

CENTRO
NAZIONALE
SANGUE



Riqualificazione e razionalizzazione del sistema trasfusionale italiano

Giuliano Grazzini
Centro Nazionale Sangue

Il Sistema trasfusionale italiano

OBIETTIVO STRATEGICO

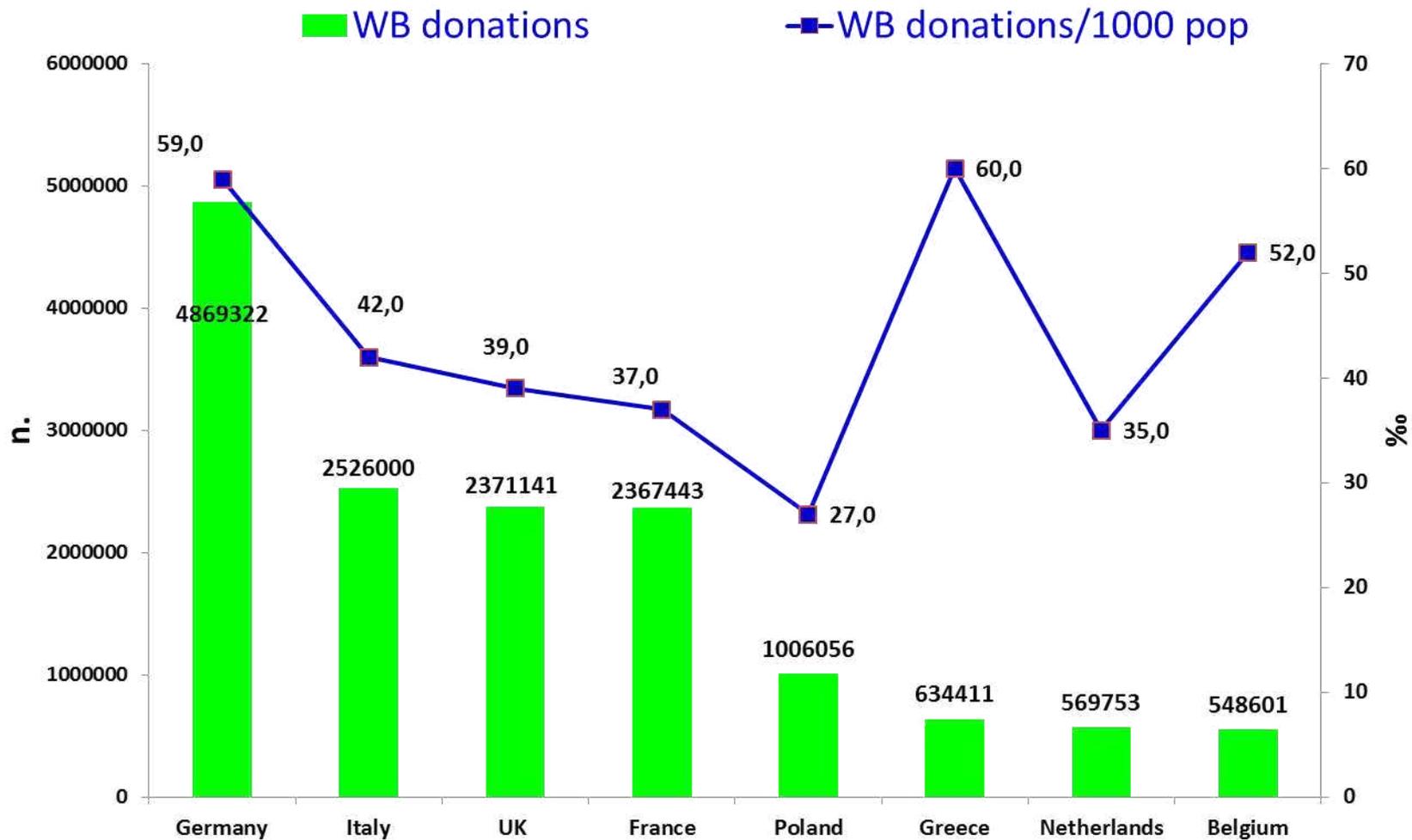
Portare il Sistema trasfusionale italiano al livello dei Paesi più evoluti dell'Unione Europea, garantendo in modo sostenibile e affidabile la costante e pronta disponibilità di prodotti trasfusionali e servizi di medicina trasfusionale che soddisfino tutti gli standard di sicurezza, qualità, conformità regolatoria e di servizio previsti dalle norme nazionali e comunitarie, con la massima possibile efficacia.

coerenza, omogeneità, sostenibilità

BLOOD DONATION IN EUROPE

EDQM - The Collection Testing and Use of Blood and Blood Components in Europe

2008



IL SISTEMA TRASFUSIONALE ITALIANO

I DONATORI

2011

Donatori di sangue: 1.733.398

Maschi: 69,9%

Femmine: 30,1%

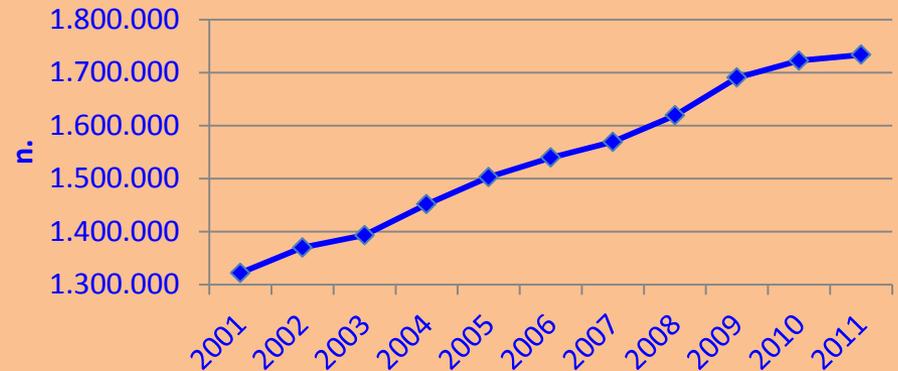
Periodici: 1.413.376 (81,5%*)

Frequenti **: 641.865 (35,5%)

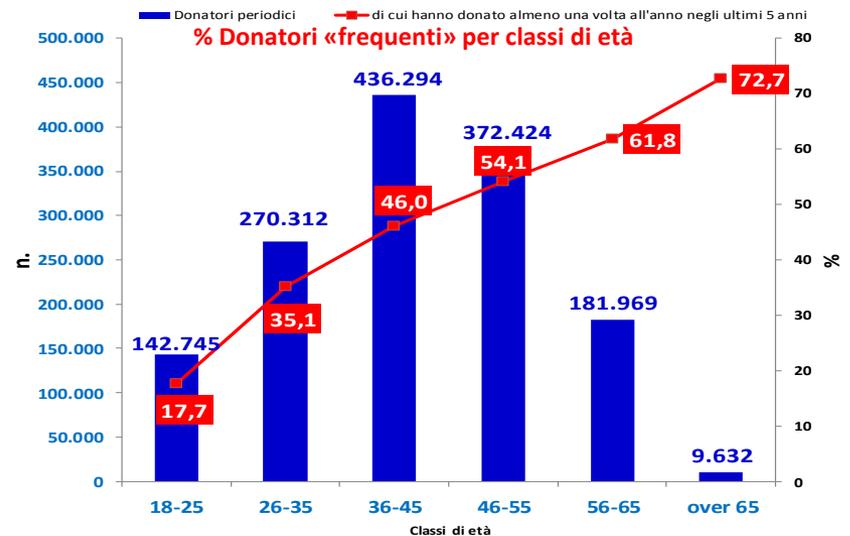
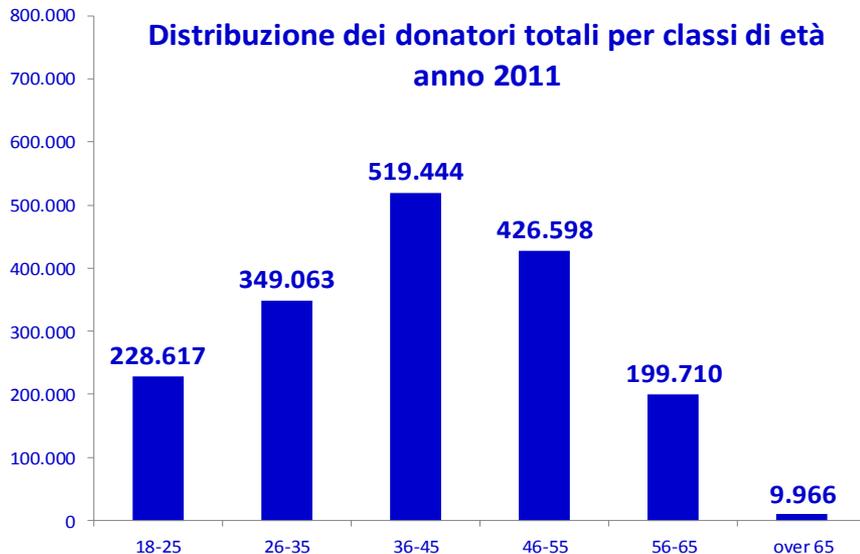
* Terzo valore più alto in Europa

** Donatori che hanno donato almeno una volta all'anno, ogni anno, negli ultimi 5 anni

**Donatori di sangue e di emocomponenti
2001-2011**



**Distribuzione dei donatori totali per classi di età
anno 2011**



IL SISTEMA TRASFUSIONALE ITALIANO

LE DONAZIONI

2011

(dati preliminari)

Donazioni totali: 3.373.347

Don. / 1.000 residenti: **54 ‰***

Don. di sangue intero: 2.763.912

Don. / 1.000 residenti: **46 ‰**

Don. in aferesi: 509.435**

Don. / 1.000 residenti: **8 ‰**

* Media Paesi Consiglio di Europa: 43 ‰

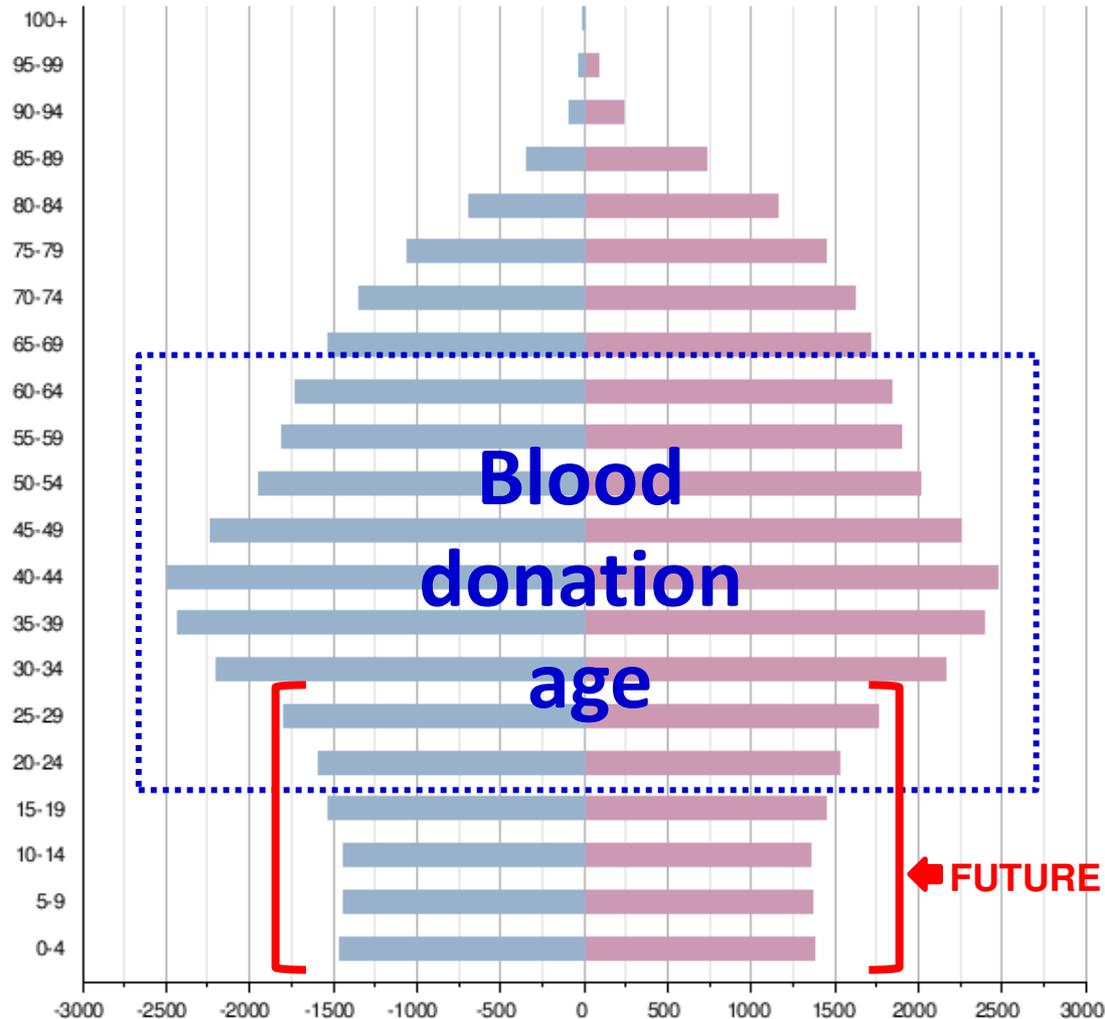
** Donazione selettiva di uno o più componenti del sangue (plasma, piastrine, globuli rossi) mediante apparecchiature automatizzate

Donazioni di sangue e di emocomponenti 2001 - 2011



The future of blood donation in Italy

Italy 2010 - Population by age groups and gender in percentage of total population in each group



In 2010 Italy was the second “oldest” country in OECD (after Japan) as to demographic evolution, with only 2.6 persons in working age (20-64) related to those in retirement age (65+).

OECD. *Pensions at a Glance 2011: Retirement Income Systems in OECD and G20 Countries.*

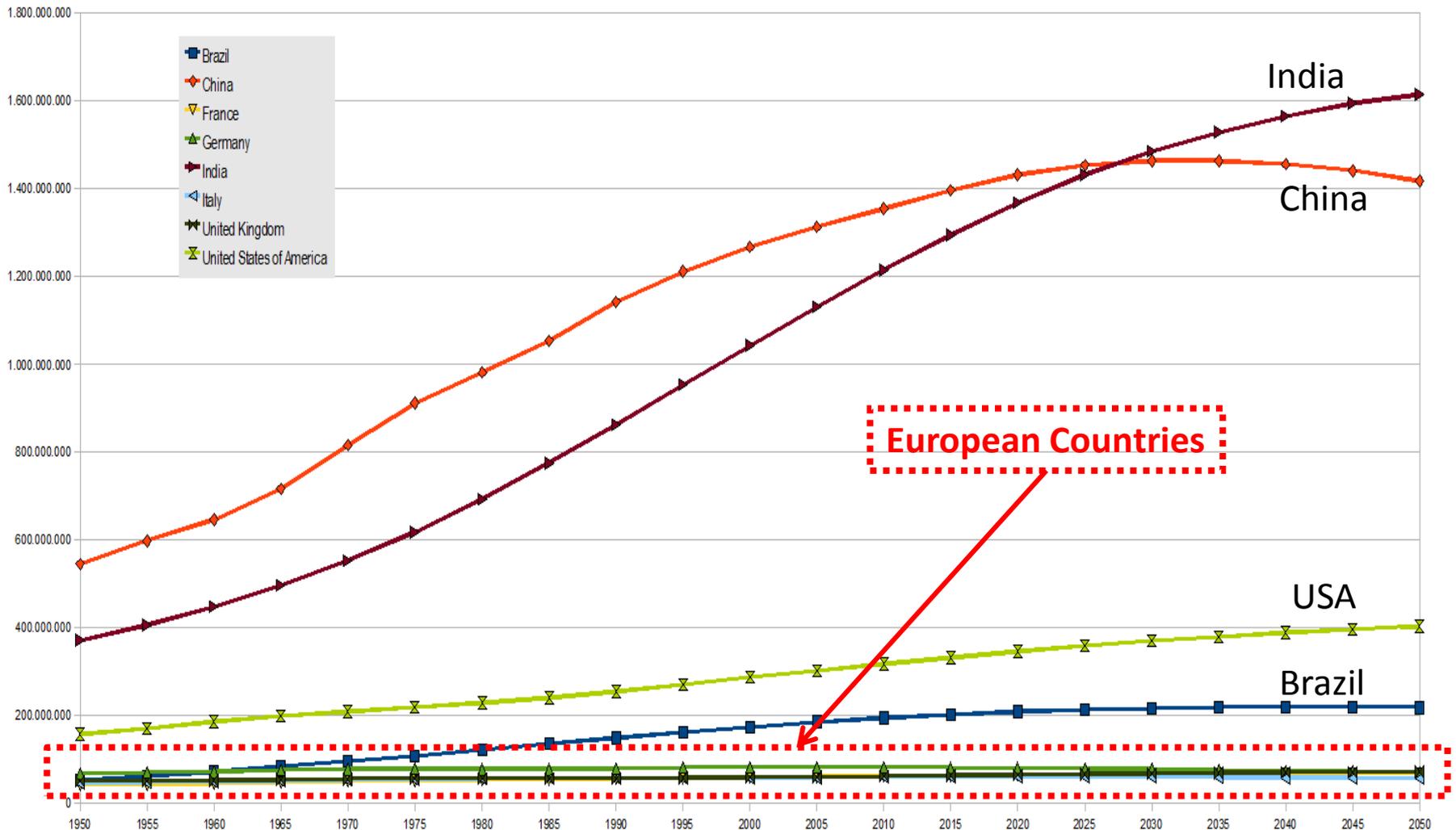
<http://www.oecd.org/els/social/pensions>



General population 1950-2050

Brazil, China, France, Germany, India, Italy, UK, USA

Population 1950-2050



European Countries

IL SISTEMA TRASFUSIONALE ITALIANO

LA PRODUZIONE DEI COMPONENTI DEL SANGUE

2011

Globuli rossi (unità): 2.701.988

Unità / 1.000 residenti: **44,6 ‰**

Piastrine (unità*): 279.418

Unità / 1.000 residenti: **4,6 ‰**

Plasma (unità): 3.105.173**

Unità / 1.000 residenti: **51,2 ‰**

Altri (inclusi *by-products*): 1.636.841

Totale componenti prodotti: 7.723.420

* Una unità corrisponde ad una dose terapeutica per adulto

** Da scomposizione del sangue intero e da aferesi



Plasma inviato alla lavorazione farmaceutica 2001-2011



IL SISTEMA TRASFUSIONALE ITALIANO

LA TRASFUSIONE

Emocomponenti “di base” trasfusi 2011

Globuli rossi (unità): **2.532.664**

Unità / 1.000 residenti: **41,8 ‰**

Piastrine (unità*): **216.586**

Unità / 1.000 residenti: **3,6 ‰**

Plasma (unità**): **338.905**

Unità / 1.000 residenti: **5,6 ‰**

Totale componenti di base trasfusi: **3.088.136**

Unità / 1.000 residenti: **51 ‰**

8.460 emocomponenti di base trasfusi / giorno

* Una unità corrisponde ad una dose terapeutica per adulto

** Da scomposizione del sangue intero e da aferesi



Ospedale pediatrico Kinshasa, Kinshasa

Pazienti trasfusi 2011

685.419

(dato preliminare)

11,3 persone / 1.000 residenti /anno

**Ogni paziente trasfuso riceve
mediamente**

4,5 emocomponenti di base

WHERE DOES BLOOD GO ?

Prospective observational study of red cell transfusion in north England.
Wells AW, Mounter PJ, Chapman CE, Stainsby D, Wallis JP
BMJ 2002;325:1-4

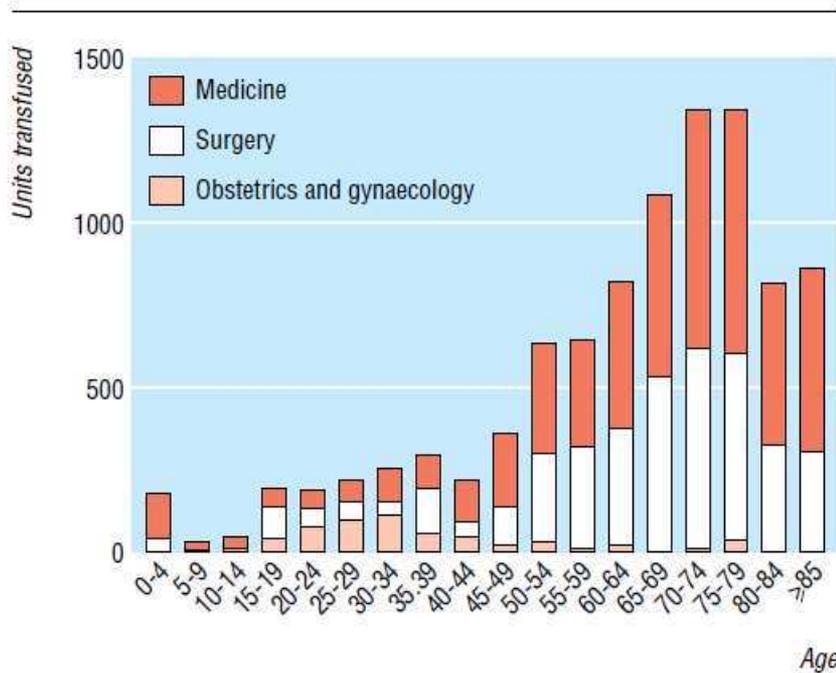


Fig 1 Blood use by age and specialty

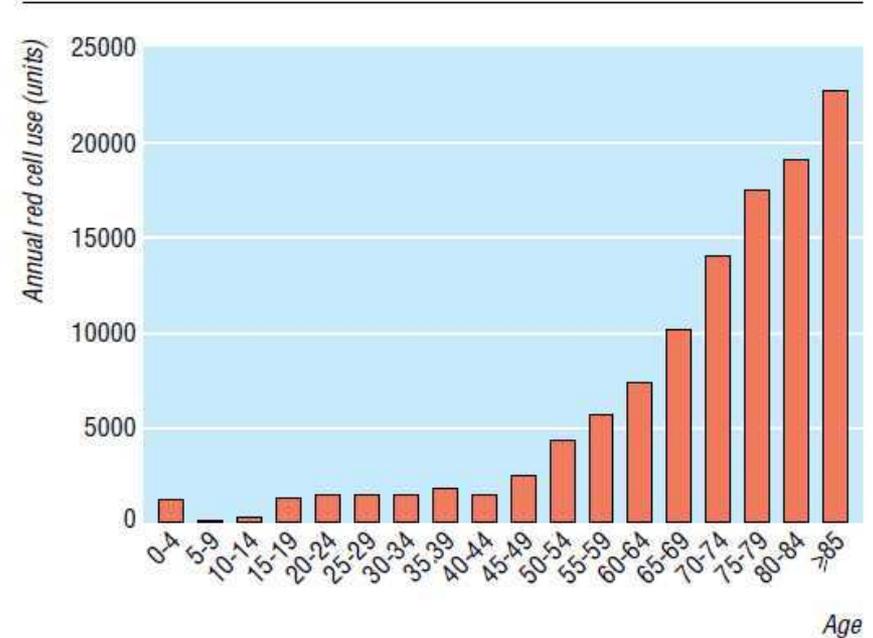


Fig 2 Age specific transfusion rates (annual red cell use per 100 000 population)

HOW MUCH BLOOD IS NEEDED ?

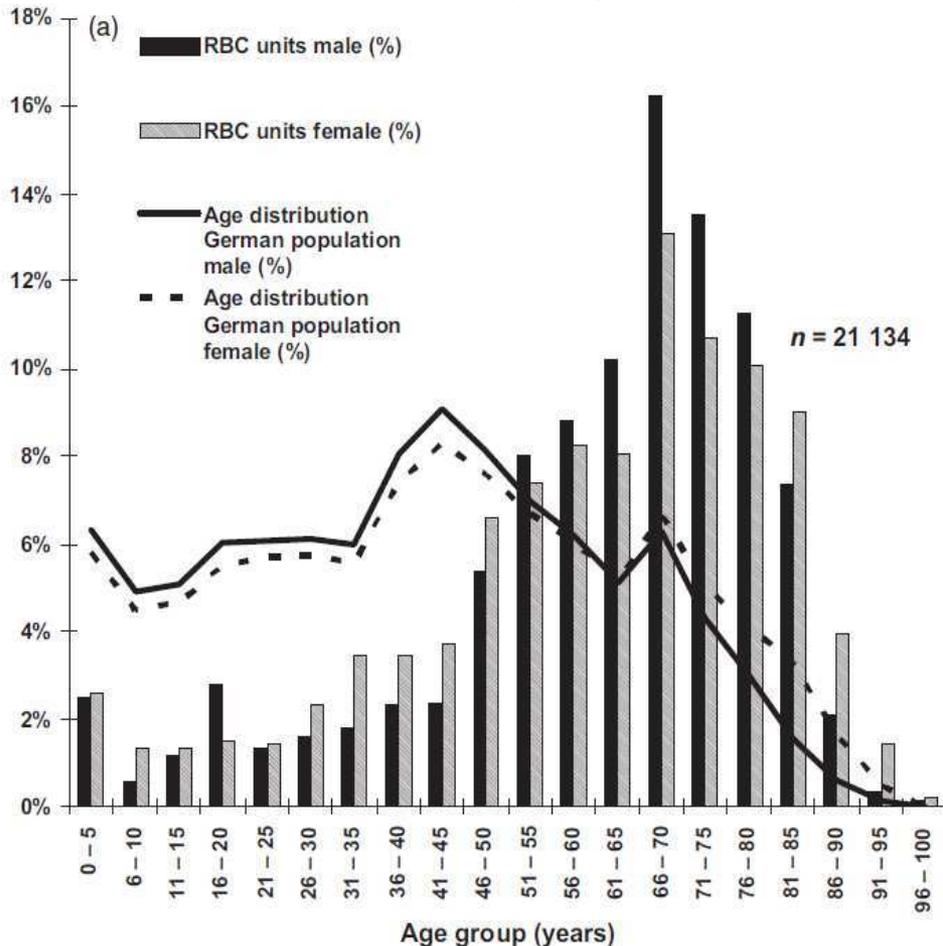
E. Seifried,¹ H. Kluefer,² C. Weidmann,³ T. Staudenmaier,⁴ H. Schrezenmeier,⁴ R. Henschler,¹ A. Greinacher⁵ & M. M. Mueller¹

VoxSanguinis

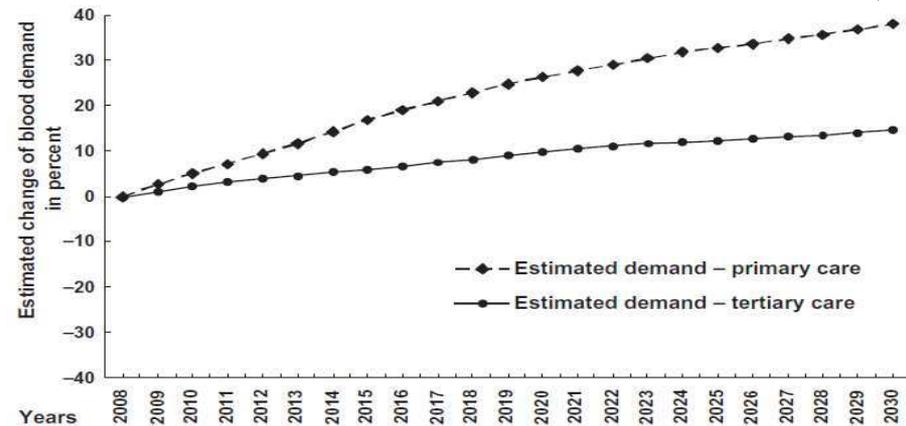
The International Journal of Transfusion Medicine

Vox Sanguinis (2011) 100, 10–21

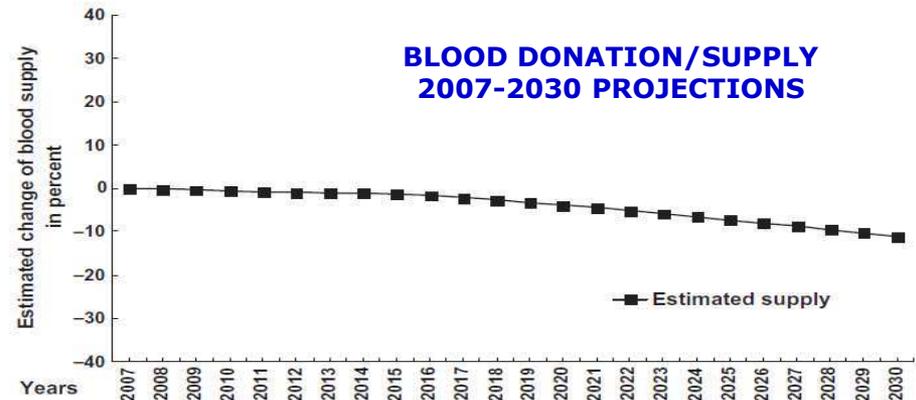
BLOOD DEMAND TERTIARY CARE SETTING



BLOOD DEMAND PRIMARY AND TERTIARY CARE SETTINGS 2008-2030 PROJECTIONS

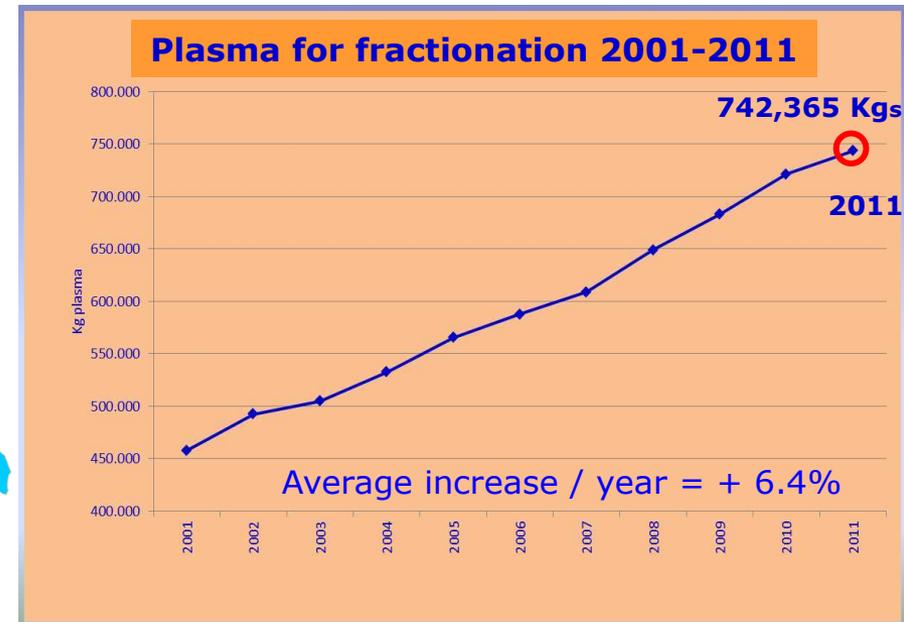
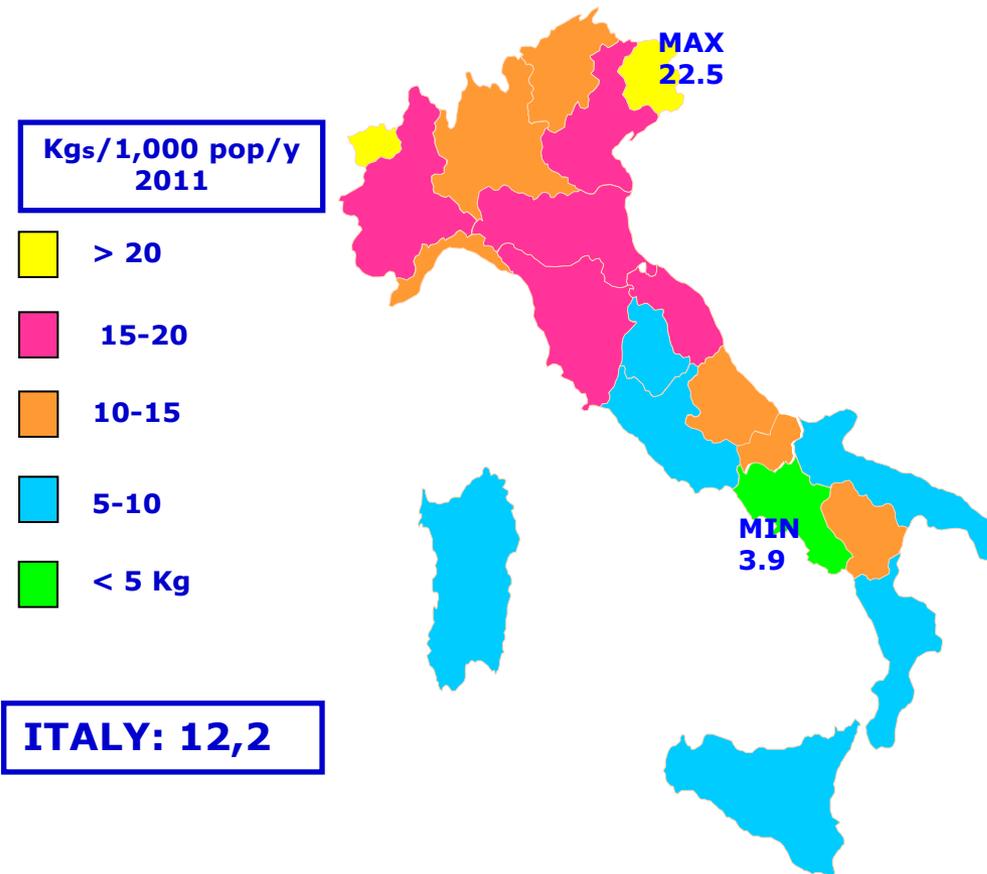


BLOOD DONATION/SUPPLY 2007-2030 PROJECTIONS



THE ITALIAN BLOOD SYSTEM

Plasma for fractionation – 2011 (delivered to fractionation company for contract manufacturing)

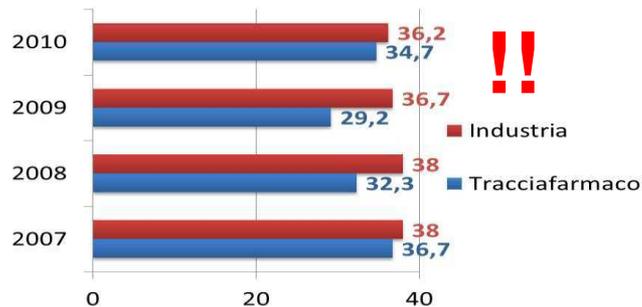


Blood & blood product self-sufficiency

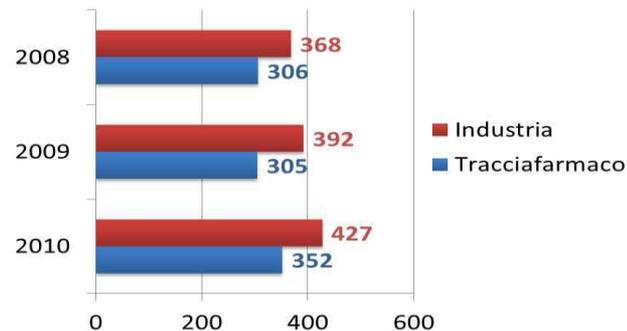
Plasma-derived medicinal products



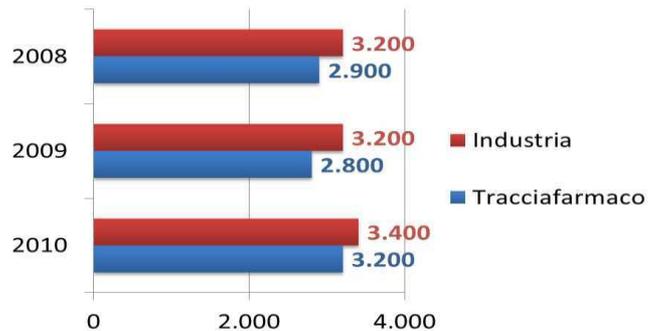
Albumin demand (tons)
Trend 2007-2010



Anti-hemophilia Factor VIII demand (U.I. x 10⁶)
Trend 2008-2010



Immunoglobulin demand (Kgs)
Trend 2008-2010



IL SISTEMA TRASFUSIONALE ITALIANO

PROGRAMMAZIONE REGIONALE E NAZIONALE PER L'AUTOSUFFICIENZA DEL SANGUE E DEI SUOI PRODOTTI

Legge 21 ottobre 2005, n. 219

Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati

Articolo 14, comma 2

PROGRAMMA di AUTOSUFFICIENZA NAZIONALE ANNO 2012

1. I risultati essenziali della programmazione per l'autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti nel quadriennio 2008-2011

2. Autosufficienza nazionale del sangue e dei suoi prodotti: programmazione per l'anno 2012

2.1 *Prodotti strategici per l'autosufficienza*

2.2 *Programmazione per l'anno 2012*

2.2.1 *Globuli Rossi*

2.2.2 *Plasma da inviare alla lavorazione industriale*

3. Monitoraggio dell'autosufficienza

3.1 *Metodologia del monitoraggio*

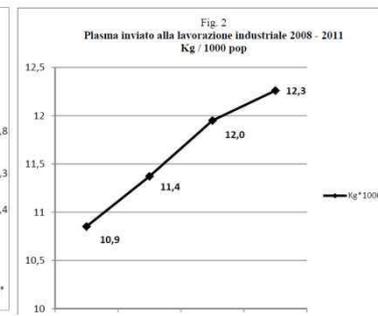
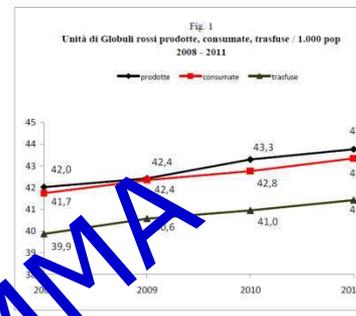
3.2 *Indicatori*

3.3 *Miglioramento della qualità e della appropriatezza*

4. L'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti e il percorso di qualificazione del Sistema trasfusionale italiano

5. Il plasma e la produzione di medicinali plasmaderivati: evoluzione del contesto di riferimento e rapporti cooperativi fra Regioni e Province autonome

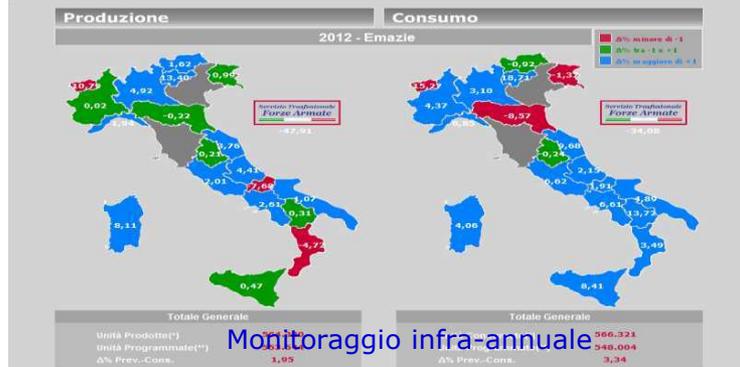
6. Conclusioni



Tab. 1
PROGRAMMA PRODUZIONE e CONSUMO UNITA' DI GLOBULI ROSSI - 2012
(a confronto con produzione e consumo 2011)

Regioni e Province autonome	Popolazione residente 01.01.2011	Produzione e Consumo 2011*		Programma Produzione e Consumo 2012		A 2011 - 2012		
		Produzione 2011	Consumo 2011	Produzione 2012	Consumo 2012			
Valle d'Aosta	128.230	7.071	55,1	5.708	45,1	6.100	47,6	5,4%
Piemonte	4.457.315	234.049	52,5	200.497	45,0	236.297	53,0	1,0%
Liguria	1.616.788	75.274	46,6	75.481	46,7	72.000	44,7	-4,5%
Lombardia	9.911.714	485.562	49,0	483.563	48,7	498.000	49,4	-1,2%
PA di Trento	529.467	21.516	49,6	21.200	49,1	22.000	41,6	-2,2%
PA di Bolzano	507.657	25.279	49,8	24.524	49,3	25.200	49,6	-0,3%
Friuli Venezia Giulia	1.235.808	73.451	59,4	69.926	53,3	73.000	59,1	-0,6%
Veneto	4.937.834	258.546	52,4	243.657	49,4	258.546	52,4	0,0%
Emilia Romagna	4.432.418	252.141	36,9	246.397	35,6	251.000	36,6	-0,5%
Toscana	3.749.913	180.442	40,1	179.677	47,9	192.000	49,7	0,9%
Umbria	906.466	44.171	46,7	44.269	49,9	44.200	49,1	0,7%
Marche	1.565.355	76.599	48,9	77.000	49,1	78.000	49,8	1,9%
Lazio	5.728.689	195.451	34,1	219.959	39,4	200.000	34,9	-2,3%
Sardegna	1.675.411	71.771	42,8	115.342	69,8	76.800	45,8	7,0%
Abruzzo	1.342.366	51.885	38,7	52.085	38,8	52.800	39,1	1,8%
Campania	5.834.016	149.799	25,7	149.159	25,6	150.000	25,7	0,1%
Molise	319.790	13.669	42,7	13.236	41,4	14.500	45,7	6,1%
Puglia	4.091.299	155.566	38,1	149.800	36,6	156.000	38,1	0,1%
Basilicata	587.517	26.995	45,4	22.807	38,8	28.000	47,7	4,9%
Calabria	2.011.395	64.639	32,1	64.370	32,0	68.544	34,1	6,0%
Sicilia	5.051.075	186.891	37,0	191.971	39,0	188.727	37,4	1,0%
S.T. Force Armate	0	1.855	n.d.	793	n.d.	2.800	n.d.	49,5%
ITALIA	60.628.421	2.653.136	45,8	2.627.654	45,3	2.668.134	44,0	0,6%

*Dati consolidati 1° - 3° trimestre 2011 e 4° trimestre 2010



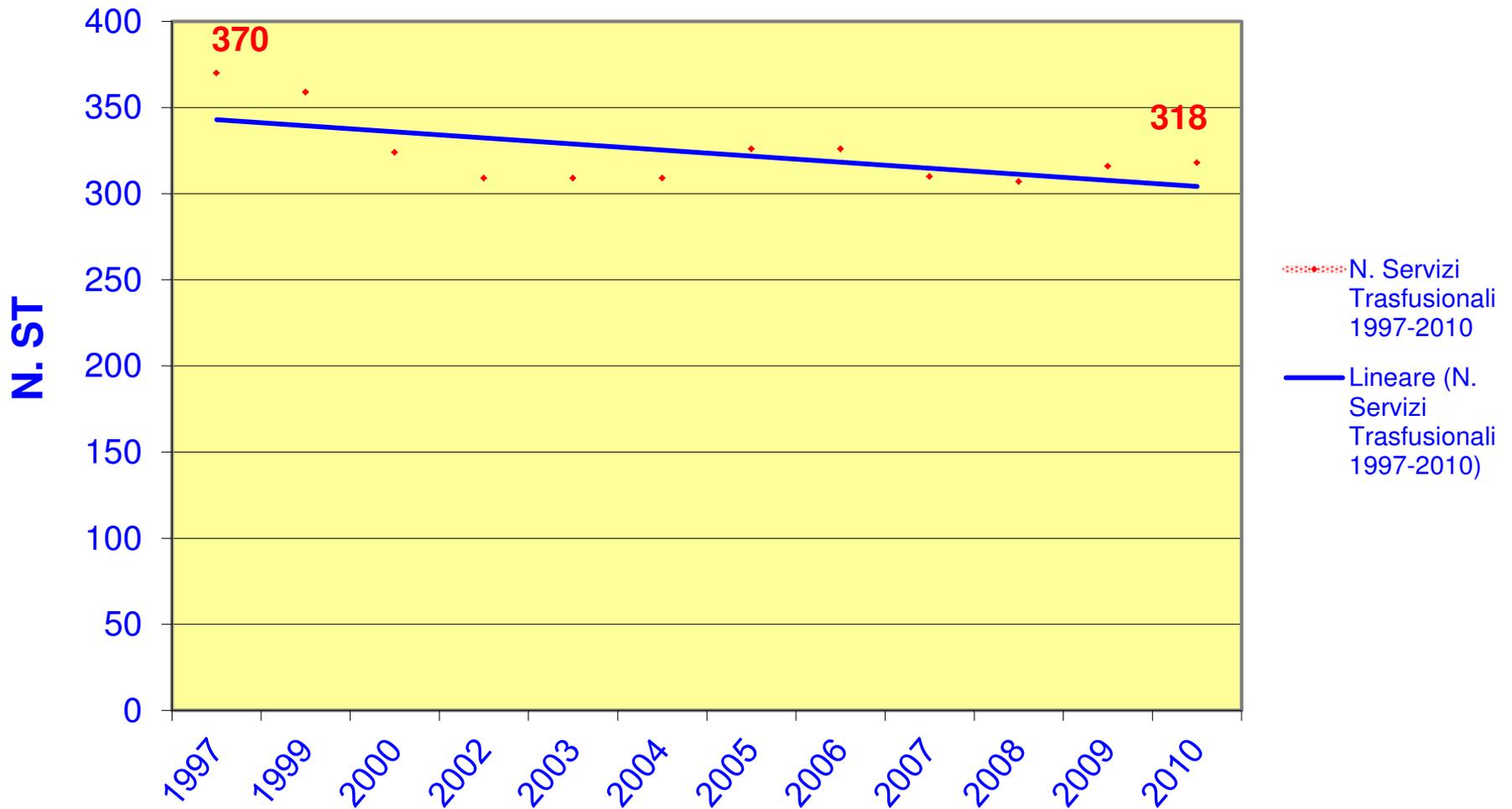
Monitoraggio infra-annuale

* Fonte: "Sezione Programmazione SISTRA"
** Fonte: "Dati programmazione attualizzati (serie storica regionale/nazionale)"



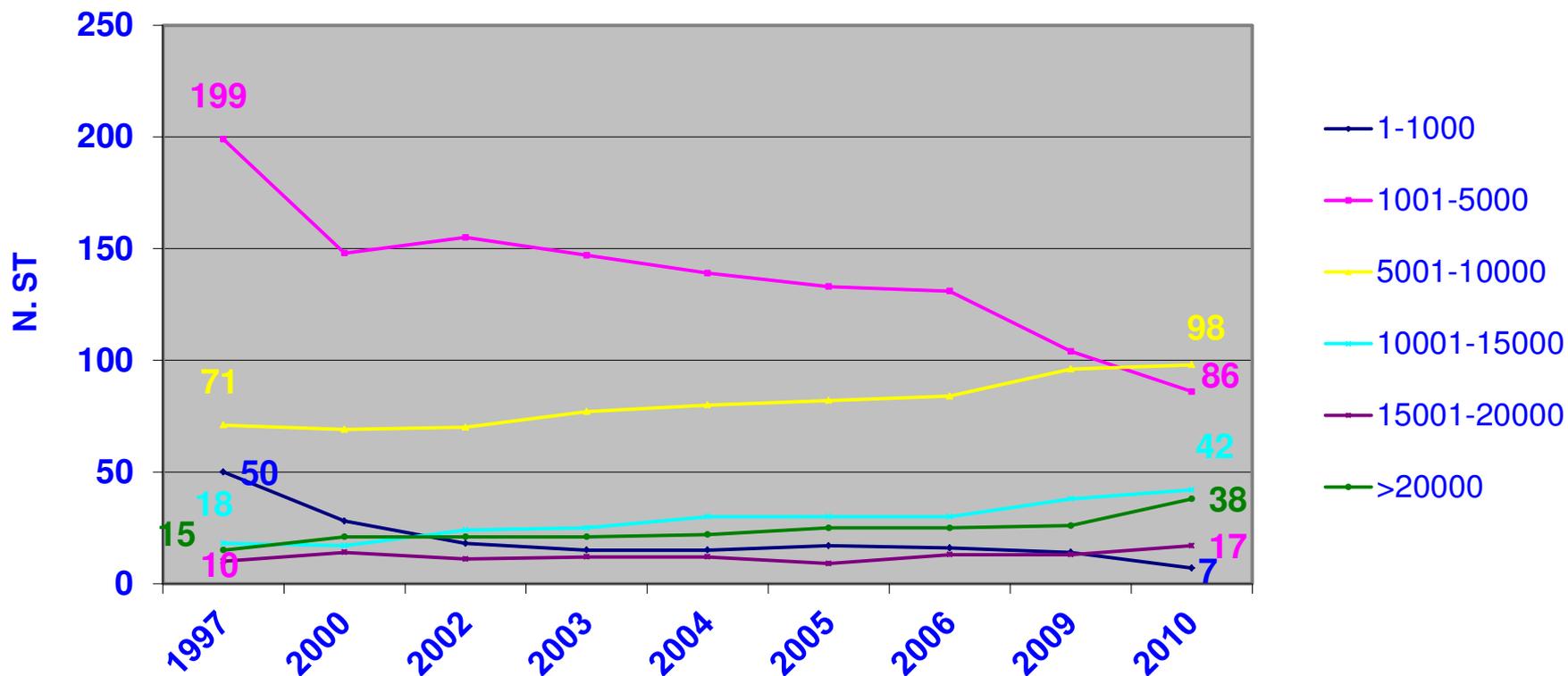
Evoluzione del Sistema Trasfusionale italiano

Servizi Trasfusionali 1997-2010

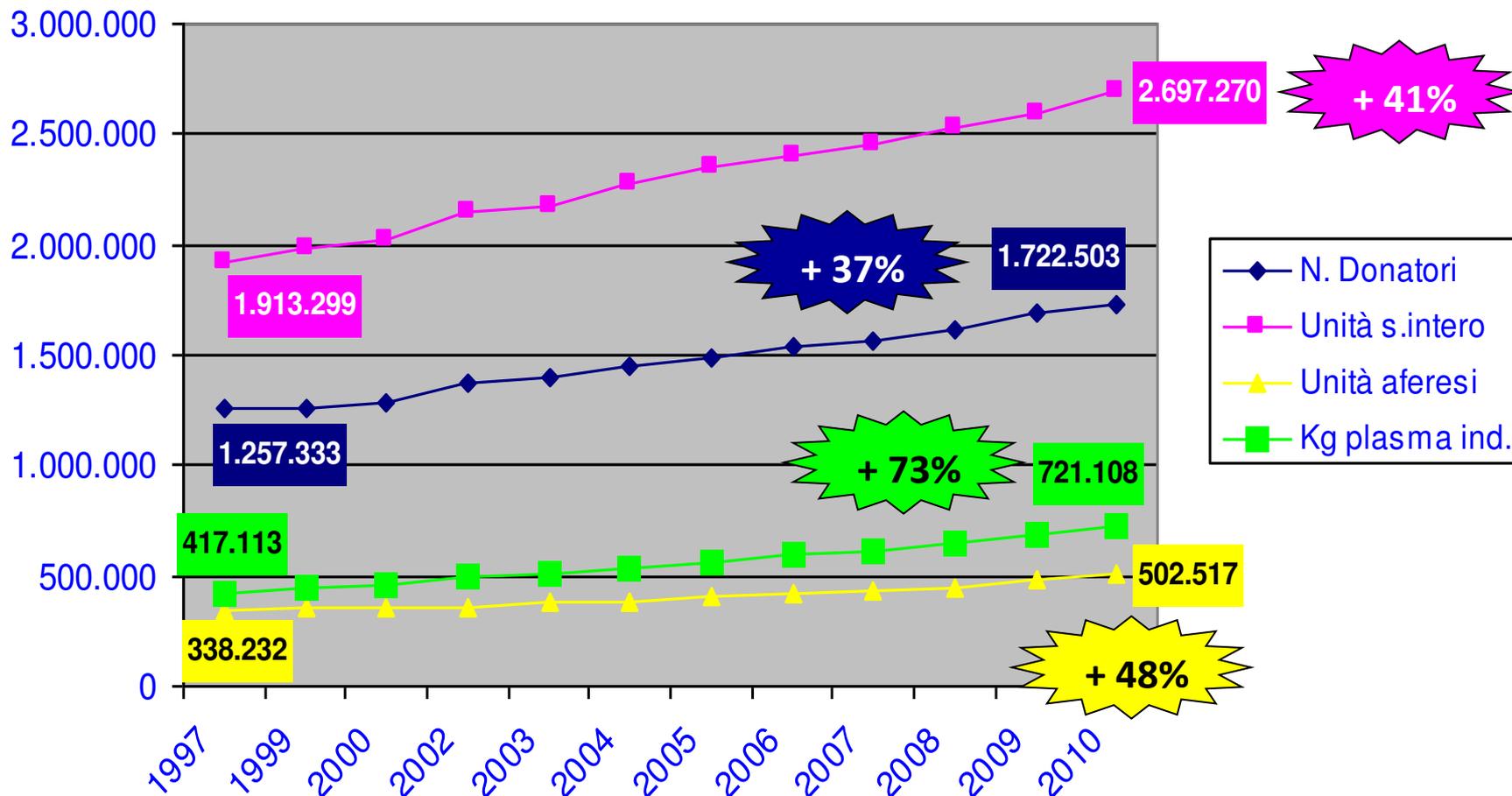


N. Servizi Trasfusionali per classi di ampiezza 1997 - 2010

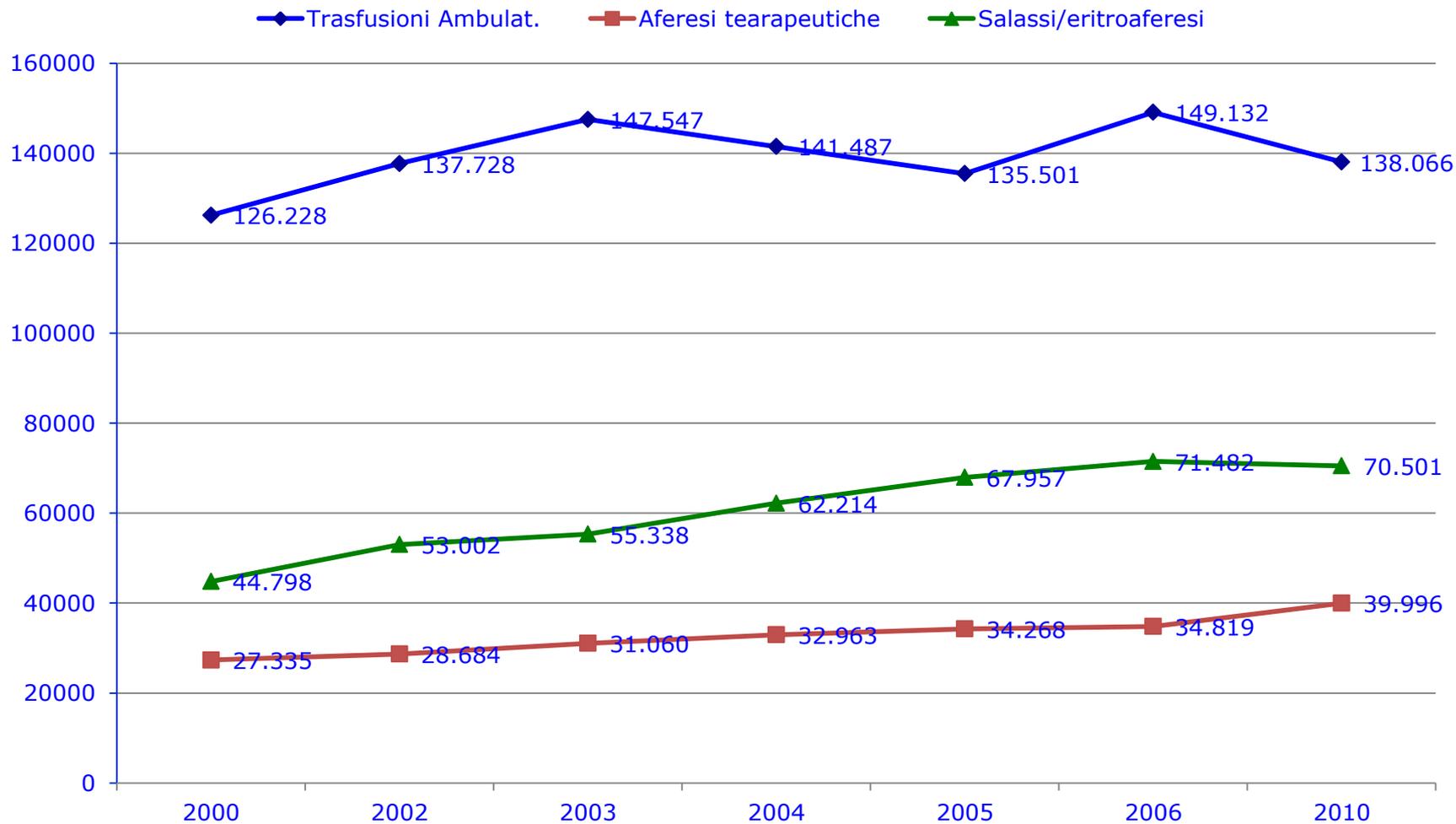
(secondo il N. di unità raccolte)



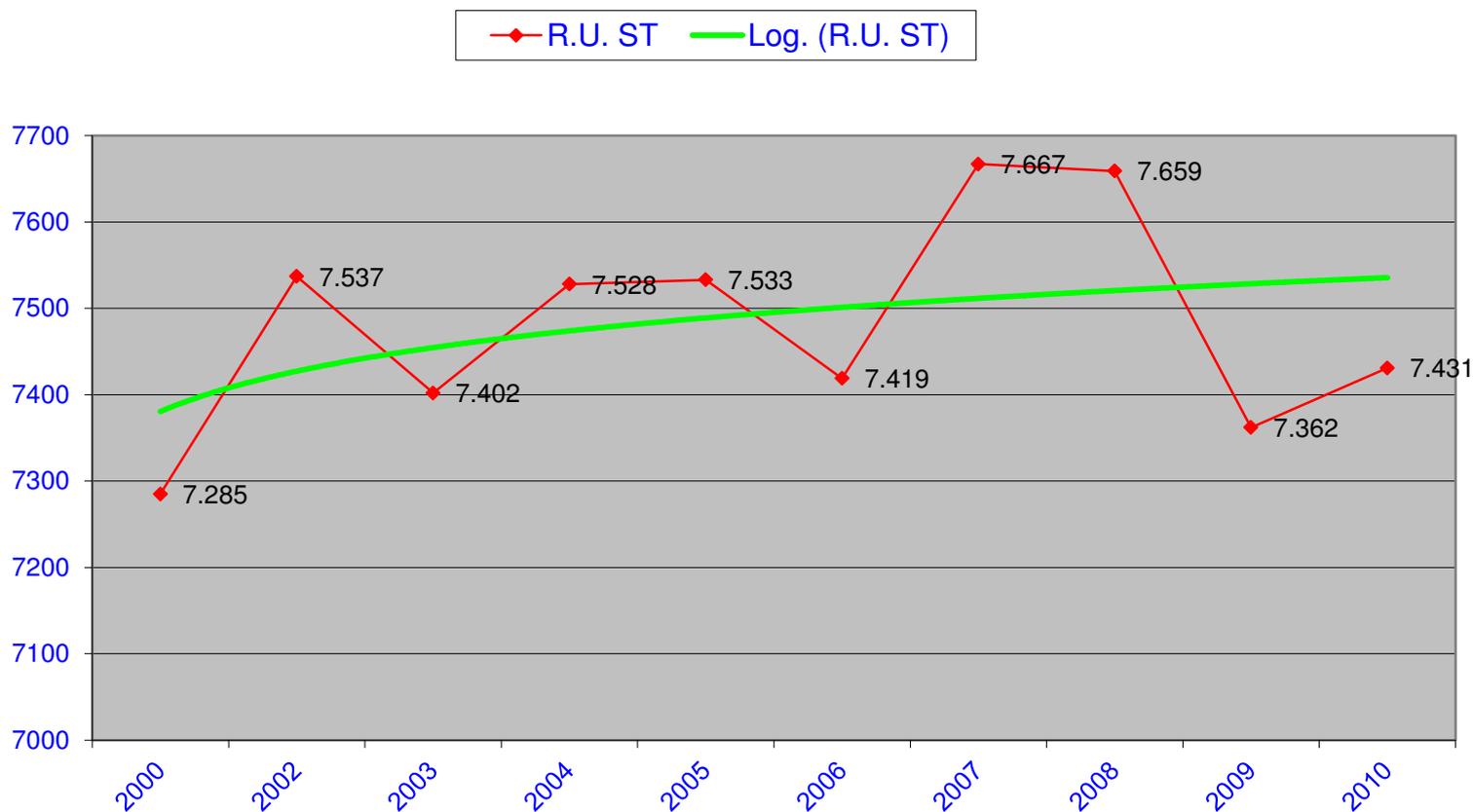
La crescita del Sistema Trasfusionale italiano 1997-2010



Attività assistenziali 2000 - 2010



Risorse umane nei Servizi Trasfusionali 2000-2010



NON SONO COMPRESI LE RISORSE UMANE ASSOCIATIVE

Evoluzione della normativa nazionale in materia di attività trasfusionali

1990

LEGGE 4 maggio 1990, n. 107

Disciplina per le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti e per la produzione di plasmaderivati. (GU n.108 del 11-5-1990)

Art. 5

I servizi di immunoematologia e trasfusione sono strutture di presidio ospedaliero ed operano in bacini di utenza aventi una popolazione di almeno 400.000 abitanti, con un minimo di uno per provincia. Essi possono essere integrati da uno o più centri trasfusionali laddove il bacino di utenza superi i 400.000 abitanti.

Art. 6

I centri trasfusionali sono strutture ospedaliere. Essi possono essere costituiti ad integrazione dei servizi di immunoematologia e trasfusione, di cui all'art. 5, laddove il bacino di utenza di quest'ultimo superi i 400.000 abitanti. Ove costituiti, essi operano in bacini di utenza con una popolazione di almeno 150.000 abitanti.

Le previsioni normative nazionali in materia di allocazione delle attività trasfusionali

Legge 21 ottobre 2005, n. 219

" Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati "

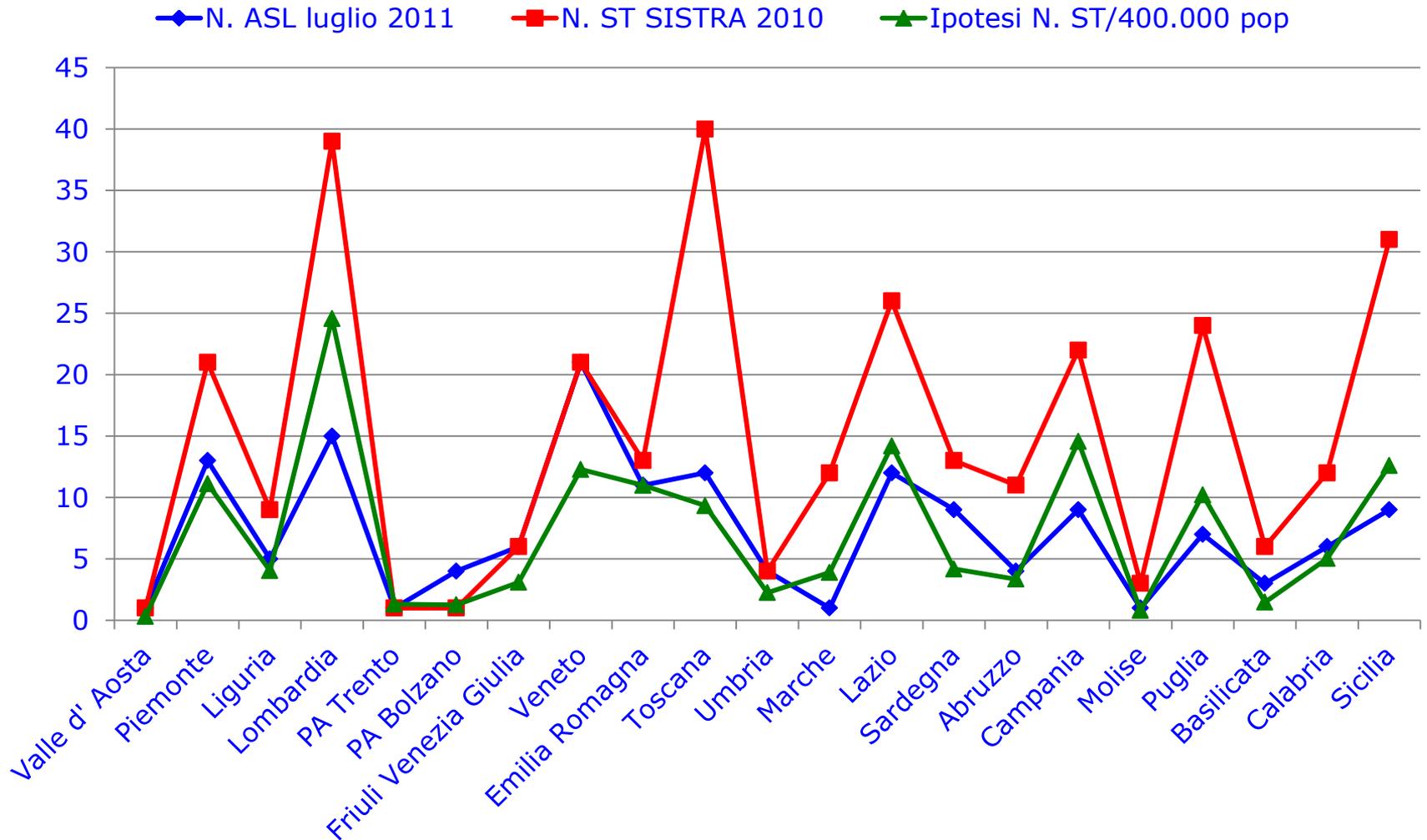
pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 251 del 27 ottobre 2005

Art. 6 , comma 1, lettera a)

Vengono altresì definiti, e periodicamente aggiornati, sulla base di ulteriori accordi, nel rispetto della complessiva cornice finanziaria prevista dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario della Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, i requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle strutture trasfusionali per gli ambiti territoriali coincidenti almeno con le aziende unità sanitarie locali (ASL);

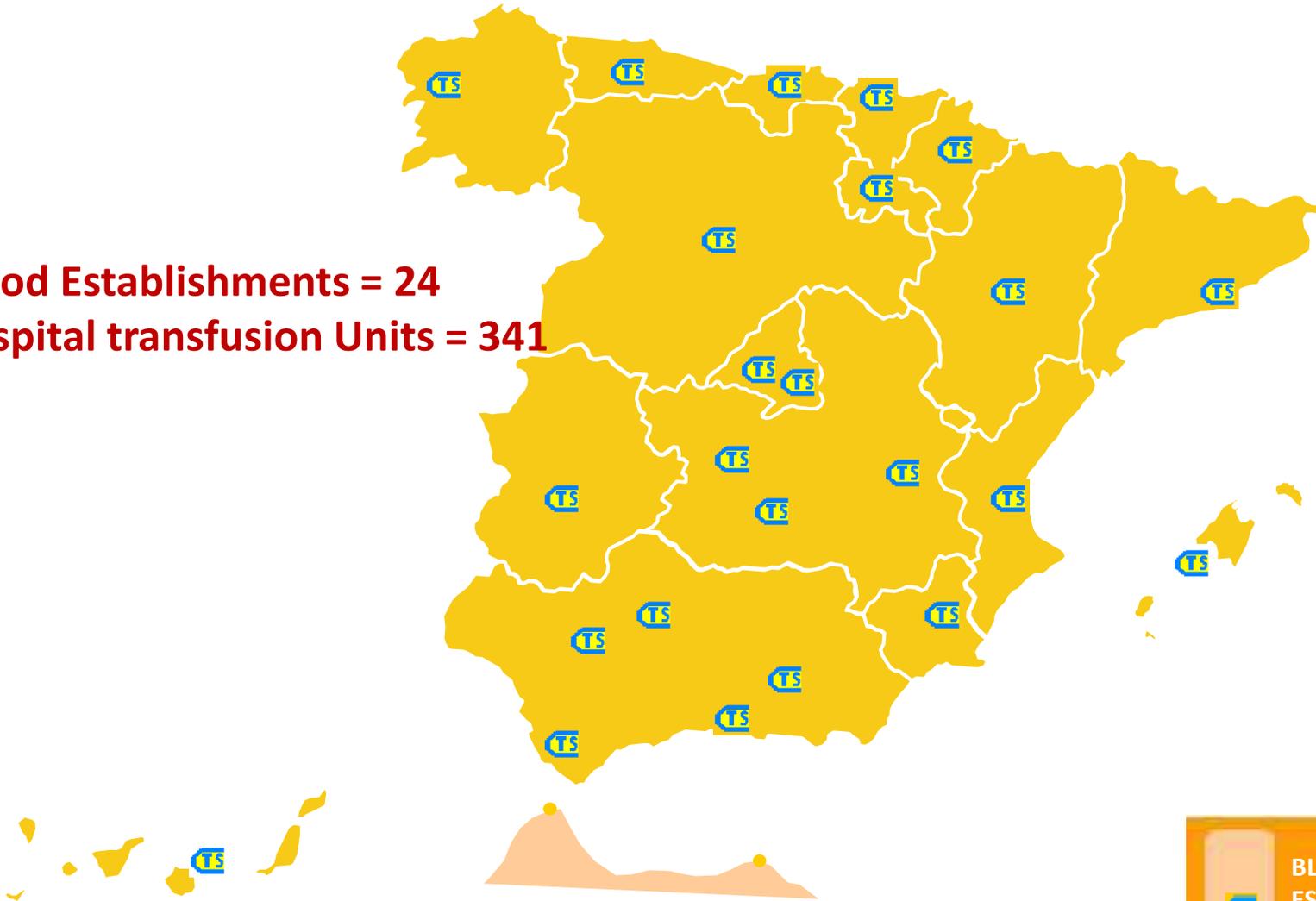
INEFFICACIA DELLE Leggi 107/90 e L. 219/2005

ASL, Strutture trasfusionali censite e ipotesi N. ST/400.000 pop

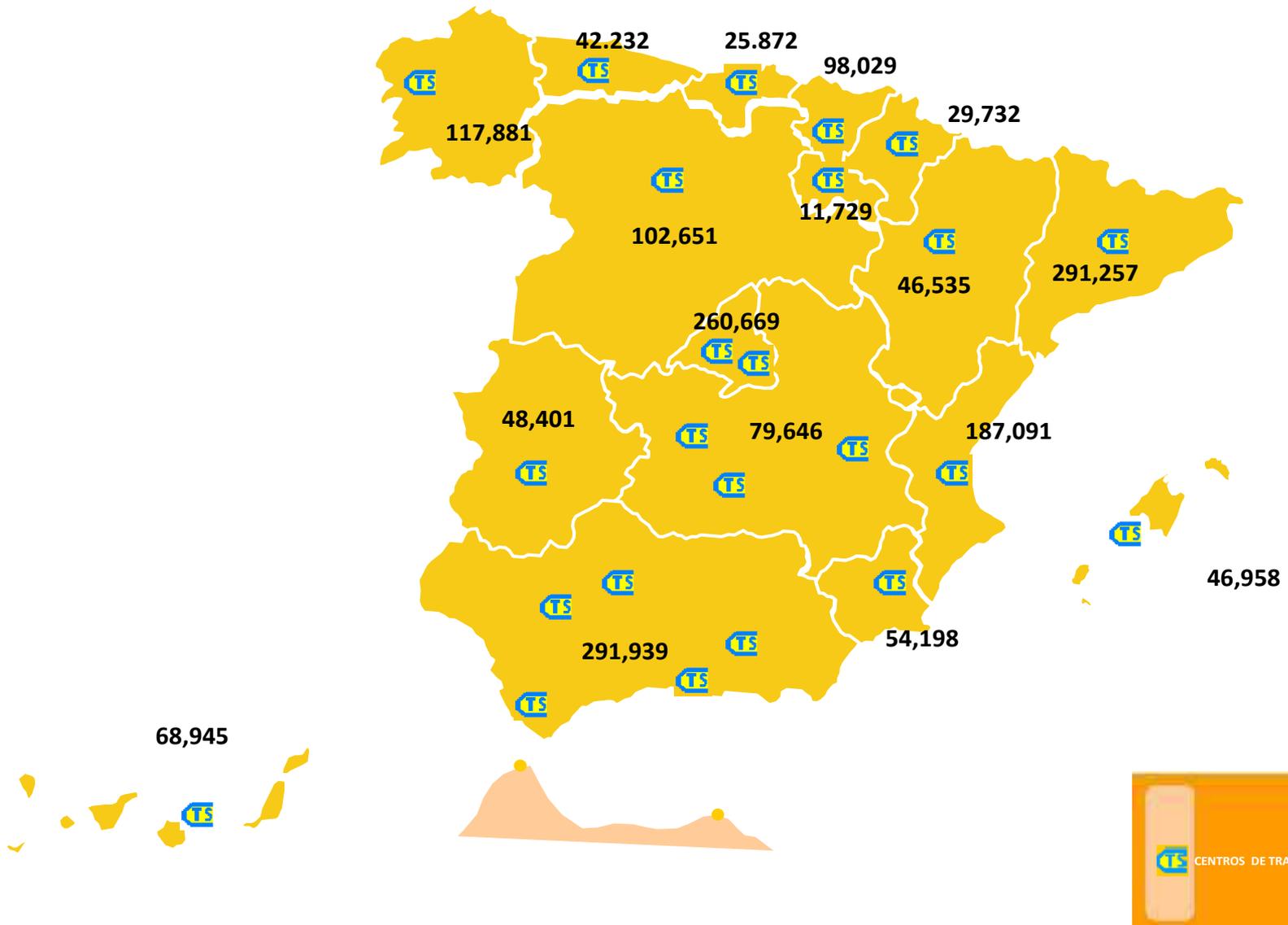


SPANISH TRANSFUSION NETWORK 2008

Blood Establishments = 24
Hospital transfusion Units = 341



1.803.765 voluntary non remunerated blood donations



BLOOD ESTABLISHMENT: Health establishment where each activity related to collection, qualification, processing, storage and distribution of blood and blood components is carried out no matter their final destination. The Director of a BE has to be a doctor specialist in Haematology and Blood Transfusion and a minimum experience of two years in a BE or Hospital Transfusion Unit is required.

HOSPITAL TRANSFUSION UNIT: Healthcare unit inside a Hospital Center BOND to a Blood Establishment, where, under the responsibility of a doctor specialist in Haematology and Blood Transfusion, blood components intended for transfusion are stored and hospital transfusion activities are organised and monitored.



Economies of scale in blood banking: a study based on data envelopment analysis

A. Pereira

Service of Hemotherapy and Hemostasis, and Blood Bank, Hospital Clínico, Barcelona, Spain

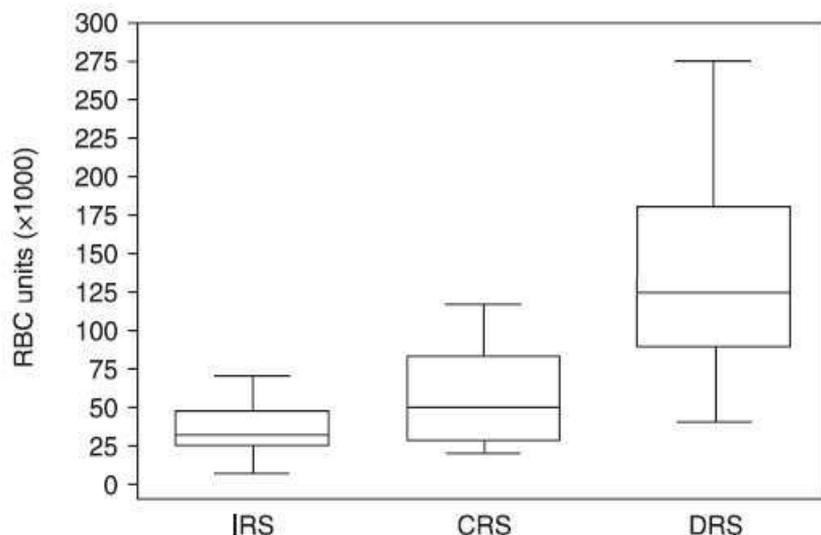


Fig. 2 Blood centre size, as measured by the annual production level of red blood cells (RBCs), according to whether centres are operating under increasing returns to scale (IRS), constant returns to scale (CRS) or decreasing returns to scale (DRS). Boxes represent the 25th, 50th and 75th percentiles. The whiskers extend over the full range of values.

The present study was not designed to determine the best scale of operations because such an optimal scale depends on additional factors besides technical performance. However, from the viewpoint of technical efficiency only, Fig. 2 suggests that the optimal blood centre size would be $\approx 75\,000$ – $100\,000$ RBC units per year. It is amazing how close this figure is to the $50\,000$ – $75\,000$ range, proposed by Pierskalla [3], 20 years ago.

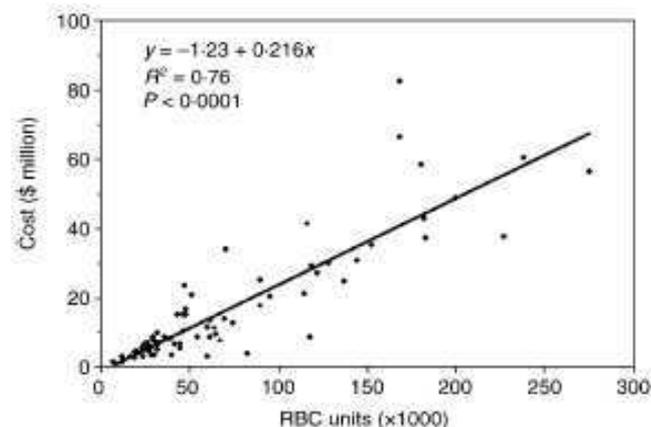


Fig. 1 Regression of blood centre costs to the annual production level of red blood cells (RBCs) (used as a proxy of blood centre size). The R^2 statistics shows that 76% of the variation in operating costs can be explained by variation in size.

Evolution in a centralized transfusion service

*James P. AuBuchon, Sandra Linauts, Mimi Vaughan, Jeffrey Wagner, Meghan Delaney,
and Theresa Nester*

TRANSFUSION 2011;51:2750-2757.

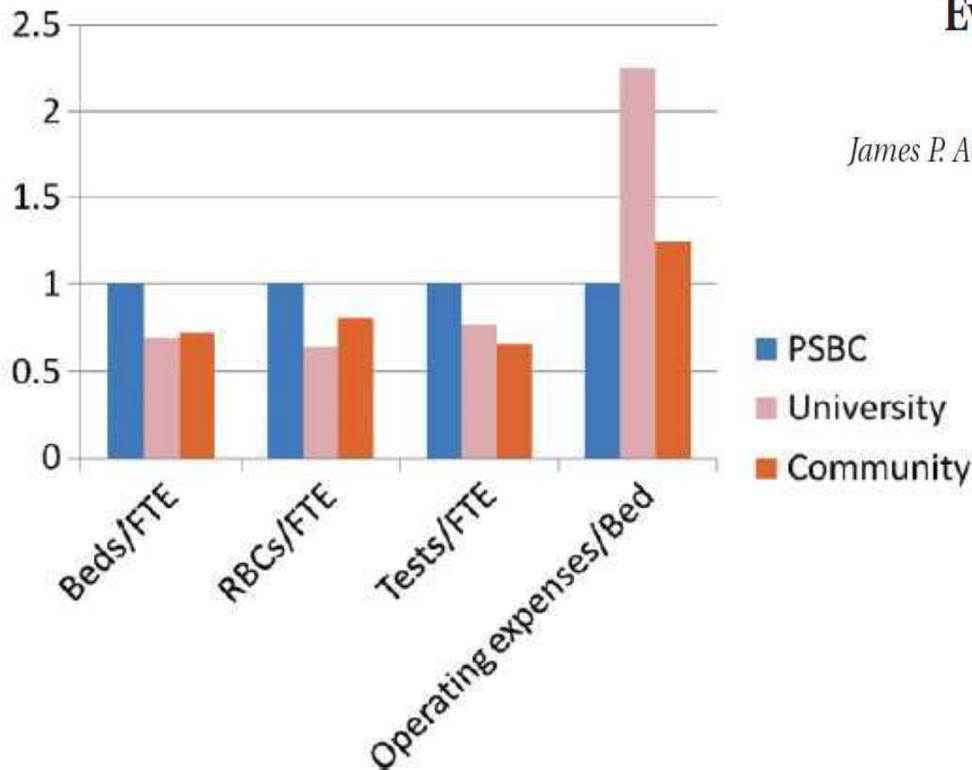


Fig. 2. Comparative efficiencies of transfusion services located at three different types of facilities. Data (2004) from transfusion services of Puget Sound Blood Center (PSBC), two university hospitals (averaged), and one mid-sized community hospital of 360 beds showing comparative efficiency of centralized versus decentralized transfusion service operations (data compiled for previous report⁴ and reformatted here to be shown as multiples of the PSBC data). Inpatient beds supported (Beds), RBC units supplied (RBCs), and pretransfusion tests performed (Tests) are expressed per total technical and nontechnical full-time equivalent (FTE) engaged in or working in support of the transfusion service.

The metropolitan Seattle area has utilized a centralized transfusion service model throughout the modern era of blood banking. This approach has used four laboratories to serve over 20 hospitals and clinics, providing greater capabilities for all at a lower consumption of resources than if each depended on its own laboratory and staff for these functions. In addition, this centralized

IL SISTEMA TRASFUSIONALE ITALIANO

Principali politiche/strumenti per la qualità, la sicurezza e l'appropriatezza

I REQUISITI MINIMI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI TRASFUSIONALI E DELLE UNITA' DI RACCOLTA E IL MODELLO PER LE VISITE DI VERIFICA

17-5-2011

Supplemento ordinario n. 124 alla GAZZETTA UFFICIALE

Serie generale - n. 113

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

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

ACCORDO 16 dicembre 2010.

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta e sul modello per le visite di verifica. (Rep. Atti n. 242/CSR del 16 dicembre 2010).

Prospettive di razionalizzazione del STI

Linee Guida per l'accreditamento



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 26 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento concernente: "Linee guida per l'accreditamento dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti".

Rep. Atti n. 169/CSR del 25 luglio 2012

Prospettive di razionalizzazione del STI

Linee Guida per l'accreditamento

- B. Qualità, sicurezza ed efficienza delle attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti**
- B.1** Al fine di garantire adeguati livelli di qualità e sicurezza della attività di raccolta del sangue e degli emocomponenti, sia per i donatori sia per i pazienti destinatari dei prodotti del sangue, per il mantenimento delle competenze tecnico-professionali del personale addetto alla raccolta del sangue e degli emocomponenti è richiesta l'effettuazione documentata di almeno 200 (duecento) procedure di raccolta di sangue intero all'anno per operatore.
- B.2** Nel caso in cui siano effettuate aferesi produttive, è richiesta l'effettuazione documentata di almeno 50 (cinquanta) procedure aferetiche all'anno per operatore.
- B.3** Al fine di evitare dispersione di risorse, nonché per favorire il livello di standardizzazione delle unità raccolte ed una omogenea applicazione dei criteri di selezione dei donatori, le attività di raccolta, a livello ospedaliero ed extra-ospedaliero, sono gestite in modo da garantire adeguate e razionali masse critiche di attività, con riferimento al numero di sedi di raccolta, sedute di raccolta e numero di donazioni per seduta.

Prospettive di razionalizzazione del STI

Linee Guida per l'accreditamento

C. Qualificazione ed efficienza delle attività di produzione degli emocomponenti

C.1 Al fine di raggiungere un più elevato ed omogeneo livello di qualificazione, standardizzazione ed efficacia clinica degli emocomponenti prodotti/trattati, nonché al fine di conseguire più elevati livelli di efficienza operativa, la produzione/il trattamento degli emocomponenti rispondono alle seguenti indicazioni:



Prospettive di razionalizzazione del STI

Linee Guida per l'accreditamento

C.1.1 Le attività di produzione degli emocomponenti sono progressivamente concentrate in strutture trasfusionali che garantiscano adeguate e razionali masse critiche di attività, definite attraverso specifiche analisi costo-beneficio e di valutazione del rischio che forniscano l'evidenza documentata del conseguimento dei necessari livelli di qualità e standardizzazione degli emocomponenti, del soddisfacimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi previsti dalle normative vigenti e della riduzione dei costi di produzione.

C.1.2 Nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e dei volumi di unità complessivamente prodotti dalle singole Regioni/Province autonome, si raccomanda il perseguimento della concentrazione delle attività di lavorazione/trattamento degli emocomponenti in strutture trasfusionali che lavorino con volumi minimi intorno a 40.000 donazioni di sangue intero/anno.

C.1.3 Le attività di aferesi produttiva devono essere organizzate e gestite in modo da fornire l'evidenza di un utilizzo appropriato ed efficiente delle apparecchiature, anche mediante la documentazione del confronto con i dati di utilizzo delle apparecchiature stesse disponibili a livello regionale e nazionale.

Prospettive di razionalizzazione del STI

Linee Guida per l'accreditamento

D. Razionalizzazione dei processi diagnostici di qualificazione biologica degli emocomponenti

D.1 Al fine di raggiungere un ottimale ed omogeneo livello di qualità, sicurezza e standardizzazione e di conseguire più elevati livelli di efficienza dei servizi trasfusionali, le attività diagnostiche di qualificazione biologica delle donazioni sono concentrate in strutture trasfusionali che garantiscano adeguate e razionali masse critiche di attività, definite attraverso specifiche analisi costo-beneficio e di valutazione del rischio, che forniscano l'evidenza documentata del conseguimento dei necessari livelli di qualità e standardizzazione delle prestazioni, del soddisfacimento dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi previsti dalle normative vigenti e della riduzione dei costi di produzione.

D.2 Nel rispetto dei modelli organizzativi regionali e dei volumi di attività complessivamente prodotti dalle singole Regioni/Province autonome, si raccomanda il perseguimento della concentrazione delle attività di qualificazione biologica in strutture trasfusionali che eseguano la qualificazione biologica per almeno 70.000-100.000 donazioni all'anno.

Aferesi produttiva: diffusione ed efficienza in Italia

Registro aferesi produttiva SIdEM-SIMTI 2009

Range: 0.6 – 17.9

Range: 97 – 593

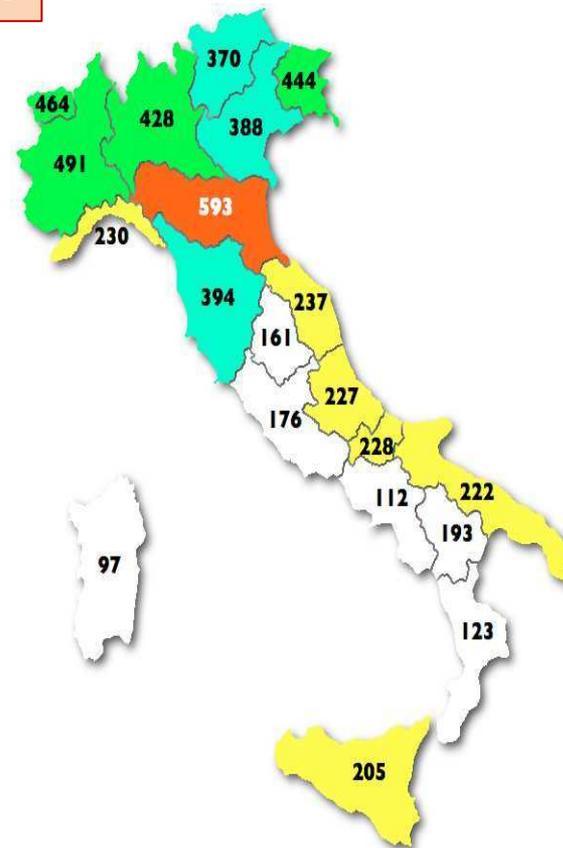
7,9

aferesi produttive
x 1.000 abitanti / anno



343

aferesi produttive
x separatore / anno



SPENDING ASSESSMENT ...

SYSTEM'S SUSTAINABILITY

Definition of blood component costs and inter-regional exchange tariffs

Law 219/2005, article 12, 4, e)

National Blood Centre & Faculty of Economy of Rome Catholic University



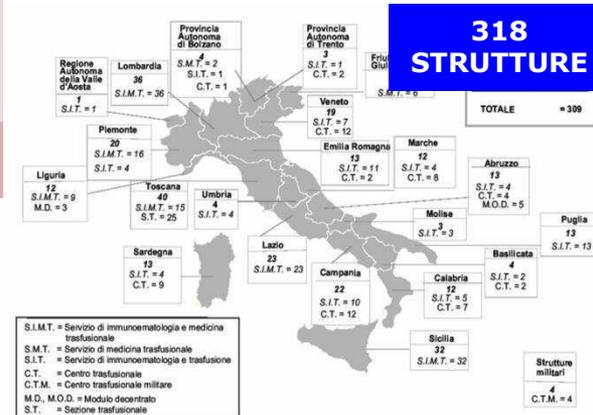
Emocomponente	Media	Media ponderata	Minimo	Massimo	Deviazione standard
Sangue intero (SI)	€ 135,24	€ 126,33	€ 104,61	€ 168,74	€ 22,83
CE (Ipotesi I)	€ 140,89	€ 130,54	€ 114,16	€ 186,61	€ 23,59
CE (Ipotesi II)	€ 122,43	€ 112,75	€ 99,95	€ 154,70	€ 18,92
CED (Ipotesi I)	€ 155,34	€ 165,47	€ 126,67	€ 181,09	€ 23,82
CED (Ipotesi II)	€ 151,15	€ 147,97	€ 125,74	€ 194,75	€ 24,56
Plasma «B» (Ipotesi I)	€ 1,76	€ 2,23	€ 0,77	€ 3,62	€ 0,71
Plasma «C» (Ipotesi I)	€ 1,96	€ 2,04	€ 1,27	€ 3,62	€ 0,74
Plasma «B» (Ipotesi II)	€ 17,54	€ 17,00	€ 14,44	€ 22,19	€ 2,33
Plasma «C» (Ipotesi II)	€ 1,96	€ 2,04	€ 1,27	€ 3,62	€ 0,74
Plasma da aferesi	€ 168,09	€ 143,07	€ 121,20	€ 205,85	€ 28,43
Plasma da raccolta MC	€ 158,70	€ 123,89	€ 103,87	€ 299,80	€ 54,46

Tabella 2. Costi standard di produzione degli emocomponenti

Calteri D.⁽¹⁾, Catalano L.⁽¹⁾, Cicchetti A.⁽²⁾, Ceccarelli A.⁽²⁾, Grazzini G.⁽¹⁾

⁽¹⁾ Centro Nazionale Sangue, Istituto Superiore di Sanità - Roma, ⁽²⁾ Facoltà di Economia, Università Cattolica del Sacro Cuore – Roma

SPENDING ASSESSMENT ...



QUALE PERCORSO PER RIQUALIFICARE / RAZIONALIZZARE IL SISTEMA TRASFUSIONALE ITALIANO ?

PREMESSE

- ✓ Dimostrata inefficacia delle leggi 107/1990 e 219/2005 per un governo efficiente e ragionevolmente omogeneo del modello organizzativo trasfusionale
- ✓ Gli eventi socio-economici stanno gradualmente producendo tagli orizzontali in carenza della necessaria “sensibilità” che un sistema di elevato valore strategico come quello trasfusionale richiede
- ✓ Esiste il concreto pericolo che le spinte e le inefficienze localistiche compromettano l'autosufficienza nazionale ed estremizzino la disomogeneità qualitativa di erogazione dei LEA trasfusionali già esistente
- ✓ Urge l'accoglimento di una progettualità condivisa di ampio respiro mirata a coniugare la garanzia di alti livelli qualitativi e di sicurezza con la sostenibilità oggi indispensabile in relazione all'evoluzione del quadro socio-economico
- ✓ In particolare alle realtà locali e regionali oggi più inefficienti è richiesto un impegno importante per evitare di cadere sotto la scure di tagli orizzontali
- ✓ Alle comunità professionale e associativa è richiesto di saper diventare “attrici” consapevoli e responsabili dell'inevitabile cambiamento, senza attendere che le decisioni calino dall'alto

“ QUANDO SPIRA IL VENTO DEL CAMBIAMENTO NON ERIGERE BARRIERE, COSTRUISCI MULINI A VENTO ! ”



QUALE PERCORSO PER RIQUALIFICARE / RAZIONALIZZARE IL SISTEMA TRASFUSIONALE ITALIANO ?

IL RIMODELLAMENTO ORGANIZZATIVO E' LA CHIAVE DI VOLTA PER CONIUGARE ELEVATI LIVELLI DI QUALITA' E LA INDISPENSABILE SOSTENIBILITA' DI SISTEMA

- ✓ **Definizione di “soglie” standard di funzionamento specifiche per:**
 - **fabbisogno trasfusionale e prestazioni cliniche di medicina trasfusionale:** soglie per fabbisogni assistenziale rilevati in relazione a: posti letto, tipologie di specialità / programmi assistenziali presenti, consumi storici appropriati, etc. [criteri da definire in modo da generare indicatori oggettivi atti a supportare le norme / accordi / decisioni]
 - **raccolta sangue ed emocomponenti:** elevata diffusione
 - **lavorazione/trattamento e testing:** medio-alta concentrazione
 - **prestazioni di alta specificità** (es. Laboratori HLA, banche SCO, etc.): elevata concentrazione
- ✓ **Consequente revisione organizzativa** con end point primario la concentrazione delle attività di lavorazione/trattamento e testing
- ✓ **APPLICAZIONE COSTI STANDARD !**
- ✓ A livello regionale possibili deroghe alle soglie definite, per situazioni geografiche particolari, ma a “saldo” regionale invariato [*Mini*-regioni: deroghe? accordi interregionali?]



Corte dei conti: “La sanità non può essere governata pensando solo alla spesa”

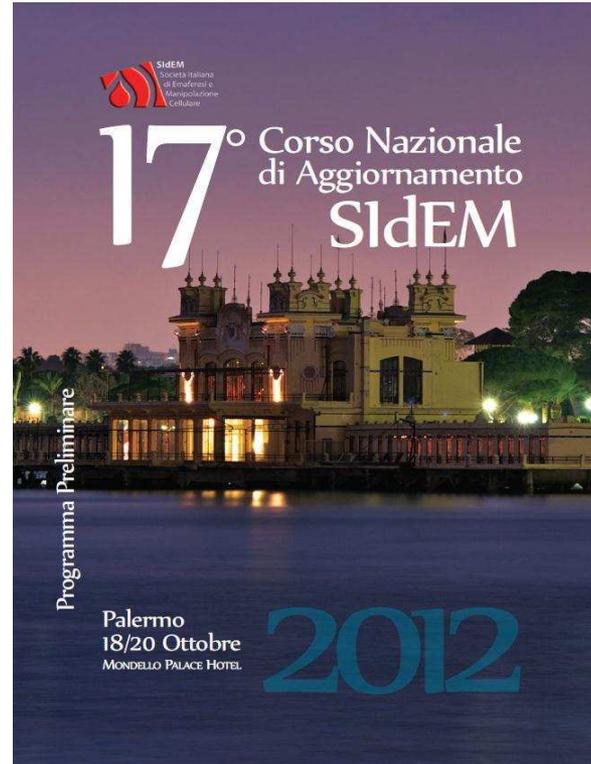
Il monito nella relazione del procuratore generale sul rendiconto generale dello Stato: “Una visione esclusivamente contabilistica del settore sanitario rischia di entrare in rotta di collisione con le finalità proprie del sistema”.

National Court of Auditors: “Healthcare cannot be ruled thinking only of spending”

Warning in the report of the Attorney General on the expense situation of the State: “A bookkeeping-only vision of the healthcare sector risks entering into conflict with the main goals of the system”.



CENTRO
NAZIONALE
SANGUE



Grazie per l'attenzione!