende sanitarie territoriali e Aziende ospedaliere universitarie del Sistema sanitario regionale toscano. La misurazione della qualità percepita dai dipendenti nei confronti del proprio posto di lavoro, del ruolo svolto e dell'organizzazione aziendale è parte integrante del sistema multidimensionale di valutazione della performance che il Laboratorio Mes, in collaborazione con la Regione Toscana, ha progettato e implementato in tutte le Asl della Toscana come strumento volto a promuovere politiche di miglioramento dei servizi per il cittadino. Monitorare il clima interno è importante perché in linea con quanto sostenuto da diverse ricerche svolte a livello internazionale secondo cui il benessere organizzativo influisce positivamente sulla qualità dei servizi erogati agli utenti. Una scarsa produttività, un forte assenteismo, prestazioni e servizi scadenti, sono invece spesso conseguenze dell'insoddisfazione e del malessere dei collaboratori nel posto di lavoro.

L'indagine si svolge con cadenza biennale e nel corso dell'ultima, relativa all'anno 2010, ha partecipato il 42% dei dipendenti a dimostrazione dell'elevato interesse rispetto allo strumento che deve essere considerato come un'opportunità per poter esprimere il proprio parere sui temi oggetto dell'indagine. Per questo motivo è importante che un numero elevato di operatori compili il questionario per garantire la significatività dei risultati dell'indagine. Obiettivo dell'indagine di clima interno è, infatti, quello di rilevare, tramite la somministrazione del questionario, le percezioni e i motivi di soddisfazione e di insoddisfazione dei dipendenti delle Aziende sanitarie nei confronti della propria realtà organizzativa. I dipendenti sono chiamati a esprimere la propria opinione in relazione a temi quali le condizioni di lavoro in cui si trovano a operare, la comunicazione e l'informazione all'in-



terno dell'azienda, le opportunità di crescita professionale, la qualità delle relazioni con i colleghi e con i superiori, la capacità di lavorare in squadra, le opportunità formative messe a disposizione dell'azienda e la conoscenza dei meccanismi di programmazione e controllo dell'azienda.

In questo senso, l'analisi di clima interno costituisce per il top management aziendale sia uno strumento di "ascolto interno" del sentire dei dipendenti nei confronti del benessere nelle aziende, in relazione alle modalità di lavoro interno, alla tipologia di relazioni esistenti, agli atteggiamenti, sia uno strumento di diagnosi organizzativa dei punti di forza e delle aree da migliorare, poiché fotografa e rileva le criticità e costituisce un punto di partenza per avviare i processi di cambiamento opportuni.

Come per l'indagine del 2010, i dipendenti potranno compilare il questionario on line collegandosi a un sito appositamente predisposto su una piattaforma web del Laboratorio Mes. Il sito sarà accessibile 24 ore su 24 per tutta la durata dell'indagine e i questionari potranno essere compilati da una qualsiasi postazione internet, sia dall'azienda sia da casa. Per tutta la durata dell'indagine il dipendente in difficoltà nella compilazione del questionario potrà contare sul supporto telefonico dei collaboratori del Laboratorio Mes. Per compilare il questionario il dipendente avrà a disposizione una login e una password alfanumeriche che saranno distribuite dai referenti delle Aziende per l'indagine secondo le modalità più consone; i dati, inseriti tramite un'interfaccia grafica, saranno raccolti in un dataset ospitato sul server del Laboratorio Mes tramite la modalità Cawi (Computer Assisted Web Interviewing) e verranno elaborati e consegnati all'Azienda al termine della stessa. Il Laboratorio Mes assicura l'anonimato ai partecipanti all'indagine.

Francesca Sanna
Laboratorio Management e Sanità

AVVISO PUBBLICO PER REDIGERE L'ELENCO DI IDONEI

Parte il bando per aspiranti dg sanitari

La domanda va inviata per via telematica entro il 5 dicembre 2012

La Regione Toscana ha indetto un nuovo avviso pubblico per la formazione del nuovo elenco di idonei alla nomina di Direttore generale delle Aziende e degli enti del Servizio sanitario Toscana (Sst). Per chi fosse interessato, l'avviso è consultabile all'indirizzo: <http://www.regione.toscana.it/sst>, dove sarà possibile scaricare il modello della domanda. Si tratta del decreto n. 5520 del 12 novembre 2012. La scadenza è fissata al 5 dicembre 2012.

I candidati interessati devono essere in possesso di laurea magistrale o diploma di laurea del vecchio ordinamento; adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli altri settori, maturata in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie; età non superiore a 65 anni. La domanda, indirizzata al Presidente della Giunta regionale - Direzione generale "Diritti di cittadinanza e coesione sociale" - Settore Affari generali, via T. Alderotti, 26/N - 50139 Firenze, dovrà essere presentata esclusivamente in via telematica, tramite la propria casella di posta elettronica certificata (Pec) all'indirizzo regionetoscana@postacert.toscana.it, o attraverso il sistema informatico regionale Ap@ci collegandosi e registrandosi all'indirizzo <http://web.e.toscana.it/apaci>. Farà fede la data di invio. Per ulteriori informazioni sarà possibile contattare lo 055 438 3997-3358, dal lunedì al venerdì, orario 9-13.

CONTROCANTO

Il gap tra condivisione e spending review

di Emanuele Marigolli *

La Toscana, come molti sanno, e non sarò certo io a confutarlo, ha un sistema sanitario di tutto rispetto, un sistema che per tappe successive è stato razionalizzato, efficientato e messo a punto.

Non sarebbe stato possibile senza un buon clima fra gli operatori, fra questi e il management.

Niente corrispondenza

di amorosi sensi, per carità, ma confronto serrato per arrivare a scelte condivise. È stata la condivisione degli obiettivi, pur in presenza di difficoltà, a rendere possibile la qualificazione dei servizi.

Sarà dunque buono, buonissimo il clima che certificherà l'indagine

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Le modalità per i trapianti in Hiv

La giunta regionale ha recepito l'intesa sul documento concernente "Progetto Trapianti di organi solidi in pazienti Hiv+" (si vedano pagg. 4-5) sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 20 aprile 2011 (Repertorio Atti n. 79/Csr). Il documento definisce le modalità per i trapianti nei soggetti con infezione da Hiv, nonché la selezione, il trattamento immunosoppressivo e antiretrovirale e il monitoraggio post-trapianto. Definiti anche i criteri di idoneità dei Centri trapianti e le caratteristiche del programma nazionale. (Delibera n. 945 del 29/10/2012).

Le banche per il sangue cordonale

Recepito l'Accordo del 29 ottobre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante: "Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale" dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano. Questo accordo sottolinea i requisiti organizzativi, come la struttura o la gestione delle risorse umane, ma anche i requisiti tecnologici generali e il sistema informativo, nonché i requisiti strutturali e tecnologici specifici di processazione. (Delibera n. 848 del 24/09/2012)

ALL'INTERNO

Rischio clinico e tagli alla spesa

A PAG. 3

Le linee guida sui cordoni

A PAG. 6

Carceri, patto contro i suicidi

A PAG. 7

PREVENZIONE L'attività dell'Asl di Firenze per l'assistenza ai detenuti di Sollicciano



Carceri, infezioni nel mirino

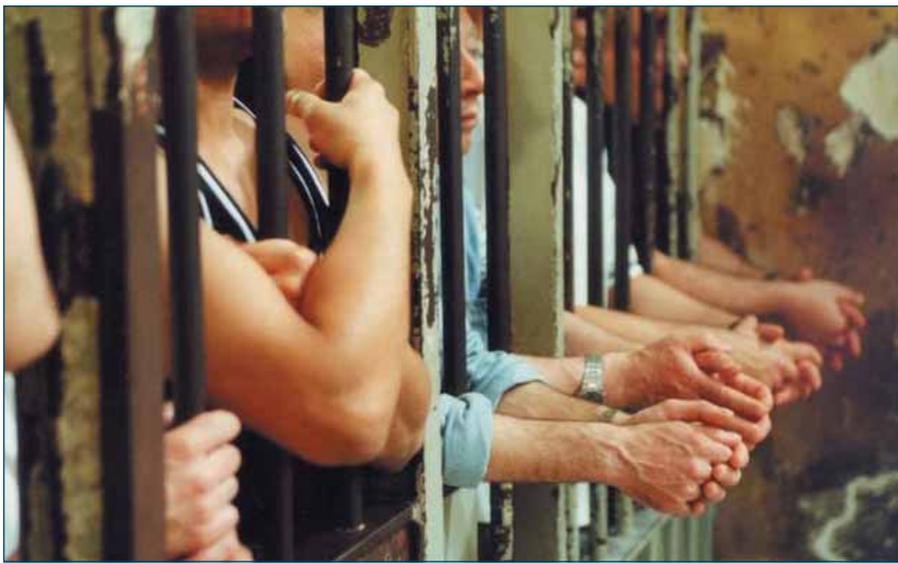
La presenza degli infettivologi è strutturata: più controlli e cure su misura

Dal 1999 è iniziata l'esperienza della struttura di Malattie infettive dell'Asl fiorentina per i detenuti del carcere di Sollicciano (L. 419/98, Dlgs 230/99) con l'istituzione di un percorso ambulatoriale ospedaliero dedicato. Con il «Progetto obiettivo» (decreto ministero Salute 21/4/00) dal 2001 la presenza di infettivologi presso il carcere è divenuta strutturata. L'intervento si è articolato in collaborazione con i colleghi del Sert interno per l'innesto in una realtà con caratteristiche peculiari. Per garantire la tutela della salute delle persone detenute, al pari dell'assistenza garantita alla popolazione in stato di libertà, la Regione Toscana ha approvato la legge regionale 64/2005 e ha costantemente aggiornato i protocolli d'intesa tra la Regione e il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria. Il Dpcm dell'1/4/2008 ha sancito un ulteriore passaggio recepito pienamente dall'intesa Stato-Regioni del 15 marzo 2012.

Le persone che vengono a conoscenza della sieropositività per Hiv, presentano uno stato di disorientamento con conseguenti comportamenti difensivi e di rimozione che si accentuano in stato di detenzione. L'attività specialistica all'interno del carcere offre al paziente l'opportunità di apprezzare maggiormente il ruolo del personale sanitario e comunicare il proprio stato di salute e lo stato d'infezione Hiv, con spesso coinfezioni Hbv e/o Hcv. Deve inoltre essere affrontato il problema della riservatezza sulle condizioni di salute, in un ambito sovraffollato, in cui sono poco riservati anche i normali atti della vita quotidiana. Il progetto pilota ha permesso d'identificare le difficoltà derivanti dalle caratteristiche strutturali e organizzative delle istituzioni penitenziarie, la cui finalizzazione sono la custodia e la garanzia della sicurezza sociale, in un possibile progetto di reinserimento sociale. Negli anni sono stati svolti dagli infettivologi corsi per il personale sanitario e penitenziario per portare in luce le esigenze di un'attività sanitaria che, se svolta con canoni certi, restituisce salute a tutte le persone coinvolte nel mondo carcerario.

L'attività che gli infettivologi svolgono all'interno del carcere ha ridotto il lavoro del nucleo traduzioni della polizia penitenziaria per la scorta presso l'ambulatorio ospedaliero (che per vari motivi poteva essere solo di 2 o 3 pazienti la settimana e quindi riservata a pazienti Hiv gravi). La visita all'interno del carcere ha evitato tutte le incertezze di «accompagnamento» derivate dalla mole di lavoro istituzionale del Nucleo traduzione verso le sedi giudiziarie. L'assistenza infettivologica è così passata dalla consulenza su richiesta per singolo paziente del medico incaricato alla periodica visita, 2 volte a settimana, con una media di 13 visite a seduta.

È stato razionalizzato l'approvvigionamento dei farmaci antivirali maggiori, che fino al 2000 venivano richiesti dal personale sanitario del



l'amministrazione penitenziaria ai centri specialistici che già seguivano il paziente prima della detenzione. Non era garantita efficacemente la fornitura per i pazienti reclusi, non precedentemente seguiti dai centri di Malattie infettive di Firenze, per i pazienti trasferiti da altri carceri e seguiti da altri centri di Malattie infettive. Dal 2004 - dopo la messa a punto del sistema dei centri di costo e delle compensazioni - tutti i pazienti ricevono la terapia con fornitura mensile dalla farmacia ospedaliera dell'Asl fiorentina. Il flusso è organizzato dalla farmacia interna al carcere che verifica la presenza dei pazienti, il consumo del farmaco, compila la richiesta per paziente (che viene associata al piano terapeutico, all'inizio della terapia o della presa in carico, della durata variabile fino a 6 mesi e rinnovabile).

La farmacia ospedaliera ha la possibilità del controllo della corrispondenza con il piano terapeutico semestrale. Dal 2011 nella farmacia del carcere sono confezionati settimanalmente contenitori apposti con aspetto «anonimo», con la quantità e distribuzione giornaliera delle compresse. Si è ottimizzato il consumo dei farmaci antiretrovirali (Arv) evitando eccessi di scorte e, settimanalmente, la modulazione della terapia, permettendo continuità terapeutica per i pazienti appena giunti e riducendo le dispersioni alla scarcerazione. Il paziente ha la possibilità di ritirare il farmaco presso la farmacia ospedaliera nel mese successivo alla scarcerazione, con visite specialistiche per la presa in carico dei pazienti non precedentemente seguiti.

Il complesso contesto carcerario subisce mutazione più rapidamente di quanto si possa pensare per fattori legislativi, economici, socio-demografici. L'organizzazione sanitaria e l'attitudine a svolgere la professione sanitaria, pur

facendo riferimento ad altre esperienze o modelli, stanno definendo un profilo più adeguato alla situazione carceraria e alla sua popolazione. Dal 2001 al 2012 la popolazione presso Sollicciano ha variato la sua composizione etnica dal 60% d'italiani al 60% di cittadini non dell'Unione europea. All'interno delle etnie o nazionalità è variato il numero di presenze per soggetti di origine africana, slava e asiatica, con nuove necessità di comunicazione linguistica e l'esigenza di una maggior presenza del mediatore culturale, che nei casi di «sfiducia» del paziente è stato sostituito con connazionale scelto dal paziente.

Tali modifiche hanno comportato la variazione delle prevalenze dell'infezione Hiv, Hbv, Hcv e Tb e la cronicità, perché spesso acquisite alla nascita o nell'infanzia. Il monitoraggio diretto della casistica ci ha permesso una migliore determinazione della consistenza dei problemi. Tra i detenuti le prevalenze, oscillanti negli anni, sono tra il 30 e 35% per l'epatite da Hcv, del 5-10% per Hbv e del 2% per Hdv; del 7-14% per Hiv, e del 35% per l'infezione (Tb) da M. tubercolare. E analogamente per infezioni dell'Hav e Lue. Tutte queste percentuali sono superiori di 10-20 volte le prevalenze nella popolazione generale.

Un intervento in ambito carcerario per la diagnosi precoce dell'infezione Hiv, i successivi controlli, l'attuazione della terapia Arv e il controllo dell'efficacia e prevenzione delle infezioni di tali pazienti, richiede i controlli dei contatti conviventi, cioè di tutti i detenuti. Tale attività permette così l'individuazione del quadro sanitario dei detenuti con maggior efficacia degli interventi sanitari sui singoli pazienti a prescindere anche dall'infezione Hiv.

Così facendo, per l'infezione Hbv abbiamo

evidenziato che il 40-47% ha già superato la malattia, il 5-13% era stato già vaccinato, il 4-25% è suscettibile ed è stato vaccinato durante la detenzione (periodo 2001-2012), l'11-17% è portatore di infezione cronica e l'1% è in trattamento antivirale. Purtroppo, parte dei suscettibili non riceve o completa la vaccinazione (12%-25%) per i motivi sotto esposti. Per l'infezione da Hcv si è incrementato il controllo clinico, il trattamento di 6 o 11 mesi, per i pazienti con una permanenza adeguata per durata, la definizione dei casi d'infezione superata per negativizzazione del test Hcv Rna. Per l'infezione tubercolare fu avviata l'offerta dello screening con il test secondo Mantoux che ha raggiunto una percentuale soddisfacente di detenuti dal 2004. I dati del 2004-2009 (15% della popolazione) confermano l'importanza del controllo, della diagnosi e cura tempestiva in ambiente carcerario. A fronte dei dati, la direzione aziendale ha assunto 2 assistenti sanitarie. Tale percorso ha portato all'offerta del test a tutti i detenuti in ingresso e già presenti dal 2010 e l'esecuzione da circa 280 nel 2003 a oltre 930 nel 2012.

Rilevante sull'interruzione di programmi assistenziali e terapeutici è l'impatto dei trasferimenti improvvisi in altri istituti (per motivi di giustizia, disciplinari ecc.), dell'improvvisa esecuzione della scarcerazione o del cambiamento del regime di detenzione ai domiciliari. Per tale problema, non risolvibile della singola azienda sanitaria, è stata intensificata la rete di relazioni tra gli infettivologi che, da anni, in particolare per i corsi d'aggiornamento (legge 135/90), si scambiano i raccordi anamnestici dei pazienti che devono cambiare il centro specialistico. La rete ha migliorato la presa in carico di pazienti in trattamento presso uno dei centri di Malattie infettive della Regione Toscana. Non presso tutti gli istituti penitenziari è presente lo specialista infettivologo, per scelte diverse di organizzazione seguite dalle dirigenze aziendali.

Importante rimane l'affrontare l'assistenza dei pazienti Hiv, Hcv, e Tb ai «domiciliari» per garantire la continuità diagnostica e terapeutica. Per la risoluzione di tale difficoltà è utile attingere all'esperienza che le Malattie infettive hanno sviluppato per l'assistenza domiciliare ai malati d'Aids e creare il giusto coordinamento con le diverse componenti amministrative, di polizia e giudiziarie per attuare l'assistenza diagnostica e terapeutica al domicilio, riducendo di fatto l'impegno degli avvocati, di giudici e forze di polizia in occasione delle attuali visite mediche presso gli ospedali.

Andrea Gabbuti
Dirigente medico Malattie infettive
Soc Malattie infettive - Asl Firenze
Referente aziendale Malattie infettive Istituti Penitenziari

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

svolta dal Laboratorio Management e Sanità (Mes) dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna? Non ci scommetterei, un po' di ruggine ce la siamo portata dietro e, soprattutto, il clima è molto cambiato, anche se non compromesso, in questa stagione di tagli che non finiscono mai. Oggi ci si trova a fare i conti con ulteriori riduzioni di risorse che rischiano di ricadere pesantemente sulle condizioni di lavoro degli addetti. Si è già creato un clima di forte incertezza che, purtroppo, spesso, le direzioni generali e quelle sanitarie non tengono nel dovuto conto. In un momento così complesso chi dirige queste strutture deve fare molta attenzione a evitare spre-

chi e, al contempo, deve assolutamente evitare di premiare i più fedeli a scapito dei migliori. La fase attuale si caratterizza per la preoccupazione di dove e cosa tagliare, più che per quella di offrire una maggiore partecipazione delle lavoratrici e dei lavoratori al processo di ristrutturazione e riforma. Si può capire, ma non giustificare.

Ogni intervento di riforma ha bisogno di un «cuore», deve saper indicare obiettivi e scelte condivise: quali servizi, come si rimodulano, con quale accesso, chi li garantisce e chi li governa; quali garanzie sulla loro qualità, sui diritti dei lavoratori e sulla loro piena partecipazione ai processi di riorganizzazione della Sanità toscana. C'è una

generale consapevolezza della fase di emergenza, ma solo un nuovo e più forte assetto del territorio, che passa per prevenzione, riabilitazione e cura ci potrà consentire di operare parte dei risparmi prospettati dalla Regione Toscana, mantenendo l'universalità del sistema. È su tutto questo che ci stiamo confrontando in questi giorni e settimane, un confronto da affrontare con la consapevolezza che solo una piena e consapevole adesione di chi opera concretamente nella Sanità può garantire i risultati. Saranno loro, i risultati, a determinare il «clima».

* Segretario regionale Cgil Toscana con delega alla Sanità

L'obiettivo è valorizzare... (segue dalla prima pagina)

termini di dimensione della Toscana, con un gran numero di dipendenti laureati e con elevate conoscenze e competenze, che erogano servizi a persone in condizione di «debolezza» e asimmetria rispetto al soggetto erogatore.

Questa sfida si può affrontare solo se il canale di «ascolto» è aperto, se la comunicazione interna funziona, se il management si prende carico delle situazioni conflittuali che possono presentarsi nella vita aziendale, se ogni dirigente è in grado di valorizzare il contributo dei collaboratori, orientare l'attività, assumersi le proprie responsabilità.

L'indagine di clima interno è uno strumento essenziale per conoscere e prendere atto del pensiero del personale in merito a questi aspetti. Tutti sono chiamati a dare

il proprio contributo, a dire la loro ed è un'occasione da non perdere. È vero che non in tutte le aziende lo strumento in questi anni è stato usato al meglio e non sempre chi ha partecipato all'indagine ha avuto modo di conoscere i risultati. Contiamo però che proprio l'utilizzo sistematico di questo strumento gestionale permetta di correggere il tiro e consolidi la capacità del management di considerare il punto di vista dei dipendenti per orientare l'azione. Quello che certamente abbiamo appreso in questi anni grazie all'indagine di clima è che la soddisfazione dei dipendenti è riconosciuta dai pazienti ed è elemento essenziale per garantire qualità nei nostri servizi.

* Direttore Laboratorio Mes

RISCHIO CLINICO Al Forum di Arezzo caccia alla sintesi tra sicurezza e spending review

Sostenibilità col taglia e cuci



Anche l'ambiente sotto i riflettori - Obiettivo: standardizzare i processi di cura

Si terrà ad Arezzo dal 20 al 23 novembre 2012 il 7° Forum sul Risk management in Sanità, importante evento per il mondo della Sanità italiana che, grazie a una serie di incontri internazionali, workshop ed Expo, mette sotto i riflettori la sicurezza del paziente a 360° in ambiente sanitario. Quest'anno la manifestazione sarà affiancata dal 1° Forum Internazionale sui temi dello sviluppo, ambiente e salute, a indicare come la correlazione tra salute, crescita sostenibile e rispetto dell'equilibrio ambientale non sia più un elemento opzionale nelle agende politiche. Non casualmente l'apertura dei lavori è stata affidata al ministro della Salute Renato Balduzzi, insieme al ministro dell'Ambiente Corrado Clini e al presidente delle Regione Toscana Enrico Rossi.

Lo sviluppo, nel rispetto degli equilibri ecologici, della biodiversità e della salubrità dell'ambiente sono oggi raffigurati come componenti essenziali per la salute del cit-

tadino. Altrettanta attenzione è rivolta in questa edizione del Forum a quella che sembra essere la parola d'ordine di questo anno sanitario "spending review" e a tutto ciò che essa implicitamente esprime in termini di equità di accesso alle cure, sicurezza, efficienza ed efficacia. Numerosi convegni istituzionali che si terranno nell'arco dei quattro giorni del Forum vertono infatti sul rapporto tra necessità di risparmiare ed economicizzare le spese sanitarie e i valori etici in gioco, il significato del ruolo pubblico del sistema sanitario e la garanzia di standard di qualità e sicurezza delle cure.

Si parlerà infatti della necessità di "tagliare", ma allo stesso tempo "ricucire", cioè di risparmiare e riorganizzare, di prevedere strumenti per garantire che ai tagli siano affiancati strumenti di garanzia della prestazione sanitaria. A questo scopo la formazione dei professionisti e l'innovazione dei processi, anche attraverso l'introduzione di tecnologie e sistemi infor-



mativi, risultano elementi fondamentali per il mantenimento di un equilibrio tra qualità e costi. Varie sessioni saranno pertanto dedicate al tema della formazione in termini di valutazione dell'efficacia e della valenza delle iniziative messe in campo. Questione aperta è stabilire quali metodi adottare e quale ruolo i professionisti possano detenere nel processo di monitoraggio dell'impatto della formazione sulla qualità e sicu-

rezza delle cure. In questo la formazione a distanza (Fad) viene proposta come strumento che garantisce efficacia ed economicità del processo formativo.

L'innovazione, come strumento per massimizzare le prestazioni e la qualità delle cure, verrà dibattuta nelle sue componenti organizzative e tecnologiche. Nuovi modelli di integrazione tra ospedale e territorio saranno presentati come esperienze dalla Usl 8

di Arezzo, Federsanità e Fiaso in un workshop sulla relazione tra l'adozione di una nuova visione della Sanità di comunità, la riduzione del tasso di ospedalizzazione e la durata delle degenze. In questo contesto la telemedicina e la domiciliarità vengono proposte come strumenti organizzativi avanzati e innovativi. La valutazione di nuovi modelli organizzativi verrà poi trasferita a livello internazionale attraverso il confronto dell'esperienza italiana, e toscana in particolare, con quella di esperti internazionali che illustreranno come l'introduzione di sistemi di Information and communication technology rappresentino un passo necessario per standardizzare i processi di cura e renderli quindi più affidabili. Questo non solo ai fini di migliorare le prestazioni erogate, ma anche per garantire la sicurezza dei lavoratori in Sanità.

Fra i temi specifici dell'agenda, anche quest'anno troviamo il punto della situazione sul monitoraggio degli

eventi sentinella nelle aziende pubbliche; sulla sicurezza in sala operatoria; sulla gestione del contenzioso e la responsabilità professionale. Merita particolare attenzione il lancio della seconda edizione del corso "Accademia del cittadino" dedicata a diffondere i principi della qualità e della sicurezza ai rappresentanti dei cittadini per abilitarli a partecipare in maniera attiva alle iniziative di prevenzione del rischio. Per tutta la durata del Forum, in contemporanea ai dibattiti, si terranno nell'area di Simulazione sessioni pratiche relative alla gestione del rischio in vari setting assistenziali tra quali la neonatologia e la sala operatoria. Quest'anno viene anche introdotto il tema della sicurezza dei pazienti in pediatria con una iniziativa promossa da Aopi con il ministero della Salute.

**Sara Albolino
e Giulia Dagliana**
Gestione Rischio clinico
e sicurezza del paziente
Regione Toscana

FORUM RISK MANAGEMENT

Allo stand la simulazione fa spettacolo

Dopo il successo riscosso lo scorso anno dallo stand del Centro gestione rischio clinico (Grc), realizzato in collaborazione con l'Asl di Arezzo, anche durante la settima edizione del Forum Risk management, questo spazio si animerà di eventi e iniziative specifiche organizzate e coordinate dallo staff in collaborazione con EndoCas e il Centro di riferimento regionale criticità relazionali (Crcr).

La novità di quest'anno sarà la possibilità quotidiana di poter incontrare e discutere con i Clinical Risk manager toscani riguardo a tematiche di qualità e sicurezza delle cure e alla iniziative promosse nelle varie aziende.

Il 21 novembre lo stand ospiterà il Centro di riferimento regionale criticità relazionali (Crcr), istituito nel 2007 e con sede all'interno dell'azienda ospedaliero-universitaria Careggi (Aouc), e composto da un'équipe di psicologi e psichiatri con competenze specifiche nell'area della salute psicologica, sociale, relazionale del singolo, dei gruppi e delle organizzazioni. Il Centro illustrerà la

propria mission e le aree di intervento in cui opera, i progetti realizzati e quelli in corso, le attività di consulenza e formazione svolte presso le varie aziende sanitarie della Regione Toscana. Metterà inoltre in evidenza la propria metodologia di lavoro, basata principalmente su un'ottica di rete.

Il Centro presenterà la pubblicazione "Le relazioni umane nei processi di cura", curata dalla responsabile del Centro, Laura Belloni, e un video che mostra come lo strumento "cinema" possa essere utilizzato come nuova modalità didattica per il raggiungimento di obiettivi formativi attinenti alla sfera relazionale e comunicativa.

Nelle giornate del 21 e 22 novembre il Centro Grc organizzerà sessioni specifiche relative all'applicativo dell'accreditamento, dedicate sia ai referenti del Comitato delle Regioni, al fine di presentare il nuovo sistema toscano e lo strumento realizzato per il monitoraggio e la valutazione dei dati aziendali, sia agli utenti finali dell'applicativo,

per presentare pubblicamente i primi dati elaborati grazie alle informazioni gestite con questo strumento.

Lo staff sarà anche impegnato giornalmente a effettuare test di usabilità su dispositivi medici e software coinvolgendo il pubblico come utente, un momento cruciale per constatare in prima persona le modalità di effettuazione di questa metodologia e percepirne i vantaggi: tematica questa, che sarà oggetto principale di una nuova delibera regionale.

Vista la strategicità della simulazione come uno degli strumenti innovativi per la formazione professionale medica, sempre più correlata con tematiche relative alla qualità e sicurezza delle cure, il 23 novembre ne sono previste due sessioni in collaborazione con EndoCas, il Centro di eccellenza per la chirurgia assistita al computer, cofinanziato grazie al Bando 2001 per i Centri di eccellenza del Miur (decreto ministeriale 17 ottobre 2003, n. 193). Questi sistemi, sem-

pre più evoluti, permettono al discente di esercitarsi all'interno di un ambiente protetto nel quale è possibile apprendere in modo graduale, variando la complessità e la difficoltà dello scenario simulato e dell'esercizio.

La missione del Centro è quella di sviluppare soluzioni innovative basate su soluzioni ingegneristiche per migliorare le attuali procedure chirurgiche e ridurre la loro invasività mediante un uso ottimale delle immagini mediche. L'attività di ricerca condotta dal centro ha permesso la generazione di modelli 3D paziente-specifici, uno strumento per il planning e la simulazione pre-operatoria ma anche per l'addestramento chirurgico. Vi attendiamo numerosi allo stand per visionare il calendario e gli orari delle varie sessioni e partecipare alle nostre iniziative.

**Francesco Ranzani
e Michela Tanzini**
Centro Gestione Rischio clinico
e sicurezza del paziente
Regione Toscana

CONSIGLI SUL BUON USO DEI PERCORSI SANITARI SOSTENIBILI

Ri-progettare la qualità partendo dalle performance

Il 7° Forum sul Risk management in Sanità presenta come di consueto sessioni specifiche sul tema della qualità delle cure. Attività quanto mai necessaria nella fase di forte cambiamento che il sistema sanitario sta attraversando. I risultati conseguiti finora dalle pratiche per la qualità e la sicurezza del paziente sono un patrimonio importante da cui partire per individuare nuove strategie di miglioramento.

Il sistema sta adattandosi alla crescente riduzione delle risorse e alla necessità di mettere in campo soluzioni per mantenere un buon livello di cura riducendo gli sprechi senza compromettere l'equità, proteggendo i pazienti dai danni e tutelando

il diritto al risarcimento.

Le pratiche e le conoscenze maturate grazie ai progetti per la qualità e la sicurezza delle cure insieme agli strumenti impiegati per la valutazione della performance possono fornire dei dati precisi su cosa funziona e cosa invece può essere adattato al nuovo scenario. Sono necessari criteri di valutazione per decidere in quali contesti portare avanti azioni di adattamento che rendano i percorsi sanitari sostenibili nel medio e lungo periodo. E il criterio non può essere soltanto il contenimento della spesa. Ridurre i costi senza guardare al sistema nel suo

complesso potrebbe non aumentare la capacità di produrre salute e benessere. Sappiamo a esempio che un'attività di monitoraggio e divulgazione dei dati incide positivamente sul comportamento delle aziende sanitarie e che la riduzione della variabilità nella performance nei percorsi sanitari può aumentare la qualità del sistema nel suo complesso.

Sembra essere allora il momento appropriato per discutere e analizzare i risultati degli indicatori sulla qualità e sicurezza. Dall'analisi è possibile capire cosa nel sistema attuale ha permesso di produrre

qualità e in quali percorsi.

Il punto di partenza di uno sforzo di ri-progettazione, come quello necessario in questa fase, non può che essere la misurazione e la valutazione dei percorsi sanitari e dell'impatto economico e sociale delle pratiche per la sicurezza. Serve un'ottica che consideri il rapporto costo-beneficio attualmente generato e potenzialmente generabile. Il Forum sarà un'occasione importante di confronto per discutere dei risultati conseguiti e degli strumenti disponibili per perseguire il miglioramento.

Un sistema che misura la pro-

pria performance e conosce i propri errori, importante lo spazio dedicato alla rete di gestione del rischio clinico e e all'analisi degli eventi sentinella, può diventare un sistema in costante apprendimento e quindi in grado di adattarsi alla contrazione delle risorse. La prima pratica per la qualità e la sicurezza sembra essere proprio questa: valutare quanto è stato fatto e impostare nuove azioni, considerando non soltanto il risparmio, ma il valore potenziale in termini di qualità e sicurezza.

Giulio Toccafondi
Centro Gestione Rischio clinico
Regione Toscana

DOCUMENTI

Una delibera di Giunta recepisce le indicazioni dell'accordo Stato-Regioni del 2011 per rene, rene-pancreas, cuore e polmone



Le linee guida per i trapianti nei sieropositivi

Valutazione infettivologica da parte di centri abilitati - Quattro criteri di esclusione - Proflassi antibatterica peri-operatoria

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera 945/2012 di recepimento dell'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome del 20 aprile 2011 sul documento concernente «Progetto trapianti di organi solidi in pazienti Hiv+» che riguarda rene, rene-pancreas, cuore e polmone

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

La Giunta regionale, in recepimento dell'intesa tra Governo, Regioni e Province autonome del 20 aprile 2011 sul documento concernente «Progetto trapianti di organi solidi in pazienti Hiv+» sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 20 aprile 2011 (Repertorio Atti n. 79/Csr), allegato A quale parte integrante al presente atto.

ALLEGATO A

Progetto trapianti di organi solidi in pazienti Hiv+

Programma nazionale

Il trapianto di rene, rene-pancreas, cuore e polmone nei soggetti con infezione da Hiv

● Protocollo per la selezione, il trattamento immunosoppressivo e antiretrovirale e il monitoraggio post-trapianto

● Criteri di idoneità dei Centri trapianti

Protocollo definitivo - Operativo dal 14 ottobre 2009

I. Caratteristiche del programma:

Trapianto d'organo in pazienti con infezione da Hiv.

A) Criteri di arruolamento in lista d'attesa

L'iscrizione di un paziente sieropositivo per Hiv deve essere comunicata al Crt di afferenza e da questi contestualmente al Cnt. Ogni paziente può essere iscritto in un solo Centro trapianto sul territorio nazionale.

B) Unità di monitoraggio

Centro nazionale trapianti.

C) Requisiti dei Centri trapianto autorizzati a eseguire trapianti d'organo in soggetti con infezione da Hiv

Il Centro trapianti, unitamente a quanto previsto dal punto B), comma 2 e dal punto G), comma 1 dell'accordo tra il ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti delle strutture idonee a effettuare trapianti di organi e tessuti e sugli standard minimi di cui all'art. 16 della legge 91/99, deve garantire:

1. Esistenza nella stessa unità ospedaliera e/o

collaborazione con una Divisione di Malattie infettive in ambito metropolitano dotata di reparto di degenza ordinaria e di day hospital, formalizzata mediante atti dei legali rappresentanti.

2. La Clinica/Divisione di Malattie infettive dovrà certificare di sottoporre, al momento della rilevazione, a terapia antiretrovirale, un numero non inferiore a 400 pazienti/anno in follow-up attivo. Tale requisito garantisce la necessaria esperienza di management clinico dei pazienti.

3. Esistenza e/o collaborazione, formalizzata mediante atti dei legali rappresentanti, con un servizio di Microbiologia e virologia che, unitamente alle indagini batteriologiche, virologiche, micologiche e parassitologiche, indispensabili per una corretta gestione dei pazienti immunocompromessi, assicuri l'esecuzione di:

- Test per la determinazione della Viremia plasmatica di Hiv;

- Test genotipico delle mutazioni di resistenza di Hiv;

- Viremia quantitativa di Hcv e Hbv;

- Ricerca di resistenza per i farmaci anti-Hbv.

4. Il Centro trapianti deve inoltre provvedere all'addestramento del personale sulla scrupolosa adozione delle precauzioni universali, sulla possibilità di introdurre in uso presidi di sicurezza nonché garantire la disponibilità dei farmaci necessari alla corretta applicazione della profilassi post-esposizione (Ppe) per gli operatori sanitari secondo i protocolli nazionali attualmente vigenti.

Il paziente trapiantato afferrà al Centro trapianti per tutte le problematiche cliniche pre-, peri- e post-trapianto. Il reparto di Malattie infettive presso il Centro trapianti, si prenderà cura della gestione delle problematiche specifiche nella fase peri-trapianto, mentre per quanto riguarda il follow-up il paziente verrà riaffidato al Centro che lo ha segnalato e dal quale verrà seguito, sempre con il coordinamento del Centro trapianti. Va sottolineato infatti che il trapianto d'organo in soggetti con infezione da Hiv presenta una complessità tale che rende indispensabile, al fine di garantire la massima sicurezza sia per i pazienti che per gli operatori sanitari, il mantenimento di una stretta collaborazione tra il Centro trapianti e le strutture esterne che seguono il paziente nella fase pre- e post-trapianto.

D) Centri trapianto partecipanti

Tutti i Centri trapianto autorizzati dal Cnt, sulla base del possesso degli specifici requisiti previsti dal presente protocollo.

E) Selezione dei pazienti

Tutti i potenziali candidati saranno valutati presso i Centri partecipanti al programma e i loro dati verranno inseriti in un apposito data-base, indipendentemente dalla valutazione finale. Si raccomanda che i Centri trapianto procedano in prima istanza alla verifica preliminare della sussistenza dei criteri aggiuntivi previsti dal presente protocollo, prima della effettuazione degli accertamenti comunque previsti dal protocollo del Centro trapianti. I pazienti con caratteristiche rispondenti ai criteri di inclusione proposti verranno inseriti nelle liste d'attesa, secondo le modalità già in essere per i pazienti senza infezione da Hiv.

I criteri di inclusione proposti comprendono, oltre a quelli generali per il trapianto vigenti presso i singoli centri, anche alcuni specifici, relativi all'infezione da Hiv.

F) Criteri aggiuntivi di inclusione

- Infezione da Hiv documentata;

- Capacità di fornire/acquisire il consenso informato;

- Pazienti mai trattati con terapia antiretrovirale con conta di linfociti Cd4+ circolanti, stabilmente ≥ 200 /mmc;

- Pazienti in terapia antiretrovirale, con conta dei linfociti Cd4+ ≥ 200 /mmc, stabile da almeno 6 mesi e Hiv-1-Rna undetectable al momento dell'inclusione in lista;

- Compliance al trattamento immunosoppressivo e antiretrovirale e alla profilassi delle infezioni opportunistiche, se indicata.

I pazienti verranno monitorati, a cura del centro che ha in carico il paziente, per Cd4 e Hiv-Rna con

cadenza trimestrale durante la permanenza in lista d'attesa. I risultati andranno inviati tempestivamente al Centro trapianti.

La perdita di uno o più criteri di inclusione determina uscita temporanea dalla lista fino al recupero di validità di tutti i criteri di inclusione.

G) Criteri di esclusione

1. Mancanza dei criteri immunologici e virologici di inclusione.

2. Storia di patologie opportunistiche per le quali non esistono al momento attuale opzioni terapeutiche efficaci (Criptosporidiosi, Leucoencefalopatia Multifocale Progressiva, Infezioni da Mycobacterium abscessus ecc.).

3. Diagnosi di Sarcoma di Kaposi viscerale.

4. Storia di neoplasia (eccezione fatta per carcinoma baso-cellulare e il carcinoma in situ della cervice con disease-free documentata superiore ai 5 anni; la guarigione dalla patologia neoplastica dovrà essere certificata da uno specialista oncologo).

II. Procedure del programma

A) Valutazione infettivologica pre-trapianto dei candidati

Con riferimento alla situazione immunologica nei confronti dei patogeni di seguito elencati, sarebbe auspicabile disporre di dati, raccolti nelle fasi precoci dell'infezione da Hiv.

1. Marker Hbv* e Hcv* (se HbsAg positivi determinazione Hbv-Dna serico, genotipo, ricerca resistenze verso farmaci antivirali anti-Hbv, HdV-Ab e HdV-Ag; se anti-Hcv positivi determinazione Hcv-Rna quantitativo con genotipo).

2. Sierologia toxoplasmosi*.

3. Sierologia virus epetici: Hcmv*, Hsv, Vzv, Ebv*, Hhv-6, Hhv-8. Si raccomanda la determinazione della viremia con Pcr, nei casi si sieropositività a Hhv-6 e Hhv-8.

4. Intradermoreazione con 5 unità di Ppd (da considerarsi positiva se diametro ≥ 5 mm). In alternativa è possibile effettuare test che misurano la produzione di interferone gamma dopo stimolazione con antigeni specifici di M. Tuberculosis (quantiferon-Tb Gold Test e T-Spot Tb). Il riscontro di positività all'intradermoreazione tubercolinica o a quantiferon o T-Spot Tb, impone una accurata valutazione del paziente con indagini cliniche, strumentali nonché microbiologiche su escreato, urine, feci e sangue mirate alla ricerca di micobatteri. La tubercolosi attiva controindica il trapianto di qualunque organo. I pazienti per i quali venga esclusa la presenza di malattia tubercolare in atto devono essere trattati con Isoniazide (300 mg/die) in associazione a vitamina B6 per 6 mesi a partire dalla 30ª giornata post-trapianto. Ciò appare nella sua reale importanza se si considera la difficoltà che pone la terapia antitubercolare nel post-trapianto a causa delle interferenze farmacologiche tra rifampicina e farmaci immunosoppressori e anti-retrovirali.

5. Sierologia per la Lue. Tutti i pazienti che presentano una positività delle indagini sierologiche per la lue devono essere sottoposti a rachedenti, se compatibile con le condizioni dell'assetto coagulativo, per la determinazione di Fta-Abs sul liquor. Pazienti che non abbiano mai ricevuto trattamento specifico o che presentino positività di Fta-Abs sul liquor devono ricevere adeguato trattamento pre-trapianto (Penicillina G 12 milioni di unità/die e.v. per 10 giorni o Ceftriaxone 1 gr/die per 14 giorni);

6. Tampone nasale e ascellare o inguinale per ricerca Staphylococcus aureus metilcillina-resistente (Mrsa)#. Se colonizzati a livello nasale verranno sottoposti a un trattamento di "decolonizzazione" con un unguento a base di mupirocina 2% (2 applicazioni al dì per 5 giorni); se colonizzati a livello cutaneo verranno sottoposti a bagni quotidiani per 10 giorni con sapone a base di clorexidina; al termine della terapia verranno ripetuti tamponi di controllo.

7. Esame coproparassitologico.

8. Coprocultura #+ tampone rettale per ricerca enterococchi vancomicina-resistenti.

9. Urinocoltura #.

10. Ecotomografia addominale.

11. Ortopantomografia con bonifica di eventuali foci dentari.

12. Altri esami batteriologici solo su indicazione clinica.

13. Visite ed esami specialistici preventivi in funzione dei dati anamnestici e della visita clinica (visita oncologica, urologica, ginecologica ecc...).

(* Tali determinazioni vanno ripetute ogni 2 mesi nei pazienti sieronegativi; # da ripetere al momento del trapianto)

B) Vaccinazioni

- Vaccinazione antipneumococcica.

- Vaccinazione antinfluenzale.

- Vaccinazione anti epatite B (nei soggetti sprovvisti di immunità naturale o vaccinale).

- Vaccinazione anti epatite A (nei soggetti sprovvisti di immunità naturale o vaccinale).

C) Profilassi antibatterica peri-operatoria

Verranno utilizzati gli schemi di profilassi antibatterica in uso presso ciascun centro.

D) Profilassi anti-infettive o protocolli di sorveglianza da attuarsi nel periodo post-operatorio

L'instaurazione di regimi profilattici anti-infettivi da protrarsi anche per lungo tempo dopo il trapianto, costituisce ormai una consuetudine in numerosi centri soprattutto statunitensi. È infatti dimostrato che la somministrazione di cotrimoxazolo a basso dosaggio è in grado di prevenire la polmonite da Pneumocystis jiroveci così come basse dosi di acyclovir cancellano di fatto il problema delle infezioni muco-cutanee da virus dell'herpes simplex. Il crescente problema di contenimento dei costi e la tossicità legata all'assunzione cronica di terapie farmacologiche impongono peraltro una rivisitazione di tale approccio.

1. Hsv-1, Hsv-2. In presenza di immunità da pregressa infezione nel ricevente, non si ritiene utile la profilassi delle infezioni da Hsv alla luce della semplicità di trattamento (Acyclovir 400 mg b.i.d. per 10 giorni) delle manifestazioni cliniche in caso di riattivazione. Qualora il ricevente risultasse anti-Hsv-1 o anti-Hsv-2 negativo allo screening pre-trapianto e ricevesse un organo da donatore positivo per gli anticorpi anti-Hsv 1 o 2 rispettivamente, deve essere intrapresa profilassi con acyclovir 400 mg ogni 12 ore da proseguire almeno per i primi 3 mesi post-trapianto con attento monitoraggio clinico e virologico.

2. Pneumocystis jiroveci. Toxoplasma gondii. Nonostante la bassa incidenza dell'infezione da Pneumocystis jiroveci nel trapianto di rene, l'entità dell'immunosoppressione, indotta farmacologicamente nel corso dei primi mesi post-trapianto, suggerisce di adottare una profilassi primaria sistemica in tutti i pazienti mediante l'impiego di cotrimoxazolo (160 mg di Tmp) a giorni alterni in associazione ad acido folico nel corso dei primi 6 mesi post-trapianto. In pazienti che presentino al 6° mese livelli di Cd4 ≤ 200 /mmc la profilassi andrà proseguita come raccomandato dalle linee guida. Tale profilassi risulta inoltre efficace anche nel prevenire la toxoplasmosi.

3. Infezione da atomegalovirus umano (Hcmv). Del tutto contrastanti sono i risultati di studi clinici randomizzati tesi a valutare il ruolo della somministrazione profilattica di acyclovir, ganciclovir, foscarnet o di immunoglobuline "iperimmuni" anti-Hcmv. Non si ritiene pertanto di raccomandare alcun regime profilattico ma di effettuare una sorveglianza virologica nel corso dei primi 3 mesi post-trapianto sulla base della quale impostare la terapia pre-sintomatica. Va aggiunto che in tal modo è inoltre possibile prevenire l'emergenza di ceppi di Hcmv resistenti al ganciclovir e/o al foscarnet, che classica-

(segue da pagina 4)

mente si accompagna a trattamenti antivirali protratti nel tempo. È infatti noto che le attuali strategie profilattiche dell'infezione da Hcmv in molti centri di trapianto prevedono la somministrazione di ganciclovir per via venosa o valganciclovir per via orale per tempi che si protraggono per 100-200 giorni dopo il trapianto. Si raccomanda pertanto il controllo settimanale di antigenemia pp65 o preferibilmente di Hcmv-Dna nel sangue periferico nel corso delle prime 12 settimane post-trapianto. Successivamente controlli mensili o su indicazione clinica. La terapia pre-sintomatica anti-citomegalovirus andrà effettuata con ganciclovir (5 mg/kg b.i.d. e.v.) o valganciclovir 900 mg per os ogni 12 ore (posologia da correggere in caso di insufficienza renale) per almeno 14 giorni o sino alla negativizzazione dell'antigenemia o della Dnaemia utilizzando valori soglia da concordare in base alla tipologia e performance dei test erogati dai singoli laboratori (il Cnt è a disposizione per fornire specifica consulenza per individuare la migliore strategia da seguire nei singoli centri). La terapia con ganciclovir o valganciclovir andrà somministrata alle medesime dosi in presenza di infezione sintomatica. In caso di persistenza di livelli elevati di antigenemia o di Dnaemia o di incremento dell'antigenemia in associazione a positività della viremia va fortemente sospettata la presenza di infezione sostenuta da ceppi di Hcmv resistenti al ganciclovir ed è quindi opportuno effettuare le indagini virologiche per l'individuazione di eventuali mutanti resistenti e provvedere all'instaurazione di terapia con foscarnet (90 mg/kg b.i.d.). Per la frequente coesistenza di resistenza sia a ganciclovir che a cidofovir, tale farmaco andrà impiegato solo dopo che ne sia stata documentata la sensibilità. Cidofovir andrà somministrato insieme a probenecid, seguendo lo schema convenzionale di somministrazione (2 somministrazioni da 5 mg/kg a distanza di una settimana, seguite da 5 mg/kg ogni due settimane), sino a negativizzazione del parametro virologico monitorizzato.

4. Ebv. I pazienti verranno sottoposti, con cadenza trimestrale, a prelievo ematico per la determinazione quantitativa con metodica Pcr del Dna di Ebv.

5. Hhv-6. I pazienti verranno sottoposti, con cadenza settimanale per i primi 3 mesi post-trapianto, a prelievo ematico per la determinazione qualitativa con metodica Pcr del Dna di Hhv-6.

6. Hhv-8. I pazienti verranno controllati dopo il trapianto con cadenza mensile per la ricerca di lesioni compatibili con sarcoma di Kaposi. In tale occasione a tutti i pazienti verrà effettuato un prelievo ematico per la determinazione con metodica Pcr del Dna di Hhv-8 ai pazienti che presentino lesioni, verrà effettuata inoltre una biopsia cutanea per indagini istopatologiche e per la ricerca di Hhv-8 su tessuto.

7. Micosi profonde. Non si consiglia alcun regime profilattico. Si raccomandano il monitoraggio settimanale del galattomannano di Aspergillus e l'individuazione dei pazienti a rischio aumentato di micosi invasive da trattare con approccio pre-sintomatico. Si raccomanda la sorveglianza delle infezioni da Candida, con particolare riguardo all'esofage.

IV. Aspetti organizzativi e di monitoraggio del programma

La non esecuzione o il mancato rispetto delle scadenze previste dal presente protocollo nel pre e post operatorio, possono rappresentare, per il centro trapianti, motivo di sospensione dal programma stesso. Il Board Trapianti in Hiv e la Commissione tecnico-scientifica trapianti in Hiv operanti presso il Cnt si fanno carico dell'organizzazione di riunioni periodiche nel corso delle quali si verificherà lo stato di avanzamento del programma e della raccolta dati. Sono previste "audit" a cura del Cnt presso i Centri per valutare l'efficacia e la sicurezza della procedura.

IV. Analisi dei dati

Il data base dei pazienti inclusi in lista e di quelli trapiantati sarà centralizzato presso il Cnt. Sulla casistica potranno essere condotti studi proposti sia dal Cnt che dai centri partecipanti, inclusi i centri di coordinamento (Crt/Cir), previa approvazione da parte del Board trapianti in Hiv.

V. Attivazione locale del Programma

Tutti i centri di trapianto che presentano i requisiti previsti e che desiderano intraprendere tale attività, devono ottenere l'autorizzazione dal proprio assessore, previo parere dei direttori generali delle aziende coinvolte e del Centro nazionale trapianti che svolge funzione di coordinatore del programma e si occupa della sorveglianza, della registrazione e dell'analisi centralizzata delle informazioni generate dal programma nelle sue varie fasi.

(...omissis...)

Il testo integrale del documento è consultabile tra gli atti della Regione Toscana.

rina A. Tacrolimus, Rapamicina ecc. ed ai relativi aggiustamenti posologici. I livelli ematici dei farmaci verranno monitorati quotidianamente dopo l'inizio della Haart. Cambiamenti nella terapia antiretrovirale dovranno comportare una revisione dei dosaggi dei farmaci immunosoppressori. Le esperienze preliminari documentano che con l'impiego degli inibitori delle proteasi (Pi) si osserva una significativa interferenza con il tacrolimus che è stato somministrato alla dose di 1 mg/settimana. Alla luce della già complessa interazione tra Pi e tacrolimus, l'uso di azoli antifungini e di rapamicina viene scoraggiato. Meno pronunciate sono le interferenze tra tacrolimus ed inibitori non nucleosidici della transcriptasi inversa (Nnrti) anche se le concentrazioni plasmatiche di tacrolimus vengono negativamente influenzate dalla concomitante somministrazione di efavirenz.

F) Trattamento antiretrovirale

I regimi da utilizzare e le indicazioni sul comportamento in caso di tossicità o inefficacia sono quelli consigliati dalle linee guida internazionali.

La terapia antiretrovirale sarà sospesa per il tempo necessario alle procedure chirurgiche, ma deve essere ripresa il più precocemente possibile, se possibile in 7ª giornata post-trapianto.

G) Terapia di infezioni da virus epatitici (Hbv e Hcv)

Per ciò che attiene alla gestione di eventuali co-infezioni da virus epatitici valgono le raccomandazioni diagnostiche-terapeutiche previste per i soggetti anti-Hiv negativi.

H) Controlli post operatori

- Controllo delle sottopopolazioni linfocitarie: determinazioni quindicinali nel primo mese post trapianto, in seguito determinazioni mensili.

- Controllo Hiv Rna: determinazioni mensili.

- I restanti controlli, incluse le determinazioni dei livelli ematici dei farmaci immunosoppressori si svolgeranno secondo gli schemi in uso presso i centri trapianto.

I) Follow up e valutazione della risposta

Il follow up sarà quello previsto per ogni paziente trapiantato, completato dalle determinazioni della carica virale e delle sottopopolazioni linfocitarie. Tutte le complicanze infettive, neoplastiche, rigetti ecc. che il paziente presenta nel corso del follow-up andranno registrate.

III. Aspetti organizzativi e di monitoraggio del programma

La non esecuzione o il mancato rispetto delle scadenze previste dal presente protocollo nel pre e post operatorio, possono rappresentare, per il centro trapianti, motivo di sospensione dal programma stesso. Il Board Trapianti in Hiv e la Commissione tecnico-scientifica trapianti in Hiv operanti presso il Cnt si fanno carico dell'organizzazione di riunioni periodiche nel corso delle quali si verificherà lo stato di avanzamento del programma e della raccolta dati. Sono previste "audit" a cura del Cnt presso i Centri per valutare l'efficacia e la sicurezza della procedura.

IV. Analisi dei dati

Il data base dei pazienti inclusi in lista e di quelli trapiantati sarà centralizzato presso il Cnt. Sulla casistica potranno essere condotti studi proposti sia dal Cnt che dai centri partecipanti, inclusi i centri di coordinamento (Crt/Cir), previa approvazione da parte del Board trapianti in Hiv.

V. Attivazione locale del Programma

Tutti i centri di trapianto che presentano i requisiti previsti e che desiderano intraprendere tale attività, devono ottenere l'autorizzazione dal proprio assessore, previo parere dei direttori generali delle aziende coinvolte e del Centro nazionale trapianti che svolge funzione di coordinatore del programma e si occupa della sorveglianza, della registrazione e dell'analisi centralizzata delle informazioni generate dal programma nelle sue varie fasi.

(...omissis...)

COLLABORAZIONE REGIONE-PAESI TERZI-ISTITUZIONI EUROPEE

Cooperazione internazionale: al Meyer il coordinamento

L'Aou elaborerà un programma operativo triennale sugli obiettivi

Pubblichiamo la delibera n. 909/2012 «Istituzione del "Centro di Salute Globale" presso l'Azienda ospedaliero-universitaria A. Meyer» di Firenze che dovrà mettere a punto il programma operativo su obiettivi, ambiti di interesse, partenariati, attività, funzioni e costi della struttura entro 90 giorni

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la Lr 22 maggio 2009, n. 26 (Disciplina delle attività europee e di rilievo internazionale della Regione Toscana);

Visto il Piano integrato delle attività internazionali 2012-2015 approvato dal Consiglio regionale con Deliberazione n. 26 del 4 aprile 2012;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con Deliberazione n. 53 del 16 luglio 2008 del Consiglio regionale e, in particolare, il punto 5.6.1.5 La cooperazione internazionale;

Dato atto che il Psr 2008-2010 resta in vigore, ai sensi dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011 n. 66, fino all'entrata in vigore dei Piani e Programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal Prs 2011-2015, e dal Psir 2012-2015;

Vista la Strategia regionale di cooperazione sanitaria internazionale 2012, approvato con deliberazione di Giunta regionale n. 299 del 16 aprile 2012 con la quale è stata prenotata la somma di euro 2.000.000,00 sul capitolo 24044 del bilancio gestionale 2012;

Considerato che nella suddetta deliberazione n. 299 del 16 aprile 2012 si indica il potenziamento della ricerca scientifica, lo sviluppo e l'innovazione in ambito sanitario all'interno del territorio regionale sulla tematica della salute globale tra le priorità e delle sottopopolazioni linfocitarie. Tutte le complicanze infettive, neoplastiche, rigetti ecc. che il paziente presenta nel corso del follow-up andranno registrate.

Vista la proposta di deliberazione al Consiglio regionale n. 38 del 19/12/2011 "Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015" che al capitolo 7.7 prevede di istituire presso l'Aou Meyer una struttura di coordinamento regionale sulla tematica della salute globale;

Preso atto della necessità, in merito alla tematica suddetta, di contribuire a diffondere la consapevolezza delle disuguaglianze esistenti e delle cause che le hanno prodotte, dei meccanismi che le alimentano e le aggravano; del dovere della comunità scientifica di affrontare in modo diffuso e sistemico i temi dell'equità, dello sviluppo sostenibile, della difesa della dignità e della vita degli uomini; della necessità di studi approfonditi, di valutazioni indipendenti, di una trasmissione estesa delle informazioni e delle conoscenze; della necessità di disegnare e rendere attivi progetti di cooperazione sanitaria internazionale caratterizzati per un approccio di sistema alla salute;

Valutata l'opportunità di istituire una struttura di coordinamento a carattere regionale - denominata "Centro di Salute Globale" - che provveda allo svolgimento di tali funzioni attraverso attività di coordinamento e valorizzazione delle iniziative regionali presenti e di promozione di nuove attività nell'ambito della Salute globale e che si configuri come una struttura di riferimento in cui professori e ricercatori universitari, dottorandi e studenti di varie discipline, medici professionisti e in formazione specialistica possano occuparsi a vario titolo di salute globale, ossia degli effetti della globalizzazione sulla salute al di là delle problematiche individuali dei singoli Paesi, radicando il suo approccio teorico sui determinanti sociali della salute e i principi della Dichiarazione di Alma Ata;

Dato atto che per l'anno 2012 i costi della istituenda struttura "Centro di Salute globale" saranno coperti con le risorse già assegnate con la deliberazione n. 299 del 16 aprile 2012 e che per gli esercizi successivi gli oneri di tale struttura saranno garantiti dalle risorse stanziare annualmente sul bilancio regionale per il finanziamento delle iniziative di cooperazione internazionale in ambito sanitario;

5) di dare mandato al dirigente del settore "Governo clinico, Programmazione e Ricerca" di emanare successivamente gli atti necessari per l'adozione e l'attuazione del programma operativo di cui al punto 3. ●

lizzazione sulla salute al di là delle problematiche individuali dei singoli Paesi, radicando il suo approccio teorico sui determinanti sociali della salute e i principi della Dichiarazione di Alma Ata;

Dato atto che per l'anno 2012 i costi della istituenda struttura "Centro di Salute globale" saranno coperti con le risorse già assegnate con la deliberazione n. 299 del 16 aprile 2012 e che per gli esercizi successivi gli oneri di tale struttura saranno garantiti dalle risorse stanziare annualmente sul bilancio regionale per il finanziamento delle iniziative di cooperazione internazionale in ambito sanitario;

Vista la Deliberazione n. 508 del 9 luglio 2007 della Giunta regionale in cui l'Aou Meyer viene individuata come struttura tecnica di riferimento per l'attuazione delle strategie di cooperazione sanitaria internazionale e che, a seguito della suddetta deliberazione, presso l'Aou Meyer è stata istituita una struttura organizzativa dedicata alle relazioni internazionali in Sanità;

Ritenuto di valorizzare l'esperienza realizzata presso l'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer di Firenze in qualità di soggetto attuatore delle strategie regionali di cooperazione sanitaria internazionale e di pre-

vedere, pertanto, che il suddetto "Centro di Salute globale" afferisca organizzativamente a detta azienda sanitaria con specifico riferimento alla struttura ivi prevista e deputata alle relazioni internazionali in Sanità. Il Centro si integra con la attività della suddetta struttura della Aou Meyer ed è diretto dal Responsabile della medesima.

a voti unanimi delibera

1) di istituire, per quanto espresso in narrativa, una struttura di coordinamento a carattere regionale sulla tematica della Salute globale e delle iniziative di cooperazione sanitaria internazionale ivi compresi lo sviluppo di accordi di collaborazione sanitaria e la prestazione di servizi sanitari tra la Regione Toscana e Paesi terzi nonché i rapporti con le istituzioni europee;

2) di stabilire che la struttura, di cui al punto 1, afferisca organizzativamente all'Aou Meyer con specifico riferimento alla struttura prevista presso la medesima azienda e deputata alle relazioni internazionali in Sanità. Il Centro si integra con le attività della suddetta struttura della Aou Meyer ed è diretto dal responsabile della medesima;

3) di dare mandato alla suddetta struttura dell'Aou Meyer a elaborare un programma operativo triennale, dove vengono definiti: gli obiettivi, gli ambiti di interesse specifici, i partenariati, le attività, le funzioni nonché i costi della struttura stessa. Il suddetto programma dovrà essere predisposto entro 90 giorni dall'approvazione del presente atto;

4) di stabilire che per l'anno 2012 i costi della istituenda struttura "Centro di Salute globale" saranno coperti con le risorse già assegnate con la deliberazione n. 299 del 16 aprile 2012 e che per gli esercizi successivi gli oneri di tale struttura saranno garantiti dalle risorse stanziare annualmente sul bilancio regionale per il finanziamento delle

DOCUMENTI **Recepito l'accordo Stato-Regioni per l'accreditamento delle banche**

Cordone, raccolta toscana

Modelli secondo le esigenze locali per la raccolta del sangue a uso autologo

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera n. 848/2012 che recepisce l'intesa Stato-Regioni del 2011 sulle «Linee guida per l'accreditamento delle banche di sangue da cordone ombelicale»

LA GIUNTA REGIONALE

Vista la legge del 21 ottobre 2005, n. 219, «Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati»;

Visto il decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191 recante «Attuazione della direttiva 2004/23/Ce sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani»;

Visto il decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 16 «Attuazione delle direttive 2006/17/Ce e 2006/86/Ce, che attuano la direttiva 2004/23/Ce per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani».

Visto il decreto ministeriale del 18 novembre 2009 «Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale»;

Vista l'ordinanza del ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali del 26 febbraio 2009 «Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale»;

Considerato quanto riportato nei seguenti atti:

- accordo del 29 ottobre 2009 ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante:

«Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale» dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 184/Csr) e riportato nell'Allegato A parte integrante del presente provvedimento;

- Accordo del 20 aprile 2011 ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale» dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 75/Csr) e riportato nell'Allegato B parte integrante del presente provvedimento;

Ritenuto di recepire, per ragioni di urgenza e in via amministrativa, i contenuti degli accordi sopra citati e allegati al presente atto, ferma restando l'autonomia regionale per ciò che attiene ai modelli organizzativi più consoni alla realtà territoriali;

a voti unanimi

DELIBERA

1) di recepire l'Accordo del 29 ottobre 2009 ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano recante: «Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale» dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 184/Csr) e riportato nell'Allegato A parte integrante del presente provvedimento;

2) di recepire l'Accordo del 20 aprile 2011 ai sensi dell'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 191 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale» dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 75/Csr) e riportato nell'Allegato B, parte integrante del presente provvedimento;

3) di dare mandato alle strutture regionali di predisporre gli atti necessari per la modifica della normativa regionale relativamente ai contenuti di carattere normativo degli atti recepiti;

4) di dare atto che l'applicazione della presente delibera non comporta oneri diretti a carico del bilancio regionale.

ALLEGATO A

Linee guida per l'accreditamento delle banche di sangue da cordone ombelicale

Le Linee guida per l'accreditamento delle Banche di sangue da cordone ombelicale (Sco) sono definite con accordo Stato-Regioni ai sensi delle disposizioni dell'articolo 6, comma 1 del decreto legislativo 191/2007, sulla base delle indicazioni all'uso fornite dal Centro nazionale sangue (Cns) e dal Centro nazionale trapianti (Cnt), per le rispettive competenze. Tali linee guida definiscono gli aspetti organizzativi tecnici e operativi che caratterizzano le attività proprie delle banche di Sco, dalla raccolta al rilascio delle unità cordonali per finalità terapeutiche. Tali linee guida tengono in considerazione le indicazioni fornite dagli standard professionali di valenza internazionale (Fact - Netcord, quarta edizione) e dagli standard operativi del Registro lbmdr per gli aspetti relativi alle attività di selezione e rilascio delle unità cordonali in ambito nazionale e internazionale. Tali linee guida potranno essere soggette a revisione, con accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni e Province autonome, in rapporto all'evoluzione delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle normative di riferimento su indicazione di Cns e Cnt, per i rispettivi ambiti di competenza, in coerenza con le finalità e i principi organizzativi definiti dal decreto 18 novembre 2009 «Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale» (lctbn).

Campo di applicazione

Le presenti linee guida, si applicano alle Banche di Sco pubbliche ricon-

sciute dalle Regioni e Province autonome di appartenenza e ai punti nascita collegati alle banche per lo svolgimento delle attività di raccolta consentite dalla normativa vigente, e per le relative responsabilità, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di autorizzazione, accreditamento e relativo sistema ispettivo, in capo alle Regioni e Province autonome.

Le presenti linee guida si applicano a tutte le fasi del processo di bancaggio di Sco raccolto per le finalità definite e consentite dal decreto 18 novembre 2009 «Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale» e dal decreto 18 novembre 2009 «Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato».

1. Requisiti generali

1.1. La Banca, in coerenza con la legge 21 ottobre 2005, n. 219 e fatte salve le situazioni esistenti, è una articolazione organizzativa del Servizio trasfusionale.

1.2. La Banca, come individuata ai sensi dell'articolo 1, commi 1 e 2, del decreto 18 novembre 2009 «Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale», deve disporre di risorse strutturali, organizzative e tecnologiche, qualitativamente e quantitativamente commisurate a svolgere le attività relative alle tipologie di raccolta consentite dalla normativa vigente.

1.3. L'attività di raccolta dei punti nascita collegati alla Banca deve essere garantita possibilmente senza interruzioni orarie e giornaliere e senza alcuna interferenza con l'assistenza al parto.

1.4. La Banca deve definire gli assetti organizzativi da adottare per garantire la processazione delle unità raccolte e il congelamento delle unità idonee al bancaggio.

1.5. Fatti salvi gli specifici atti di programmazione stabiliti dalle Regioni e Province autonome, il numero delle Banche sul territorio regionale e nazionale deve essere commisurato ai bisogni del bacino di utenza, nell'ottica della razionalizzazione dell'impiego delle risorse del Ssn e della conformità agli standard internazionali, al fine di garantire elevati livelli di qualità e sicurezza. Il soddisfacimento dei bisogni, commisurati al bacino di utenza e alle potenzialità di raccolta, si persegue anche attraverso il potenziamento della rete esistente e lo sviluppo di programmi di raccolta regionali e interregionali.

1.6. Nell'ambito della programmazione regionale e nazionale le Banche concorrono al conseguimento degli obiettivi qualitativi e quantitativi definiti, rappresentati da elevati standard di qualità e sicurezza dei prodotti biologici bancati, dall'incremento delle unità disponibili per trapianto e dall'aumento dell'attività di rilascio.

1.7. Le Banche devono notificare eventi e reazioni avverse gravi connessi con la raccolta, processazione, stoccaggio e trasporto delle Cse con modalità descritte dagli artt. 10 e 11 del decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 16 e dagli standard lbmdr.

2. Requisiti organizzativi

2.1. Il direttore del Servizio trasfusionale, presso cui insiste la Banca, fatte salve le situazioni di afferenza esistenti, sovrintende alle attività della

Banca ed è responsabile della sua organizzazione complessiva.

2.2. Il responsabile della Banca ha in capo la responsabilità dell'organizzazione operativa della Banca stessa; esso è in possesso dei requisiti previsti dalle disposizioni normative vigenti in materia. Ove il responsabile sia un laureato non medico, il direttore del Servizio trasfusionale, fatte salve le situazioni di afferenza esistenti, individua il medico responsabile degli aspetti clinici relativi alle attività della Banca stessa.

2.3. Deve essere presente un referente del sistema di gestione per la qualità, che deve essere persona diversa dal responsabile della Banca; qualora la funzione di garanzia della qualità sia ricoperta da persona che opera nella Banca stessa, l'operatività del soggetto deve essere valutata da persona diversa.

2.4. La Banca deve avere una dotazione di personale adeguata al carico di lavoro e dedicata allo svolgimento delle attività gestionali-amministrative, di caratterizzazione, manipolazione, congelamento e conservazione del prodotto biologico, e di selezione e rilascio delle unità cordonali.

2.5. La Banca deve attivare e mantenere una rete integrata con i punti nascita territorialmente afferenti, che abbiano un numero di parti adeguato (di norma >500/anno) a mantenere nel tempo le competenze del personale addetto alla raccolta, a garanzia della qualità e della sicurezza del prodotto raccolto. La Banca deve inoltre mettere in atto le misure necessarie a garantire la raccolta dedicata.

2.6. Il punto nascita deve avere una sola Banca di riferimento nell'ambito di quelle che compongono la Rete nazionale di banche per la conservazione di Sco.

2.7. Nell'ambito della definizione dei rapporti tra la Banca e i punti nascita regionali a essa afferenti, devono essere previsti accordi scritti che forniscano l'evidenza degli impegni reciprocamente assunti dalle Direzioni delle Aziende sanitarie/Enti coinvolte e dei termini di recessione degli accordi stessi.

2.8. Nell'ambito della definizione dei rapporti tra la Banca e i punti nascita extra-regionali a essa afferenti, devono essere previsti accordi scritti che forniscano l'evidenza degli impegni reciprocamente assunti dalle Regioni oltre che dalle Direzioni delle Aziende sanitarie/Enti coinvolte e dei termini di recessione degli accordi stessi.

2.9. La Banca monitora l'attività di raccolta, per le finalità consentite, attraverso un set di indicatori definiti sulla base di riferimenti nazionali condizi. La loro valutazione a intervalli regolari, coinvolge i responsabili dei Punti nascita afferenti.

2.10. La Banca definisce, sulla base di riferimenti nazionali condivisi, lo standard minimo richiesto per ciascun indicatore e i valori critici per la valutazione delle competenze del personale addetto e il mantenimento della attività della raccolta presso il Punto nascita. I criteri e le modalità adottate per la eventuale revoca della raccolta presso i punti nascita devono essere esplicitati negli accordi interaziendali di collaborazione e alla Struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali (Src).

2.11. Nell'ambito di accordi con enti terzi, fornitori di spazi e attrezzature per la conservazione delle unità cordonali, devono essere definiti an-

che gli aspetti relativi al trasporto, alla tracciabilità e alla gestione di incidenti che possano mettere a rischio la qualità del prodotto biologico.

2.12. La Banca di Sco deve possedere adeguati collegamenti telematici in grado di facilitare la ricerca di unità compatibili e il collegamento con il Registro nazionale donatori di midollo osseo (lbmdr). Tali collegamenti debbono comprendere: telefoni, fax, e-mail, internet.

2.13. La Banca di Sco deve potersi avvalere di un laboratorio di tipizzazione Hla accreditato Efi o Ashi.

3. Requisiti tecnici di processo

3.1. Selezione e valutazione del donatore

3.1.1. *Materiale informativo e consenso informato*

3.1.1.1. La raccolta di Sco può essere effettuata solo dopo aver ottenuto il consenso informato della madre e ove applicabile di entrambi i genitori, in conformità alle normative vigenti.

3.1.1.2. Il consenso informato non può essere raccolto durante il travaglio.

3.1.1.3. L'utilizzo dei dati anagrafici e sensibili della coppia e del bambino da parte della Banca, deve avvenire in conformità agli obblighi previsti dalla normativa vigente in materia di tutela dei dati personali.

3.1.1.4. Entrambi i genitori possono esercitare la facoltà di ritirare il consenso alla donazione fino al momento della raccolta, fermo restando che in caso di disaccordo la decisione finale spetta alla madre.

3.1.1.5. Il consenso deve chiaramente esprimere la rinuncia della madre/genitori alla conservazione del Sco a esclusivo beneficio del neonato in qualsiasi momento della sua vita. (Decreto 3 marzo 2005, Protocolli per l'accertamento dell'idoneità del donatore di sangue ed emocomponenti, articolo 9, comma 4).

3.1.1.6. La Banca deve dare informazione completa e corretta alla madre/coppia, almeno riguardo i seguenti aspetti:

- possibilità di raccolta e conservazione previste in ottemperanza alla normativa vigente;
- procedura di raccolta;
- conservazione di campioni biologici della madre e dell'unità, finalizzata all'esecuzione di test successivi;
- rilascio di informazioni anamnestiche personali e familiari al fine di accertare l'idoneità dell'unità;
- rischi e benefici per la madre e per il bambino correlati alla raccolta;
- impegni della madre/coppia in relazione alla tipologia di raccolta e conservazione;
- possibili impieghi dell'unità raccolta;
- test eseguiti sull'unità di Sco e sui campioni materni (genetici, infettivologici ecc.) finalizzati alla qualificazione biologica;
- diritto di rifiutare il consenso alla raccolta senza alcun pregiudizio;
- diritto a ricevere informazioni nel caso di risultati delle analisi di laboratorio sui campioni di sangue materno o di Sco che risultino ambigui o positivi.

3.1.1.7. È fortemente raccomandata l'approvazione del Consenso informato dal Comitato etico locale.

(...omissis...)

Il testo integrale del documento è consultabile tra gli atti della Regione Toscana.

LUCCA Protocollo tra l'Asl e l'istituto di pena per la prevenzione sanitaria

Carceri, accordo anti-suicidio



Potenziato lo staff di accoglienza - Formazione per gestire le urgenze

Lucca all'avanguardia sul tema della prevenzione del suicidio in carcere. Pur essendoci stato nell'ultimo decennio un solo caso di suicidio nella Casa circondariale, vista l'importanza di attuare un'efficace azione preventiva, il direttore generale dell'Asl 2 Lucca Antonio D'Urso e il direttore della Casa circondariale di Lucca Francesco Ruello hanno firmato un protocollo che raccoglie le direttive internazionali (World Health Organization), nazionali e regionali in

tema di "prevenzione del suicidio in carcere" e che rappresenta un'implementazione degli accordi già esistenti tra la Casa circondariale di Lucca e l'Asl lucchese.

I contenuti e gli obiettivi del protocollo nascono dalla considerazione che la carcerazione è un fattore specifico di vulnerabilità che induce ai gesti autoaggressivi, inequivocabili segnali del grave stato di disagio in cui vivono i detenuti. L'attività sanitaria in carcere si fonda quindi su un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato e integrato, sottoposto a periodiche verifiche. Il progetto costituisce la risposta del Servizio sanitario alla domanda d'aiuto e viene elaborato e verificato in équipe. Dal 3 maggio 2012 nel carcere di S. Giorgio sono garantite da parte dell'Asl 2 di Lucca 18 ore settimanali di presenza specialistica psichiatrica.

Importante anche l'accoglienza dei "nuovi giunti" (dalla libertà o dai trasferimenti), multidisciplinare e mirata a individuare con tempestività i

bisogni sociali e di salute (generale, psicologica e psichiatrica) dei detenuti e a coinvolgere in una progettualità condivisa tutti gli operatori. Per quanto riguarda la presa in carico i componenti dello staff di accoglienza e sostegno lavorano sempre in stretta collaborazione tra loro: i medici dell'istituto, il personale del Sert operante in carcere, lo psicologo, gli educatori e gli assistenti sociali presenti, il personale di polizia penitenziaria preposto alla vigilanza.

Tutto nel quadro di un'eccellenza che vede e vedrà anche riunioni periodiche che enfatizzano l'importanza della comunicazione strutturata tra le figure professionali sanitarie e penitenziarie; la gestione delle urgenze ed emergenze cliniche di interesse psicopatologico; la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti; l'informatizzazione delle attività.

Sirio Del Grande
Ufficio Stampa Asl 2 Lucca

AREZZO

Nasce la quinta Casa della salute Nuova sede per la prevenzione

Nasce a Ponte a Poppi la quinta Casa della salute dell'Asl aretina. Taglio del nastro anche per la nuova sede degli uffici della prevenzione a Poppi alto. Una doppia inaugurazione «Diverse nel nome, ma non nella finalità - ha sottolineato Enrico Desideri, direttore generale dell'Asl - la prevenzione è la vera medicina per una buona Sanità».

La nuova sede della prevenzione ospiterà i trenta operatori delle Unità funzionali di prevenzione, igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro, Sanità pubblica, igiene alimenti e nutrizione, Sanità pubblica veterinaria e ufficio supporto amministrativo dipartimento della prevenzione. Restano invece nell'ex Cta di Poppi (distante poche decine di metri) la medicina legale, l'ambulatorio invalidi civili, il servizio veterinario per le attività di anagrafe canina (identificazione/iscrizione cani e la Società della salute del Casentino, ormai in via di chiusura). Al Comune è andata l'altra parte di ex ospedale non utilizzata dall'Asl.

«Abbiamo valorizzato - ha detto Graziano Agostini, sindaco di Poppi - un palazzo del centro storico ed evitato di impoverire Poppi di uffici a valenza com-

prensoriale che altrimenti avrebbero rischiato di finire concentrati in una unica sede a Bibbiena».

La nuova Casa della Salute nasce dalla ristrutturazione di un vecchio rudere, proprio nel centro di Ponte a Poppi, in posizione strategica vicino a tutti i servizi, con un ampio parcheggio a sua disposizione e senza alcuna barriera architettonica. La Casa della Salute è la quinta inaugurata in due anni dall'Asl. A breve ne arriveranno altre 5, mantenendo

**In programma
la creazione di altre
cinque strutture**

la provincia all'avanguardia in questa scelta che adesso è diventata anche una strategia della legge 189/2012. Qui saranno tanti i servizi che troveranno ospitalità: il Cup, l'attività

ambulatoriale specialistica convenzionata di oculistica e di ortopedia, 10 ambulatori multidisciplinari (3 per specialisti UsI, 2 per pediatri, 5 per medici di medicina generale), ampie sale di attesa, il punto prelievi, il Sert, il Sim, l'ufficiale sanitario di zona, il servizio infermieristico Adi e sarà valutato presto se portarvi anche la Guardia medica o lasciarla presso la struttura di Cerreto.

Pierluigi Amorini
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

EMPOLI

Simulazione di maxiemergenze: tutti i soccorsi in caso di terremoto

Una simulazione di un evento fortunatamente non reale, ma il più realistica possibile, si è svolta a Castelfiorentino, con il coinvolgimento anche dell'ospedale "San Giuseppe" di Empoli.

L'esercitazione denominata «Membrino 2012», organizzata dall'unità di crisi per le maxiemergenze dell'Asl 11 con le associazioni di volontariato del territorio ha previsto la simulazione di uno scenario con due eventi simultanei, uno di tipo incidentale e l'altro di trasferimento.

L'esercitazione rientra nel programma di eventi previsti dall'Asl per testare il proprio Piano di maxiemergenza e l'efficacia dei punti cardine: attivazione e costituzione dell'Unità sanitaria di crisi (Usc); procedure di Centrale operativa 118 e territoriali; Piano di emergenza interna per massiccio afflusso di feriti (Peimaf); Piano di emergenza interno per evacuazione (Peivac).

Lo scenario di simulazione è rappresentato da una scossa sismica di magnitudo 5.5 della scala Richter che provoca vari danni strutturali e feriti soprattutto negli edifici del centro storico, nell'ospedale "Santa Verdiana" e nel Palazzetto dello sport dove

**I servizi impegnati
con un sisma
di 5.5 gradi Richter**

è in corso una partita di pallacanestro. La centrale operativa del 118 mette subito in moto i soccorsi attivando anche l'Usc per le maxiemergenze. Le vittime del crollo del Palazzetto sono assistite, stabilizzate all'interno del Posto medico avanzato e trasportate verso il pronto soccorso dell'ospedale "San Giuseppe" di Empoli all'interno del quale sono previste l'accoglienza e l'organizzazione interna per il proseguimento delle cure. I pazienti

evacuati dal presidio ospedaliero "Santa Verdiana" sono inizialmente accolti in una zona sicura prospiciente l'ospedale e, poi, trasportati all'ospedale di Empoli dove sa-

rà attivato il dispositivo del Dipartimento di emergenza-urgenza per la selezione dei pazienti e il loro ricovero all'interno dei vari reparti dell'ospedale, in base alla complessità assistenziale.

L'esercitazione, durata circa tre ore, è stata condotta in modo tale da non ostacolare la consueta attività in nessuno dei reparti e delle strutture coinvolte, ma solo il personale sanitario non presente in turno.

Maria A. Cruciatà
Ufficio stampa Asl 11 Empoli

AREZZO /2

Diabete: team multiprofessionale per rispondere ai casi in aumento

Sono 17mila gli aretini ufficialmente riconosciuti come diabetici. E ce ne sono altrettanti che non sono certificati e altrettanti ancora che hanno una glicemia oscillante fra 100 e 125 e compongono la cosiddetta platea della "glicemia alterata a digiuno".

Un esercito di persone che combatte con questa malattia che nel mondo porta direttamente o indirettamente alla quarta causa di morte.

Un quadro della situazione presentato, in occasione della giornata mondiale contro il diabete a un convegno all'Auditorium del San Donato con la presenza di due tra i più importanti ricercatori del mondo (Ugo Bocci e Piero Marchetti dell'Università di Pisa), e i più qualificati operatori locali.

«Proteggiamo il nostro futuro» è lo slogan scelto quest'anno e che ha campeggiato in striscioni, manifesti e pullman, che l'Ada (Associazione diabetici aretini) ha diffuso in questa occasione.

Quello che ha lanciato Lucia Ricci, direttore della Diabetologia della Asl aretina è un autentico allarme: «A fronte del 6% della popolazione già conclama-

ta come colpita dal diabete, si assiste a un incremento che nemmeno gli scienziati si attendevano. In soli sei mesi nella nostra Provincia abbiamo avuto un incremento di 1.300 pazienti. Ci sono stati 300 casi di diabete gestazionale e 350 nuovi accessi alle cure per il piede diabetico».

La Asl di Arezzo ha organizzato negli anni un team che vede, assieme alla diabetologia, esperti della cardiologia, della chirurgia vascolare, delle malattie infettive, della oculistica e

adesso anche della pediatria, impegnati per dare le risposte più adeguate a un vero e proprio esercito che ogni anno cresce nelle sue

fila per chiedere di correre ai ripari. Il 20% degli ammalati della Provincia è sopra i 65 anni, ma questa malattia si va diffondendo a gran velocità fra i bambini con 3 su 10 di loro che sono in sovrappeso od obesi e spesso non accettano di cambiare stili di vita, nonostante la pressione di pediatri e medici di famiglia. Un autentico flagello sociale al quale porre sempre più attenzione.

**In appena sei mesi
un incremento
di 1.300 pazienti**

P.Am.
Ufficio stampa Asl 8 Arezzo

IN BREVE

▼ LIVORNO

Ha preso il via a Livorno la prima lezione teorico-pratica di "camminata nordica" rivolta a pazienti diabetici. «L'iniziativa rientra nella serie di eventi - spiega Daniela Becherini, responsabile della Medicina dello sport dell'Asl 6 - programmati dalla campagna contro il diabete "Forse non sai che..." organizzata in collaborazione con il Comune. Si tratta di una iniziativa finalizzata ad avvicinare il cittadino alla prevenzione anche attraverso la sperimentazione di tecniche sportive alla portata di tutti che garantiscano uno stile di vita salutare grazie a un'attività fisica completa». La camminata nordica è un tipo di movimento che può dare un contributo considerevole al miglioramento della salute per tutti e quindi anche per i cittadini affetti da diabete.

▼ PISA

La Società della salute Alta Val di Cecina ha presentato risultati complessivi del progetto di sorveglianza sanitaria di lavoratori esposti ad amianto, previsto nel Piano integrato di salute 2006-2008, giunto alla conclusione delle attività progettuali. Il progetto ha previsto il richiamo attivo di ex lavoratori delle principali ditte della zona (Enel, Isolver, Scl e Atisale) per la ricostruzione della storia lavorativa e per l'eventuale definizione di successive indagini per individuare segni di esposizione ad amianto. Tenuto al Teatro Florentina di Larderello, l'incontro ha visto il dibattito tra il sindaco del Comune di Pomarance, i medici del Dipartimento di prevenzione dell'Asl 5 di Pisa e il direttore della Società della salute Alta Val di Cecina.

▼ LUCCA

Oltre 140 operatori dell'Asl 2 di Lucca hanno partecipato nella sede del Polo didattico e formativo di S. Maria a Colle alla prima edizione del convegno «Verso l'ospedale per intensità di cura: stato dell'arte ed elementi cardine del modello» rivolto al personale interno in vista dell'attivazione del nuovo ospedale "San Luca", confermata per il 1° febbraio 2014. L'iniziativa formativa si inserisce in un ampio e dettagliato percorso di comunicazione e formazione nei confronti del personale dell'Asl 2 per far conoscere in maniera adeguata la nuova realtà all'interno dell'azienda: tutti i dipendenti dovranno aver visto da vicino, almeno una volta prima del trasloco, il "San Luca".

CALENDARIO



FIRENZE

Presso la Scuola Sanità militare di Firenze si terrà il convegno «Leadership al femminile nella Sanità toscana. Criticità ed eccellenze». Organizzato dal Consiglio dell'Ordine dei Medici di Firenze, vuole porre l'accento sulle donne in medicina, mostrando con i numeri le condizioni di lavoro e le discriminazioni. Info: 055496522



SIENA

Presso il Garden Hotel si terrà il «1° European Congress on Endometriosis». L'appuntamento, organizzato dalla Lega Endometriosis europea e che durerà fino al 1° dicembre, sarà l'occasione per presentare e discutere degli ultimi sviluppi e delle tendenze relative all'endometriosi. Info: 0639372581, congressi@cgmk.it



FIRENZE/2

«La prima volta non si scorda mai» è il convegno organizzato dal Sert interno al Ncp, del penitenziario di Sollicciano. All'incontro, in occasione della giornata mondiale della lotta all'Aids, sarà presentato il progetto Start "Spazio terapeutico per azioni riabilitative per tossicodipendenti". Info: 055/73721257, ariva.esterno@asf.toscana.it

**Per tua figlia
che cresce
meglio
il vaccino
oggi
che l'HPV
domani.**



numero verde 800 556060
www.regione.toscana.it/iointantomivaccino



Servizio
Sanitario
della
Toscana



Regione Toscana