

*Standard delle strutture**Ambulatorio specialistico dedicato**Caratteristiche e prestazioni*

• libero accesso (utile ed importante che l'invio sia fatto su richiesta del medico curante con cui gli specialisti possono tenere continuo raccordo);

• coordinamento di tutte le richieste di cura provenienti dalle varie realtà del territorio al fine di evitare sovrapposizioni di interventi;

• collegamento continuo e articolato con le altre strutture specialistiche che operano a più elevato livello di complessità e con le strutture non dedicate;

• diagnosi multidimensionale e certificazione relativa; trattamento interdisciplinare;

• interventi terapeutici orientati ad una presa in carico stabile e monitorata nel tempo; predisposizione del piano terapeutico individualizzato (PTI) avvalendosi delle diverse opportunità offerte dalla rete dei servizi.

Standard tendenziale: almeno un ambulatorio per area (adulti e NPIA) presso ogni DSM

Personale

L'équipe clinica dell'ambulatorio specialistico dedicato deve essere stabile e formata da almeno:

- A) psichiatra/neuropsichiatra infantile;
- B) psicologo clinico psicoterapeuta;
- C) nutrizionista o dietista;
- D) medico internista;
- E) assistente sociale;
- F) tecnico della riabilitazione psichiatrica;
- G) infermiere.

*Attività di riabilitazione nutrizionale**Caratteristiche e prestazioni*

Ha per scopo la riabilitazione psico-nutrizionale attraverso l'erogazione di pasti assistiti. Tale attività deve essere realizzata negli ambulatori specialistici individuati in ciascuna Azienda sanitaria territoriale, al fine di praticare un trattamento intensivo specifico per ogni PTI.

L'attività di riabilitazione nutrizionale è attuata, sulla base della programmazione individualizzata, dal personale dell'ambulatorio, in particolare dietisti e/o tecnici della riabilitazione.

*Centro residenziale riabilitativo**Caratteristiche e prestazioni*

• Struttura residenziale a valenza terapeutico-riabilitativa H24.

• Gli interventi effettuati presso il centro devono essere posti all'interno di un progetto terapeutico individualizzato (PTI), elaborato dall'Ambulatorio specialistico dedicato (A) che ha preso in carico il paziente.

• Elaborazione di uno specifico (PTRP) condiviso con il paziente.

• Piano terapeutico e riabilitativo personalizzato.

Nel PTRP vanno indicati gli obiettivi intermedi e finali ed i tempi delle relative verifiche;

• riabilitazione psicologica e nutrizionale nonché terapia e riabilitazione delle componenti psicopatologiche associate ai disturbi dell'alimentazione.

È opportuno prevedere nella presa in carico di pazienti di competenza dell'area adolescenziale prevalentemente programmi intensivi brevi, fra tre e sei mesi di durata, non prorogabili, per evitare fenomeni di cronicizzazione. Inoltre si richiama che la necessità di allontanamento dalla famiglia di adolescenti e preadolescenti va sempre valutata con estrema attenzione, mentre va evitata del tutto in infanzia e in prepubertà (Conferenza di consenso DCA negli adolescenti e nei giovani adulti. ISS 2012).

Per gli adulti i trattamenti dovranno avere una durata compresa tra i 3 e i 18 mesi, tale periodo non è prorogabile.

L'Ambulatorio Specialistico Dedicato che ha la titolarità del caso è tenuto a monitorare il trattamento residenziale con cadenza almeno bimestrale.

Personale con riferimento ad una struttura con capacità ricettiva di 15 posti

L'équipe composta da specialisti in grado di curare la complessità biologica-psicologica-sociale che il disturbo della nutrizione e dell'alimentazione comporta deve essere costituita da:

- n. 1 medico psichiatra con funzione di direttore (neuropsichiatri infantili se trattasi di struttura per minori) a tempo pieno;
- n. 2 psicologi clinici - psicoterapeuti a 30 ore/sett.);
- n. 1 medico internista/nutrizionista clinico (a 10 ore/sett.);

- n. 3 terapisti della riabilitazione psichiatrica (o personale con titolo equipollente) a tempo pieno;

- n. 2 infermieri professionali;

- n. 4 O.S.S. a tempo pieno;

- n. 1 assistente sociale (a 18 ore/sett.);

- n. 1 assistente amministrativo (a 10 ore/sett.);

Requisiti strutturali e tecnologici (Ciascuna struttura non potrà

avere una recettività superiore a n. 15 posti):

- disponibilità di spazi personali e spazi comuni;

- soggiorno/pranzo di ampiezza adeguata;

- la cucina deve avere una superficie minima di 12 mq;

ed in ogni caso non possono servire più di 4 ospiti;

- bagni separati per i ragazzi e per gli operatori;

- stanze di almeno mq. 9 per una persona e mq. 14 per due per-

sona, a 1-2 letti, con possibilità di alcune stanze a 1 letto;

- ogni ospite deve avere uno spazio che può considerare come suo, e almeno un armadio personale per conservare oggetti e indumenti personali;

- ambienti climatizzati (estate/inverno);

- spazi dedicati per il personale, per i colloqui e per le riunioni

- spazi per laboratori e attività motorie;

- spazi per lavanderia, stireria, dispensa ecc. adeguati alle modalità organizzative adottate per il servizio o eventuale esternalizzazione del servizio lavanderia/stireria e refezione.

Caratteristiche dell'ubicazione:

- contesto abitato, non isolato;

- i trasporti pubblici devono permettere la possibilità del facile accesso ai servizi ed al tessuto sociale della città;

- sono escluse strutture condominiali;

- la struttura non deve essere collocata oltre al primo piano;

- gli ambienti della zona notte sono da dislocare tutti allo stesso livello;

- evitare i contesti stigmatizzanti;

- favorire strutture a sé stanti e con spazi esterni (giardino ecc).

(2017.6.302)102

DECRETO 7 febbraio 2017.

Recepimento dell'Intesa n. 121/CSR del 7 luglio 2016 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul "Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze".

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante "Istituzione del Servizio sanitario nazionale";

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e s.m.i.;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Vista la legge 24 febbraio 1992, n. 225, recante "Istituzione del Servizio sanitario della protezione civile" e, in particolare, l'articolo 2, comma 1, lettera c, che definisce quale evento di tipo c) "le calamità naturali o connesse con l'attività dell'uomo che in ragione della loro intensità ed estensione debbono, con immediatezza d'intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari da impiegare durante limitati predefiniti periodi di tempo";

Visto il decreto ministeriale 13 febbraio 2001, recante "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi" con il quale, nel caso di emergenze di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge 24 febbraio 1992, n. 225, è stato adottato il modello di pianificazione sanitaria nazionale da mettere in atto per fronteggiare le emergenze e coordinare gli interventi di soccorso sanitario, utilizzando personale strutture provenienti da enti ed associazioni di volontariato presenti sul territorio;

Vista la legge 21 ottobre 2005, n. 219, recante "Nuova

disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati” e, in particolare:

- l'articolo 12, comma 4, che prevede che il Centro nazionale sangue svolge funzioni di coordinamento e di controllo scientifico della rete trasfusionale;

- l'articolo 6, comma 1, lettera c), che prevede l'individuazione da parte delle regioni, in base alla propria programmazione, delle strutture e degli strumenti necessari per garantire un coordinamento intra-regionale e interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione, nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla legge;

Visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica, sancito il 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR);

Visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento, recante “Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali”, sancito il 13 ottobre 2011 (Rep. atti n. 206/CSR);

Visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento, recante “Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti”, sancito il 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 149/CSR);

Vista l'Intesa n. 121/CSR del 7 luglio 2016 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 sul “Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze”;

Visto il decreto assessoriale 28 aprile 2010, n. 1141, recante “Piano regionale sangue e plasma 2010-2012, riassetto e rifunzionalizzazione della rete trasfusionale”;

Visto il decreto assessoriale 29 maggio 2012, n. 1019, recante “Caratteristiche e funzioni della Struttura regionale di coordinamento delle attività trasfusionali”;

Considerato che la citata Intesa n. 121/CSR del 7 luglio 2016 approva il Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze, da applicare in caso di maxi-emergenza coincidente con lo stato di allarme di livello 3 (eventi tipo c), definendo le modalità operative per la gestione delle necessità qualitative e quantitative di emocomponenti attraverso una razionale ed efficace azione di coordinamento tra il Centro nazionale sangue (CNS), le Strutture regionali di coordinamento delle attività trasfusionali e i Servizi trasfusionali, con il supporto delle Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue, individuandone gli specifici ruoli e funzioni per la gestione delle scorte di emocomponenti in caso di maxi-emergenza, anche attraverso sistemi informativi dedicati al fine di assicurare l'adeguata assistenza trasfusionale;

Considerato che il Centro nazionale sangue (CNS) ha il compito istituzionale di fornire il supporto tecnico ed organizzativo affinché sia garantita la costante disponibilità di emocomponenti su tutto il territorio nazionale, avvalendosi del supporto delle Strutture regionali di coordinamento e delle Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue;

Considerato che l'Intesa n. 121/CSR del 7 luglio 2016 prevede che le Regioni, attraverso la propria Struttura regionale di coordinamento per le attività trasfusionali, definiscano la scorta regionale di emocomponenti e operano in raccordo con gli Organismi nazionali e regionali

della rete trasfusionale e le Unità di crisi nazionale e locale;

Considerato che il Piano strategico nazionale per il supporto nelle maxi-emergenze demanda alle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali di:

- rendere disponibili i contatti telefonici in caso di maxi-emergenze;

- identificare il/i Servizio/i trasfusionale/i preposti alla gestione delle scorte destinate alle maxi-emergenze, dandone comunicazione al CNS;

- identificare il Servizio trasfusionale vicariante le funzioni svolte dal Centro di qualificazione e dal Centro di lavorazione degli emocomponenti nei casi di inagibilità degli stessi, informando il CNS;

- condividere con il CNS le scorte di emocomponenti e le modalità di trasferimento degli stessi sulla scorta della disponibilità nazionale espressa attraverso il Sistema informativo dei servizi trasfusionali;

- coordinare il trasferimento delle scorte operando d'intesa con l'Unità di crisi locale adottando modalità operative di trasporto consone al grado di urgenza e allo stato di agibilità delle vie di comunicazione;

- raccordarsi con il CNS laddove si renda necessario incrementare l'attività di raccolta del sangue degli emocomponenti sul territorio nei casi in cui sussistano problemi di inagibilità sui territori limitrofi anche facendo ricorso all'utilizzo di autoemoteche con il coinvolgimento delle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue;

- raccordarsi con il CNS nel caso sia necessario organizzare il trasferimento da altre regioni o province autonome di dispositivi medici o diagnostici per supportare l'incremento delle attività trasfusionali sul territorio interessato dall'evento;

Ritenuto necessario recepire l'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano sul Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale delle maxi-emergenze del 7 luglio 2016 (Atti n. 121/CSR);

Ritenuto che la Struttura regionale di coordinamento delle attività trasfusionali presso la Regione Sicilia è il Centro regionale sangue operante in seno al Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico;

Ritenuto che il Centro regionale sangue del Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico coincide con la struttura individuata dalla citata Intesa per l'attuazione del Piano regionale per le maxi-emergenze;

Decreta:

Art. 1

È recepita l'Intesa n. 121/CSR del 7 luglio 2016 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, sul “Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze” allegata al presente decreto di cui costituisce parte integrante.

Art. 2

In applicazione all'art. 1, con successivo provvedimento tecnico del dirigente generale del Dipartimento per le attività sanitarie e osservatorio epidemiologico, presso il quale opera il Centro regionale sangue, saranno identificati la scorta strategica regionale di emocomponenti da dedicare alle maxi-emergenze e i siti di stoccaggio, nonché le modalità di coordinamento del soccorso nel caso di

maxi-emergenze e di raccordo tra gli organismi nazionali e regionali della rete trasfusionale e le Unità di crisi nazionale e locale ai fini dell'attivazione del Piano strategico nazionale.

Art. 3

Per l'attuazione di quanto previsto nel presente decre-

to si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Palermo, 7 febbraio 2017.

GUCCIARDI

Allegato

INTESA, AI SENSI DELL'ARTICOLO 8, COMMA 6,
DELLA LEGGE 5 GIUGNO 2003, N. 131,
SUL "PIANO STRATEGICO NAZIONALE PER IL
SUPPORTO TRASFUSIONALE NELLE MAXI-EMERGENZE".
REP. ATTI N. 121/CSR DEL 7 LUGLIO 2016

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 7 luglio 2016:

Visto l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che, prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in questa Conferenza, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

Vista la legge 24 febbraio 1992, n. 225, recante "Istituzione del Servizio sanitario della protezione civile", in particolare l'articolo 2, comma 1, lett. c), che definisce quale evento di tipo c) "le calamità naturali o connesse con l'attività dell'uomo che in ragione della loro intensità ed estensione debbono, con immediatezza d'intervento, essere fronteggiate con mezzi e poteri straordinari da impiegare durante limitati e predefiniti periodi di tempo";

Visto il decreto ministeriale del 13 febbraio 2001, recante "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi", con il quale, nel caso di emergenze di cui all'articolo 2, comma 1, lettera c), della legge 24 febbraio 1992, n. 225, è stato adottato il modello di pianificazione sanitaria nazionale da mettere in atto per fronteggiare le emergenze e coordinare gli interventi di soccorso sanitario, utilizzando personale e strutture provenienti da enti ed associazioni di volontariato presenti sul territorio;

Vista la legge 21 ottobre 2005, n. 219, recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati" e successive modificazioni ed integrazioni, in particolare gli articoli 12, comma 4, che prevede che il Centro nazionale sangue svolga funzioni di coordinamento e di controllo tecnico-scientifico della rete trasfusionale e 6, comma 1, lettera c), che prevede l'individuazione da parte delle regioni, in base alla propria programmazione, delle strutture e degli strumenti necessari per garantire un coordinamento intra-regionale ed interregionale delle attività trasfusionali, dei flussi di scambio e di compensazione nonché il monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi previsti dalla legge;

Visto l'Accordo tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti e sul modello per le visite di verifica, sancito in questa Conferenza il 16 dicembre 2010 (Rep. atti n. 242/CSR);

Visto l'Accordo tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Caratteristiche e funzioni delle strutture regionali di coordinamento (SRC) per le attività trasfusionali" sancito in questa Conferenza il 13 ottobre 2011 (Rep. atti n. 206/CSR);

Visto l'Accordo tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti" sancito in questa Conferenza il 25 luglio 2012 (Rep. atti n. 149/CSR);

Ritenuto necessario definire strategie e attività da porre in atto per la gestione delle attività assistenziali in medicina trasfusionale in caso di maxi-emergenze, attraverso il coordinamento tra gli organismi istituzionali deputati alla gestione degli eventi e gli organismi afferenti alla rete trasfusionale nazionale;

Considerato che il piano proposto da applicare in caso di maxi-emergenza, coincidente con lo stato di allarme di livello 3 (eventi di tipo c), definisce le modalità operative per la gestione delle necessità qualitative e quantitative di emocomponenti attraverso una razionale ed efficace azione di coordinamento tra Centro nazionale sangue, Strutture regionali di coordinamento e Servizi trasfusionali, con il supporto delle Associazioni e Federazioni di donatori volontari di sangue, individuandone gli specifici ruoli e funzioni, per la gestione delle scorte di emocomponenti in caso di maxi-emergenza, anche attraverso sistemi informativi dedicati (bacheca nazionale), al fine di assicurare l'adeguata assistenza trasfusionale;

Vista la nota del 6 giugno 2016, con la quale il Ministero della salute ha inviato lo schema di intesa in epigrafe, tempestivamente diramato alle Regioni ed alle Province autonome dall'ufficio di segreteria di questa Conferenza, e sul quale il coordinamento della Commissione salute ha comunicato informalmente l'assenso tecnico;

Acquisito l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano sulla proposta di Intesa del Ministro della salute;

SANCISCE INTESA

Tra il Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento recante "Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze", Allegato A, parte integrante del presente atto, nei seguenti termini:

1. È approvato il "Piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze".
2. Le Regioni e Province autonome, attraverso la propria Struttura regionale di coordinamento, definiscono, in accordo con i rispettivi piani nazionali, la scorta strategica di emocomponenti da mantenere costante.
3. Le Regioni e Province autonome assicurano, ai fini del coordinamento degli interventi di soccorso nel caso di maxi-emergenze, il raccordo tra gli organismi nazionali e regionali della rete trasfusionale e le Unità di crisi nazionale e locale ai fini dell'attivazione del piano strategico nazionale di cui all'Allegato A.
4. Entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente intesa, le Regioni e le Province autonome recepiscono la medesima, dandone contestuale attuazione, nel rispetto della propria organizzazione territoriale in materia trasfusionale.
5. Per l'attuazione di quanto previsto nel presente atto si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Allegato A

PIANO STRATEGICO NAZIONALE PER IL SUPPORTO TRASFUSIONALE NELLE MAXI-EMERGENZE

1. Introduzione

Il decreto 13 febbraio 2001, recante "Criteri di massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi", al fine di consentire

un coordinamento razionale ed efficiente degli interventi di soccorso utilizzando personale e strutture provenienti da enti ed associazioni di volontariato presenti sul territorio italiano, ha stabilito il modello nazionale di piano sanitario da adottare in caso di maxi-emergenze, ossia "calamità naturali, catastrofi o altri eventi che per intensità ed estensione debbono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari" (eventi di «tipo C», art. 2, legge n. 225/1992),

Qualunque sia il tipo di evento/catastrofe e la sua dimensione, esso innesca una serie di eventi successivi a cui dovranno conseguire azioni tra loro concatenate, la corretta esecuzione delle quali è determinante per il successo della gestione dell'emergenza in atto.

In relazione a quanto definito dal decreto 13 febbraio 2001, lo stato di allarme ("stato d'attivazione delle risorse aggiuntive rispetto a quelle ordinarie") del Servizio di soccorso e allarme sanitario in sede extra-ospedaliera prevede 4 livelli.

Analogamente, per la rete trasfusionale è possibile stabilire una graduazione in 4 livelli dello stato di allarme, sulla base della necessità di risorse aggiuntive rispetto a quelle disponibili e sufficienti per soddisfare le normali attività di un Servizio trasfusionale (ST).

Livello stato di allarme	Servizio di soccorso e allarme sanitario in sede extra-ospedaliera	Rete trasfusionale
Livello 0 - Routine	E' il normale livello di funzionamento della centrale operativa; sono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione.	E' il normale livello di funzionamento dei ST; vengono attivate le risorse ordinarie e si utilizzano le normali procedure di gestione delle scorte di emocomponenti.
Livello 1 - Attenzione	Attivato quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili, quali le manifestazioni con notevole affluenza. E' attivato in loco un dispositivo di assistenza, dimensionato sulla base delle esigenze e in base a quanto previsto da specifici piani d'intervento.	Attivato quando sono in corso situazioni di rischio prevedibili. Nelle strutture sanitarie territorialmente competenti è attivo il funzionamento ordinario dei ST, dimensionato sulla base delle esigenze e in adesione a quanto previsto dai singoli "piani emergenza interni massiccio afflusso feriti" (PEIMAF). Ai fini del mantenimento delle scorte quali-quantitative degli emocomponenti, il ST deve attivare la chiamata dei donatori per il tramite delle Associazioni e Federazioni donatori di sangue di riferimento.
Livello 2 - Urgenza/Emergenza	Attivato quando vi è la possibilità che si verifichino eventi preceduti da fenomeni precursori quali allagamenti, frane, etc.. Il medico coordinatore della centrale operativa può disporre eventualmente l'invio di mezzi sul posto per monitoraggio o assistenza preventiva.	Attivato quando è presente una situazione per la quale le azioni messe in atto in conseguenza del livello 1 non sono sufficienti al mantenimento delle scorte/necessità. Pertanto viene avviata la compensazione all'interno della rete trasfusionale regionale mediante il coordinamento delle Strutture Regionali di Coordinamento per le attività trasfusionali (SRC), ai fini dell'immediato ripristino delle scorte.
Livello 3 - Maxi-emergenza	Attivato quando è presente una situazione di maxi-emergenza. Il Dispositivo di Intervento più appropriato viene inviato sul posto e vengono attivate le procedure per la richiesta ed il coordinamento di risorse aggiuntive anche sovra-territoriali.	Attivato quando si verifica una situazione che richiede il ricorso alle scorte strategiche di emocomponenti disponibili a livello regionale o in altre regioni, in questo caso sotto il coordinamento del Centro Nazionale Sangue (CNS) con attuazione del piano strategico nazionale per il supporto trasfusionale nelle maxi-emergenze.

Gli eventi straordinari possono avere un impatto sul sistema sangue italiano e sulla disponibilità di emocomponenti, potendo variamente interferire con l'approvvigionamento, la lavorazione, il testing, la conservazione ed il trasporto degli stessi.

Il CNS ha il compito istituzionale di fornire supporto tecnico ed organizzativo affinché sia garantita la costante disponibilità di emocomponenti su tutto il territorio nazionale, avvalendosi del supporto delle SRC e delle Associazioni e Federazioni dei donatori di sangue.

Le SRC svolgono funzioni di coordinamento e di controllo tecnico-scientifico in sinergia con il CNS.

Ad esse è demandata la responsabilità della governance delle strutture trasfusionali che insistono sulla rete ospedaliera regionale, nonché la gestione quotidiana delle attività di compensazione intra-regionale ed extra-regionale tramite un sistema gestionale informativo che permette la raccolta da tutti i ST delle informazioni relative alle eccedenze e ai fabbisogni di emocomponenti.

In conformità all'Accordo Conferenza Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, i ST sono tenuti a definire le scorte minime quali-quantitative di emocomponenti in relazione ai fabbisogni pianificati. In funzione di queste, ogni ST comunica l'eventuale eccedenza/necessità di emocomponenti tramite la apposita bacheca regionale interfacciata con il Sistema Informativo dei Servizi trasfusionali (SISTRA).

SISTRA fa parte del Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute (N-SIS), il quale garantisce la continuità operativa dei sistemi informativi in esso ricompresi attraverso 2 siti (primario e secondario) delocalizzati, rispettivamente, a Roma per la Business continuity e in Lombardia per il Disaster recovery localizzato. Al suo interno sono attive varie funzionalità, tra cui quella che consente, attraverso la bacheca nazionale "scorte per le maxi-emergenze", la registrazione e la visualizzazione in tempo reale delle informazioni sulla disponibilità e sulla necessità di emocomponenti a livello nazionale.

2. Scopo

Scopo del presente piano è definire le strategie e le attività necessarie alla gestione delle attività assistenziali di medicina trasfusionale da erogare in caso di maxi-emergenza, attraverso l'efficace coordinamento tra gli organismi istituzionali deputati alla gestione degli eventi e la rete trasfusionale nazionale.

3. Campo di applicazione

Il piano si applica a tutta la rete trasfusionale nazionale in caso di maxi-emergenza (stato di allarme di livello 3 per la rete trasfusionale).

4. Modalità operative

4.1 Fase di allarme

Come previsto dalla normativa vigente, il Dipartimento della protezione civile predispose i programmi nazionali di previsione e preven-

zione in relazione alle varie ipotesi di rischio, i programmi nazionali di soccorso ed i piani per la attuazione delle conseguenti misure di emergenza.

Qualora si verifichi un evento di «tipo c» che richieda la attuazione di un piano nazionale per il coordinamento degli interventi di soccorso, il CNS può essere allertato dall'Unità di crisi nazionale, oppure ricevere l'allarme dalla SRC direttamente coinvolta dall'Unità di crisi locale nella gestione dell'evento o dal ST da questa identificato per vicariarne le funzioni in caso di inagibilità.

Le infonazioni comunicate al CNS dall'Unità di crisi, dalla SRC coinvolta o dal ST riguardano:

- la natura dell'emergenza;
- il numero di ricoveri previsti in conseguenza dell'evento;
- il tipo di lesioni attese;
- lo stato di agibilità delle strutture sanitarie coinvolte;
- eventuali condizioni di inagibilità delle strutture della rete trasfusionale locale.

4.2 Ruolo del Centro nazionale sangue

Presso il CNS sono attivi due numeri telefonici per la gestione delle maxi-emergenze

- 8-19 dal lunedì al giovedì, 8-17 il venerdì: +39 06 49904953;
- 19-8 dal lunedì al giovedì, dalle 17 del venerdì alle 8 del lunedì successivo, per le festività religiose, giornate celebrative e per tutti i giorni di chiusura del CNS: + 39 346 8430227; +39 388 5783645.

Sulla base delle informazioni ricevute, il CNS definisce con la SRC direttamente coinvolta le necessità quali-quantitative di emocomponenti e, se necessario, consulta la piattaforma SISTRA allo scopo di coordinare il trasferimento degli emocomponenti presso il/i ST individuato/i attraverso la SRC richiedente.

Se l'evento catastrofico è tale da far prevedere una consistente necessità di emocomponenti, non solo a breve ma anche a medio termine, il CNS supporta l'incremento delle attività trasfusionali sul territorio colpito dall'evento attivando i contatti con le aziende di produzione di dispositivi medici/diagnostici, verificando la consistenza di scorte degli stessi e indirizzandone l'eventuale mobilitazione. Qualora questo non sia possibile, il CNS coordina il trasferimento da altre Regioni/Province Autonome (PPAA) dei dispositivi medici/diagnostici necessari.

Il CNS supporta inoltre la SRC al fine di incrementare l'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti direttamente sul territorio interessato dall'evento o, qualora sussistano problemi di inagibilità, sui territori limitrofi e/o con l'utilizzo di autoemoteche.

4.3 Ruolo delle Strutture regionali di coordinamento per le attività trasfusionali

Allo scopo di avviare le azioni previste in caso di maxi-emergenza, ogni SRC ha la responsabilità di:

1. rendere disponibile uno o più contatti telefonici operativi h 24;
2. identificare, nell'ambito del piano per la gestione delle maxi-emergenze, il/i ST incaricato/i della gestione delle scorte dedicate alle maxi-emergenze, dandone comunicazione al CNS;
3. identificare il/i ST individuato/i per vicariare le funzioni del Centro di qualificazione biologica (CQB) e del Centro di lavorazione degli emocomponenti (CLE) in caso di inagibilità di questi ultimi, e darne comunicazione al CNS;
4. condividere con il CNS le necessità quali-quantitative di emocomponenti e le modalità di trasferimento degli stessi sulla base delle disponibilità presenti nella bacheca nazionale di SISTRA dedicata alle maxi-emergenze;
5. organizzare il trasferimento delle scorte interfacciandosi con l'Unità di crisi locale, adottando la modalità di trasporto più consona in funzione del grado di urgenza e dello stato di agibilità delle vie di comunicazione;
6. coordinarsi con il CNS nel caso si ravvisi la necessità di incrementare l'attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti direttamente sul territorio o, qualora sussistano problemi di inagibilità, sui territori limitrofi e/o con l'utilizzo di autoemoteche e con il coinvolgimento delle Associazioni e Federazioni di donatori di sangue;
7. ricordarsi con il CNS nel caso sia necessario organizzare il trasferimento da altre Regioni/PPAA di dispositivi medici/diagnostici per supportare l'incremento delle attività trasfusionali sul territorio colpito dall'evento.

4.4 Ruolo dei Servizi trasfusionali

I ST hanno compiti definiti nell'ambito dei rispettivi PEIMAF e sono direttamente coordinati dalle SRC per quanto riguarda la attivazione del presente piano.

Al fine di determinare i fabbisogni di emazie concentrate di gruppo O in caso di maxi-emergenza sulla base dei ricoveri attesi, i ST possono applicare la seguente formula (1):

(1) AABB Advancing Transfusion and Cellular Therapies Worldwide "Disaster Operations Handbook", 2008

Valutazione dei fabbisogni in caso di eventi di «tipo c»

RICOVERI ATTESI	
Totale ricoveri attuali	_____
Totale ricoveri attesi per l'evento	_____
	(A) _____

EMAZIE DISPONIBILI	
Emazie O POS	_____
Emazie O NEG	_____
	(B) _____

NUMERO TOTALE DI UNITA' NECESSARIE			
(A)		(B)	Totale di emazie O da reperire
_____	X	3 Unità *	_____
		Totale di emazie O necessarie	_____
			= _____
*Unità necessarie per ogni ricovero			

4.5 Gestione delle scorte di emocomponenti in caso di maxi-emergenza

In base alla loro modalità di utilizzo, le giacenze degli emocomponenti si classificano in:

– scorte di sicurezza (o minime): è la quantità limite che deve trovarsi in frigoemoteca al fine di garantire il regolare svolgimento delle attività di assegnazione e consegna;

– scorte strategiche: sono scorte destinate alla gestione delle maxi-emergenze.

La scorta strategica per le maxi-emergenze viene determinata dalle SRC in accordo ai rispettivi piani regionali e deve restare costante.

Per coordinare la mobilitazione degli emocomponenti attraverso la rete trasfusionale nazionale in caso di eventi straordinari, il CNS ha istituito all'interno di SISTRA una funzionalità specifica per la gestione delle "scorte per le maxi-emergenze" consultabile *on-line* da tutte le SRC e dal CNS stesso.

La piattaforma prevede, oltre alla registrazione della consistenza quali-quantitativa di emocomponenti riservata per le maxi-emergenze, il costante aggiornamento delle seguenti informazioni:

- localizzazione fisica delle scorte diffuse e/o centralizzate;
- informazioni di contatto (recapiti) per la mobilitazione in caso di maxi-emergenza.

Ogniquale volta si determini un cambiamento delle scorte strategiche per esigenze regionali, la SRC deve ripristinare tempestivamente la scorta strategica definita ed aggiornare l'informazione in bacheca.

Per le modalità di utilizzo della funzionalità di SISTRA relativa alle scorte per le maxi-emergenze, si rimanda al manuale disponibile all'interno della piattaforma.

In presenza di fabbisogno di emocomponenti, calcolato in base ai ricoveri attesi in corso di maxi-emergenza, eccedente la consistenza delle scorte regionali all'uso dedicate, la SRC si raccorda con il CNS per mantenere/ripristinare la consistenza quali-quantitativa della predetta scorta mediante la compensazione extra-regionale.

Il CNS esercita un monitoraggio costante delle "scorte per le maxi-emergenze" al fine di verificare il mantenimento ai livelli quali-quantitativi definiti dalle SRC.

5. Glossario

CNS: Centro nazionale sangue.

CQB: Centro/i di qualificazione biologica.

CLE: Centro di lavorazione degli emocomponenti.

Eventi/catastrofi. L'art. 2 della legge n. 225/1992, in relazione alle attività della protezione civile, distingue gli eventi in:

a) eventi naturali o connessi con l'attività dell'uomo che possono essere fronteggiati mediante interventi attuabili dai singoli enti e amministrazioni competenti in via ordinaria;

b) eventi naturali o connessi con l'attività dell'uomo che, per la loro natura ed estensione, comportano l'intervento coordinato di più enti o amministrazioni competenti in via ordinaria;

c) calamità naturali, catastrofi o altri eventi che per intensità ed estensione devono essere fronteggiati con mezzi e poteri straordinari.

N-SIS: Nuovo sistema informativo sanitario del Ministero della salute.

PEIMAF: Piano emergenza interno massiccio afflusso feriti.

PPAA: Province autonome.

SISTRA: Sistema informativo dei servizi trasfusionali.

SRC: Struttura/e regionale/i di coordinamento.

ST: Servizio/i trasfusionale/i.

(2017.6.342)102

DECRETO 7 febbraio 2017.

Programma per la compensazione intra ed interregionale degli emocomponenti labili per l'anno 2017.

IL DIRIGENTE GENERALE DEL DIPARTIMENTO REGIONALE PER LE ATTIVITÀ SANITARIE ED OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 833 del 23 dicembre 1978;

Vista la legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Vista la legge 21 ottobre 2005, n. 219, recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati", e in particolare l'art. 14, che al comma 1, nel riconoscere la funzione sovra-regionale e sovra-aziendale dell'autosufficienza, individua specifici meccanismi di programmazione, organizzazione e finanziamento del sistema trasfusionale nazionale e al successivo comma 2 prevede che il Ministero della salute, sulla base delle indicazioni fornite dal Centro nazionale sangue di cui all'art. 12 e dalle strutture regionali di coordinamento, in accordo con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, definisce annualmente il programma di autosufficienza nazionale che individua i consumi storici, il fabbisogno reale, i livelli di produzione necessari, le risorse, i criteri di finanziamento del sistema, le modalità organizzative ed i riferimenti tariffari per la compensazione tra le regioni, i livelli di importazione ed esportazione eventualmente necessari;

Visti, altresì, gli articoli 10, comma 1, e 11 della citata legge n. 219 del 2005, che nell'individuare le competenze del Ministero della salute nel settore trasfusionale definiscono, in particolare, la funzione di programmazione delle attività trasfusionali a livello nazionale e stabiliscono i principi generali sulla programmazione sanitaria in materia di attività trasfusionali, specificando che per il raggiungimento dell'autosufficienza è richiesto il concorso delle regioni e delle aziende sanitarie;

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 207, recante "Attuazione della direttiva n. 2005/61/CE che applica la direttiva n. 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi";

Visto il decreto legislativo 9 novembre 2007, n. 208, recante "Attuazione della direttiva n. 2005/62/CE che applica la direttiva n. 2002/98/CE per quanto riguarda le norme e le specifiche comunitarie relative ad un sistema di qualità per i servizi trasfusionali";

Visto il decreto legislativo 20 dicembre 2007, n. 261, recante "Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva n. 2002/98/CE, che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano e dei suoi componenti";