



ALLEGATO A

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE

N. 1378 DEL - 4 NOV. 2016IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ~~IL DIRETTORE SANITARIO~~
Dott.ssa Antonella Carreras Dott. Pier Paolo PaniIL COMMISSARIO STRAORDINARIO
Dott.ssa Savina OrtuAl Commissario Straordinario
ASL/8 CagliariAl Direttore Sanitario
ASL/8 CagliariAl Direttore Amministrativo
Asl/8 CagliariIl presente allegato è com-
posto di n° 3 fogli.

Oggetto: Progetto monitoraggio percorso TB nella ASL di Cagliari.-

PREMESSA:

La problematica relativa all'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi in Italia richiede che da parte del Servizio Sanitario sia posta una nuova attenzione nella rimodulazione dell'offerta affinché il sistema sia in grado di formulare un'adeguata risposta ad verso una patologia riemergente caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio e in alcune classi di età e dall'emergere di ceppi tubercolari multi-resistenti.

I dati OMS indicano che nel 2014, nel nostro Paese sono stati notificati circa 3600 casi di Tubercolosi e 290 decessi, di cui 31 in pazienti Hiv positivi. Il tasso di incidenza stimato è stato pari a 6 casi per 100.000 abitanti, valore che pone l'Italia tra i Paesi a bassa incidenza.

In particolare in Sardegna, in base ai dati prodotti dai SISP di Cagliari, Sassari e Nuoro riguardanti l'intero territorio regionale, i casi confermati nel 2012 sono stati 67, 108 nel 2013 e 95 nel 2014.

In Europa, nel 2013, sono stati stimati 360 mila nuovi casi di TB, pari a un'incidenza di 39 casi per 100 mila abitanti, che rappresentano il 4% del totale registrato nel mondo. Il numero assoluto di casi incidenti è diminuito del 5,6% rispetto al 2012 (che corrisponde a 20.000 in meno notificati).

L'85% de casi incidenti si sono verificati nei 18 Paesi ad alta priorità che includono Armenia, Azerbaijan, Bielorussia, Bulgaria, Estonia, Georgia, Kazakistan, Kirghizistan, Lettonia, Lituania, Moldova, Romania, Russia, Tajikistan, Turchia, Turkmenistan, Ucraina e Uzbekistan.

Nel Mondo, secondo le stime dell'OMS, 9 milioni di persone si sono ammalate di TB nell 2013 e nel 2014 tale tendenza viene confermata: nel rapporto dell'OMS "Global tuberculosis report 2015" si stima che nel 2014 vi siano stati 9,6 milioni di nuovi casi incidenti di tubercolosi e 1,5 milioni di decessi, di cui 400 mila tra persone Hiv-positivo. Dei 9,6 milioni di nuovi casi stimati ne sono stati notificati all'OMS solo 6 milioni, ciò significa che il 37% dei nuovi casi non è stato diagnosticato oppure non è stato segnalato alle autorità sanitarie. La qualità delle cure ricevute da questi casi non è nota.

Oltre la metà (58%) dei nuovi casi è stato riscontrato nel Sud-Est asiatico e nella Regione OMS del Pacifico occidentale, e un quarto circa (28%) nella Regione Africana (in cui vi è la più alta incidenza di casi e decessi in rapporto alla popolazione; 281 casi per 100.000 abitanti contro una media mondiale di 133). India, Indonesia e Cina hanno segnalato il numero più elevato di casi, rispettivamente il 23%, il 10% e il 10% dei casi totali.

E' interessante notare che l'obiettivo del millennio (Millenium Development Goal) sulla TB per il 2015 di fermare e invertirne l'incidenza, è stato raggiunto in tutte le 6 Regioni OMS e in 16 dei 22 Paesi in cui vi è elevata incidenza. Infatti, globalmente, l'incidenza della TB è diminuita di circa l'1,5% per anno tra il 2000 e il 2014. Tuttavia, l'obiettivo di dimezzare la prevalenza della TB nel 2015, rispetto al 1990, è stato raggiunto in sole tre Regioni dell'Oms e in 9 Paesi ad alta incidenza.

La mortalità tra il 1990 e il 2014 è diminuita del 47%, allo stesso tempo diagnosi e trattamenti efficaci hanno permesso di salvare oltre 40 milioni di persone tra il 2000 e il 2014. Tuttavia, l'obiettivo di dimezzare il tasso di mortalità entro il 2015 rispetto al 1990 è stato raggiunto da sole 4 Regioni Oms e in 11 Paesi ad alta incidenza.

E' a questo punto importante puntualizzare che diversi fattori concomitanti possono aver facilitato il riemergere della malattia tubercolare, tra i quali:

pg 1

- Longevità e terapia immunosoppressive;
- Riduzioni competenze specialistiche conseguenti alla "subdola" rarità della patologia;
- Aumento dei casi in pazienti immigrati (con conseguenti problemi di accesso ai servizi, barriere culturali e difficoltà nel follow up);
- La persistenza di problemi organizzativi e gestionali in molte aree del Paese (carenze nella rete di diagnosi e cura, difficoltà di applicazione delle misure di controllo e isolamento, etc.).

In conseguenza ai suddetti fattori si sono moltiplicati gli studi di osservazione epidemiologica e diversi organismi nazionali ed internazionali hanno istituito programmi di Sanità Pubblica in termini di prevenzione, diagnosi e cura.

Nella giornata mondiale contro la Tubercolosi (TB DAY, 24 marzo 2015) il messaggio principale è stato: "Raggiungere, trattare e curare tutti"; un appello rivolto a tutte le istituzioni, le organizzazioni di cittadini, le associazioni e gli operatori sanitari ad impegnarsi maggiormente affinché a tutti i pazienti affetti da Tb venga garantita una diagnosi corretta e l'accesso alle cure necessarie.

Nella ASL di Cagliari attualmente con i diversi Soggetti coinvolti nella gestione delle problematiche di salute derivanti dall' infezione del micobatterio tubercolare, è stato costituito un Gruppo tecnico TB interdisciplinare composto dai Responsabili , o loro delegati, delle Strutture appresso elencate:

- 1) Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP);
- 2) Servizio Promozione della Salute, con l'Ambulatorio per Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) e l'Ambulatorio di Strada,
- 3) Reparto di Pneumologia, Presidio Ospedaliero "Santissima Trinità"(SS.T.T.), ASL di Cagliari;
- 4) Reparto Malattie Infettive, Presidio Ospedaliero SS.T.T., ASL di Cagliari
- 5) Pneumologia Territoriale, Presidio Ospedaliero Binaghi, ASL di Cagliari;
- 6) Laboratorio Analisi, Presidio Ospedaliero Binaghi (unico laboratorio di Il livello per la TB della Asl di Cagliari);
- 7) Servizio Radiologia P.O. Binaghi;
- 8) Medicina Carceraria.

Al Gruppo tecnico TB è stato affidato il compito di attuare un'analisi della situazione esistente, al fine di costruire percorsi unici e condivisi nell'ambito delle azioni preventive, diagnostiche e terapeutiche e di follow up per la malattia tubercolare. Il Gruppo di lavoro di cui trattasi ha elaborato al riguardo una proposta operativa improntata sulla semplificazione, razionalizzazione ed eliminazione di eventuali sovrapposizioni di attività; tutto ciò finalizzato alla completa presa in carico del paziente e del suo monitoraggio ed alla creazione di una rete di operatori e di correlate attività strutturate.

Occorre evidenziare che tale impegno scaturisce anche dalle problematiche generate dalla gestione dell' attività rivolta ai migranti in particolare ai rifugiati richiedenti asilo, per le quali le ASL sono chiamate a rispettare le linee di indirizzo previste per l'inserimento dei migranti in collettività con l' applicazione del protocollo di sorveglianza sindromica, emanato dall'Assessorato Regionale Igiene e Sanità con nota n. 7621 del 24/03/2015.

Secondo il percorso adottato dalla questa ASL la presa in carico del soggetto a rischio prevede che l'accesso alle strutture, da parte dei soggetti con sospetto diagnostico di TB, debba avvenire in forma diretta, possibilmente senza passaggio per i Pronto Soccorso Aziendali, presso le Unità Operative di ricovero di riferimento, individuate, presso la Divisione di Pneumologia e la Divisione di Malattie Infettive del P.O. SS. Trinità..

Il riferimento aziendale, per il ricovero di forme di TB nei soggetti inferiori agli anni 14 è la Clinica Pediatrica dell'AO Brotzu. Dall' esame della problematica specifica da parte del Gruppo di lavoro TB è emersa la necessità di individuare tra le priorità, la necessità che la notifica dei casi (anche sospetti) di TB fosse considerata attività cruciale nei programmi di controllo della stessa ed allo scopo è stato individuato un progetto sul controllo della TB che consente il recupero dei soggetti non ancora sottoposti agli accertamenti che, allo stato attuale, vengono stimati in circa 150 soggetti a rischio per i quali è previsto un tempo d'attesa superiore ai 90 giorni, con gravi ripercussioni sulla reale efficacia degli interventi preventivi per il contenimento della diffusione della malattia tubercolare con

pa2

particolare riguardo per la popolazione immigrata.

Sulla base delle considerazioni esposte e nell'ambito del percorso appena descritto, il gruppo TB ha elaborato una ipotesi di lavoro per ciascuna Unità Operativa in relazione all'attività, all'impegno orario e alle figure professionali necessarie per effettuare lo screening TB ed eventuale presa in carico di ciascuno dei 150 soggetti a rischio nei tempi più idonei a consentire l'implementazione di adeguati interventi di cure e prevenzione.

A tal riguardo è stato richiesto a ciascuna Unità Operativa (ad esclusione della Medicina Carceraria perché non direttamente coinvolta) che, sulla base dei tempi di esecuzione stimati per ogni singola prestazione di loro competenza, indicassero il fabbisogno complessivo di ore necessarie per l'espletamento dell'attività di cui trattasi sia per il personale medico che per il personale del comparto, come risulta dal riepilogo che segue:

- SERVIZIO PROMOZIONE DELLA SALUTE ore necessarie 30
- SERVIZIO IGIENE E SANITÀ PUBBLICA ore necessarie 75
- SERVIZIO PNEUMOLOGIA ore necessarie 25
- DIVISIONE MALATTIE INFETTIVE ore necessarie 25
- LABORATORIO ANALISI ore necessarie 25
- RADIOLOGIA ore necessarie 63

Da quanto sopra si evince che l'impegno orario complessivo richiesto per il personale medico, biologo, infermieristico e tecnico di radiologia in servizio extra-debitorario e in regime di prestazioni aggiuntive, in occasione dell'attività di cui trattasi, può essere quantificato complessivamente, in circa 243 ore per i medici e biologi e in circa 243 ore per gli infermieri e i tecnici di radiologia. La somma necessaria per la corresponsione delle prestazioni aggiuntive al personale di cui trattasi, in relazione all'attività progettuale in argomento, viene pertanto così quantificata :

MEDICI E BIOLOGI

Ore	Tariffa oraria	Valore anno
243	60,00 Euro	14.580,00 Euro
INFERMIERI E TECNICI DI RADIOLOGIA		
Ore mese	Tariffa oraria	Valore anno
243	25,00 Euro	6.075,00 Euro
Complessivi:		20.655,00 Euro

Le prestazioni aggiuntive, rigorosamente erogate extradebito orario, secondo le norme regolamentari aziendali, devono essere autocertificate dal personale interessato attraverso i consueti strumenti per la rilevazione generale delle presenze (timbratura entrata e uscita, riepilogo mensile).

Ai fini della relativa liquidazione, le prestazioni aggiuntive saranno rendicontate dai rispettivi Responsabili di struttura, sia per quanto riguarda le ore prestate, (che debbono essere naturalmente coerenti con le timbrature in regime di prestazioni aggiuntive), sia per quanto riguarda l'attività svolta, attraverso la predisposizione di appositi elenchi nominativi e relativi report di attività. Gli elenchi nominativi potranno variare di volta in volta, in relazione alla disponibilità fornita dai dipendenti e secondo gli accordi con i responsabili delle strutture di appartenenza. Tale rendicontazione dovrà essere inoltrata, a completamento del progetto, al Direttore del Dipartimento di Prevenzione che dovrà provvedere a richiederne la relativa liquidazione al servizio del personale della ASL. In relazione a tale attività, l'impegno orario eventualmente prestato dal personale interessato durante il debito orario (le 38 ore settimanali per il personale dirigente e 36 ore per il personale del comparto), non sarà soggetto ad alcuna ulteriore retribuzione aggiuntiva, mentre le prestazioni extraorario prestate dal restante personale del comparto (tecnici di laboratorio) verranno liquidate in regime di lavoro straordinario, alle tariffe vigenti, secondo le modalità aziendali in uso.

IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Dr.ssa Silvana Tibbica

pa 3